

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2021- 2022

THEME

Thèse N° :...../.....

**PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DES
EVACUATIONS SANITAIRES
OBSTETRICALES REÇUES AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE FANA**

Présentée et soutenue publiquement le 21/06/2022 Par :

M. BOUBACAR ABOU DIALLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLÔME D'ETAT)

Président : Pr. DEMBELE BAKARY TIENTIGUI

Membre : Dr KEITA SEMA

Dr MAIGA BELCO

Codirecteur de thèse : Dr. FANE SEYDOU

Directeur de Thèse : Pr. TRAORE YOUSOUF

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je rends grâce :

- A Allah. Bissimilahi Rahmani Rahime

Au nom d'Allah le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux.

« Gloire à vous ! Nous n'avons de savoir que ce que vous nous avons donné
Certes c'est vous l'omniscient, le sage ».

Louange et Gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à
Bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant. Que votre volonté
soit faite

Amen!

- A notre prophète Mohamed(SAW) :

Salut et paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous
ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier. Le Messager
d'ALLAH est un excellent modèle à suivre. Amen !

Je dédie ce modeste travail :

- A mon père Abou Diallo, Tu as été pour moi, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est le témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi. Ce travail est le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance. Puisse ALLAH le tout miséricordieux te garder encore longtemps parmi nous afin que tu puisses continuer à guider nos pas.
- A ma mère Dado Bah, Tu as guidé mes premiers pas, tu t'es toujours sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation. L'amour et le soutien maternels ne nous ont jamais manqué. Tes conseils et tes encouragements m'ont toujours accompagné durant toutes mes études et ont fait

de moi un homme fier d'être ton fils. Malgré tes modestes moyens, tu n'as ménagé aucun effort pour me venir en aide. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de reconnaissance et de mon amour indéfectible. Amour indéfini.

- A mes frères et sœurs (Kadia, Guéya, Hamady, Samba, Aicha, et Modibo), merci pour votre esprit d'amour, de respect et de fraternité à mon égard. Ce travail constitue un trophée de plus en l'honneur de la famille. Tendres affections.
- A mon épouse Djadji dite Djouldé Diallo, Tu vois que ce n'est pas difficile ! A force d'humilité, de patience, de persévérance et d'amour, tu as eu raison de mon cœur. Ta précieuse compagnie m'a toujours procuré l'ultime soutien dont j'avais besoin. Saches que nous sommes encore loin du but. Que Dieu te protège et te procure joie et bonheur et que notre amour reste à jamais.

Remerciements

- A mes grands-pères, grandes mères, oncles et tantes, frères et sœurs, amis et tous les habitants du village de Tingolé. Merci pour vos conseils, soutiens morales et financières Tendres affections.
- **A notre Maître Dr Youssouf SAMAKE** : Médecin chef du CSRéf de Fana Spécialiste en Chirurgie générale Praticien Hospitalier Cher Maître, ce travail est le vôtre. Qu'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie dans la santé et le bonheur
- A notre maître Dr Garba Guindo, médecine praticien au CSRéf de Fana, Merci pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. Qu'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie dans la santé et le bonheur.

- A Mme Kamissoko Fatou Y Sidibé la Sage-femme maitresse, Mme Diakité Aminata Bakayoko, Mme Douyon Mariam Douyon, Mme Sissoko Fatoumata Koné, Mme Dembélé Fatoumata Diarra, Mme Diarra Mariam Traoré, Mme Traoré Aichata Diallo, Mme Coulibaly Awa Diarra, Mme Tangara Sarata Mallé, Mme Haidara Malado Dembélé et toutes les personnel et bénévoles de la maternité du CSRéf de Fana.
- A Dr Traoré Momine, Dr Guindo Tégue, Dr Youssouf Diawara, Dr Traore Souleymane, Dr Sidibé Adama, Dr Youssouf Diawara, Dr Kadidiatou Traoré, Dr Kadidiatou Sidibé, Maitre Komoko Niambélé et tout le personnel du CSRéf de Fana merci pour vos conseils. Respect.
- A mes grands frères, mentors, conseillés et modèles, Dr Diawara Issa, Dr Adama, Koita, Dr Moussa Doumbia, Dr Mahamadou Dembélé : Vous avez généré en moi la confiance, le courage, l'espoir. Vous êtes ceux qui m'ont fait comprendre que je peux, par la grâce de Dieu, si je veux, vous m'avez fait confiance et vous m'avez soutenu ; ce travail et cet effort avec leurs résultats sont le vôtre. Tendres pensées.
- Reconnaissance. A mes collègues internes du CSRéf de Fana (Cheick Oumar Diarra, Hamadoun Sangho).
- Mes amis à la faculté (groupe d'exposé) : Adama Doumbia, Ousmane Diané, Ramata Y Traoré, Cheicknè Hamala Tembély, Aminata Fofana, Daouda Goita, merci pour vos soutiens et les moments passés ensembles.
- A la 11^{ème} promotion du numerus clausus : pour tout le temps passé ensemble.
- A tous mes enseignants depuis le primaire :
Sans vous je ne serai pas là aujourd'hui. Merci.
- A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury :

Professeur BAKARY TIENIGUI DEMBELE

- **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS.**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- **Chargé de cours Ibode à l'INFSS.**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali(SOCHIMA).**
- **Membre de l'association des Chirurgiens d'Afrique franco-phone**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand privilège en acceptant la présidence du jury Malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre abord facile, Votre amour pour le travail bien fait et l'étendue de vos connaissances Scientifiques font de vous un maître admiré de tous.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude

A notre maître et membre du jury,

Docteur Belco MAIGA

- **Maître assistant à la FMOS ;**
- **Chef de service des urgences pédiatriques et de réanimation au CHU Gabriel Touré ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**

Cher Maître,

C'est un insigne d'honneur que vous nous faites en acceptant d'être dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduits par votre grande simplicité, votre disponibilité et votre rigueur dans le travail bien fait.

Soyez rassurée, cher maître de notre profond respect.

Que Dieu le tout puissant vous donne longue et heureuse vie. Amen

A notre Maître et membre du jury

Dr SEMA KEITA

Chef de la maternité du CSRéf de Fana

Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

Praticien Hospitalier

Cher Maître,

Ce travail est le vôtre, vous nous avez dirigés durant tout au long du travail sans ménager aucun effort.

Votre rigueur pour le travail bien fait, votre courage, votre dynamisme, votre simplicité, votre contact facile, votre dévouement nous ont beaucoup marqué.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et notre reconnaissance.

A notre Maître et co-directeur,

Docteur SEYDOU FANE

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Maître assistant à la FMOS**
- **Titulaire d'un Master II en épidémiologie**
- **Ancien chef de service au CSRéf de Kadiolo**

Cher Maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous avez placée en nous pour codiriger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand maître de science dont la haute culture scientifique force le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionnés par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuve.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Nous vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que le Dieu le tout puissant vous donne longue et heureuse vie. Amen !

A notre Maître et Directeur de thèse,

Professeur YOUSOUF TRAORE

- **Professeur Titulaire en Gynécologie Obstétrique**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Responsable de l'unité de la Prévention de la transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au CHU Gabriel Touré,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthodologie en Recherche Clinique » de Bordeaux II,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthodes et Pratiques en épidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Visé Président et secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- **Membre de African Federation of Obstetrics and Gynecology (AFOG);**
- **Titulaire d'un certificat de « cancer and prévention course » de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) ;**
- **Enseignant chercheur**

Cher Maître,

Vous nous avez accueillis spontanément dans le service dont nous garderons un excellent souvenir. Vous êtes notre référence en matière de rigueur scientifique.

Vous nous avez impressionnés par la pédagogie, l'humilité, le franc parler dont vous faites preuve.

Vous avez dans vos mains aujourd'hui l'avenir de la gynécologie obstétrique du Mali. Nous vous souhaitons d'avoir les ressources et la bénédiction nécessaire

pour rehausser son image à un niveau international. Vous êtes pour la nouvelle génération d'apprenant une source d'espoir et un modèle à suivre.

Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de votre expérience. Amen !

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

BCF : Bruits du cœur fœtal

BGR : Bassin généralement rétréci

bts/mn

BIP : Bipariétal

CMDT : Compagnie malienne pour le développement des textiles

Cm : Centimètre

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm hg : centimètre de mercure

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CPN : Consultation Périnatale

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPH : Etablissement public hospitalier

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

FNUAP : Fond des nations unies pour la population

g : gramme

HRP : Hématome Retro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Information, Education et Communication.

J : Jour

Km : Kilomètre

Km² : Kilomètre carré

N B : Nota bene

ODD : Objectifs pour le Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme élargie de Vaccination

PF : Planification Familiale

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PP : Placenta Prævia

PSSP : Politique Sectorielle de Santé et de la Population

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

RU : Rupture utérine

SA : Semaines d'Aménorrhées

SAGO : Société Africaine de Gynécologie et obstétrique

SIS : Système d'Information Sanitaire

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SSP : Soins de Santé Primaires

URENI : Unité de récupération et d'éducation nutritive intensive

USA : United State of America

USAC : Unités de Soins Ambulatoires et de Conseil

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience humaine/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

% : Pourcentage

< : Inférieur

≤ : Inférieur ou égale

> : Supérieur

≥ : Supérieur ou égale

°C : Degré Celsius

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Organisation du système de sante par niveau, structures et fonctions au Mali.....	6
Tableau II : calcul d'indice pelvien pour le déclenchement du travail d'accouchement (D'après BISHOP)	24
Tableau : III Variables étudiées	36
Tableau IV : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge	40
Tableau V : Répartition des patientes en fonction de leur profession	40
Tableau VI : Répartition des patientes selon la structure sanitaire de Provenance	41
Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial.....	42
Tableau VIII : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction.....	42
Tableau IX : Répartition des patientes selon les moyens de locomotion utilisés.....	43
Tableau X : Répartition selon le motif d'admission.....	43
Tableau XI : Répartition des patientes selon l'antécédent médical associé.....	46
Tableau XII : Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical.....	46
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de la gestité.....	47
Tableau XIV: Répartition des patientes en fonction de la parité.....	47
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN effectuée.....	48
Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de l'état général.....	48
Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du pouls.....	51
Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de l'état du BDCF.....	51

Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'abondance de la métrorragie.....	54
Tableau XX : Répartition des patientes en fonction du niveau de la présentation.....	54
Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de la nature de la présentation.....	55
Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu.....	55
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la concordance du motif d'évacuation et le diagnostic retenu.....	56
Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du délai de la prise en charge.....	56
Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de la voie d'accouchement.....	57
Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de la pratique de la transfusion sanguine.....	57
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la durée de l'hospitalisation en jour.....	58
Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la nature des suites de Couches.....	58
Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés en fonction des complications maternelles.....	59
Tableau XXX : Répartition des mort-né selon la cause.....	59
Tableau XXXI : Répartition des nouveau-né selon l'Apgar à la 1 ^{er} minute....	60
Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés selon le score e d'Apgar à la 5eme minute.....	60
Tableau : XXXIII : Relation entre le délai de la prise en charge et l'état du nouveau-né à la naissance.....	61

Tableau XXXIV : Relation entre le diagnostic retenu et la voie d'accouchement.....	61
Tableau XXXV : Relation entre le diagnostic retenu et l'état du nouveau-né à la naissance.....	62
Tableau XXXVI : Relation entre le diagnostic retenu et le pronostique maternel.....	63
Tableau XXXVII : Récapitulatif de quelques fréquences des évacuations obstétricales retrouvées dans la littérature.....	65

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cartographie du district sanitaire de Fana.....	29
Figure 2 : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant fait l'évacuation.....	44
Figure 3 : Répartition des parturientes selon le support d'évacuation.....	45
Figure 4 : Répartition des patientes en fonction de l'état des conjonctives.....	49
Figure 5 : Répartition des patientes selon la pression artérielle.....	50
Figure 6 : répartition des patientes selon l'état des membranes.....	52
Figure 7 : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique.....	53

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION.....	1
	OBJECTIFS.....	3
II-	GENERALITES.....	5
III-	METHODOLOGIE.....	28
IV-	RESULTATS.....	40
V-	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	65
VI-	CONCLUSION.....	72
VII-	RECOMMANDATIONS.....	74
VIII-	REFERENCES.....	76
ANNEXES:		
	FICHE SIGNALETIQUE.....	82
	FICHE D'ENQUETE.....	83
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	88

I. INTRODUCTION

I INTRODUCTION

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 [1]. Elles ont toujours posé 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 année environ 8 millions de femmes dans le monde souffrent des complications liées à la grossesse et à l'accouchement ; on estime à 585 000 le nombre de femmes qui en meurent [2]. Selon De Bernis pour les femmes en âge de procréer, les complications obstétricales sont la principale cause de mortalité et de morbidité dans le monde [3]. D'après Adanson Peter [1] : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale est d'identifier le plus tôt possible les 15% des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps [1]. En Afrique sub-saharienne, une femme a un risque de 1 sur 16 de mourir d'une complication liée à la grossesse au cours de sa vie ; cependant, ce risque est de 1 sur 2800 dans les pays développés [2].

Au Mali, selon l'enquête démographique et de santé 2018 (EDS VI) le ratio de mortalité maternelle était de 325 décès pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale était de 33 pour 1000 [4].

Pour réduire les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, il est capital de référer les femmes à temps vers les structures mieux équipées.

Pour lutter contre la mortalité maternelle et périnatale des stratégies efficaces ont été mises en places par le gouvernement du Mali à savoir :

- Instauration du système de référence/évacuation en 1993 dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population ;
- La promotion des consultations prénatales ;
- La mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
- La promotion de la planification familiale ;
- La gratuité de la césarienne.

Les efforts du Mali dans cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale s'inscrit dans le cadre des objectifs pour le développement durable (ODD).

Le district sanitaire de Fana est l'un des districts de la région de Koulikoro où les évacuations obstétricales sont fréquentes. Selon les derniers rapports SONU, le district à enregistrer 7 décès maternels en 2019 et 6 décès en 2017. Aucune étude n'a été faite sur les évacuations obstétricales dans le district d'où la nécessité de notre étude avec comme objectifs :

OBJECTIFS

Objectif général :

Étudier les évacuations sanitaires obstétricales reçues au centre de santé de référence de Fana

Objectifs spécifiques :

- . Déterminer la fréquence des évacuations sanitaires obstétricales ;
- . Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes évacuées ;
- . Identifier les motifs d'évacuations des parturientes des CScCom vers le CSRéf de Fana ;
- . Déterminer le pronostic maternel et fœtal des parturientes évacuées au CSRéf de Fana.

II GENERALITES

II GENERALITES :

2.1. Définitions : La référence/évacuation sanitaire

- **La référence** : c'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée.
- **L'évacuation sanitaire** : d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert urgent d'un malade d'un centre de Santé vers un autre mieux équipé et plus spécialisé.
- **L'évacuation sanitaire obstétricale** peut être définie comme le transfert d'une gestante ou d'une parturiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée pour une complication obstétricale grave nécessitant une prise en charge d'urgence.

2.2 Système de santé du Mali

2.2.1 L'organisation du système de santé au Mali :

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la

République du Mali a adopté en décembre 1990, la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population [5].

Elle préconise la participation effective de la communauté au financement et à la gestion des Centres de santé. La population se regroupe au tour d'une association appelée ASACO (Association de Santé Communautaire) pour le financement et la gestion du CSCom (Centre de Santé Communautaire).

• Le CSCom est le 1^{er} échelon offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Il est géré par l'ASACO, composée de délégués représentant la population des villages d'une aire de santé bien déterminée.

• Le CSRéf est le 2^{ème} échelon, qui est le premier niveau de référence/évacuation avec un plateau chirurgical plus ou moins équipé, encadré pour la plupart des cas par des médecins ayant une compétence chirurgicale.

Le tableau ci-dessous présente les fonctions par niveau.

Tableau I : Organisation du système de sante par niveau, structures **et** fonctions au Mali

Niveau	Structures	Fonctions
National	Ministère de la santé, Cabinet du Ministère, Secrétariat Général du Ministère : Hôpitaux nationaux Direction Nationale de la Santé, Structures rattachées	Orientation des politiques et planification stratégique, définition des normes et procédures, évaluation Formation continue Soins spécialisés
Régional	Direction régionale : Hôpital régional	Appui technique aux cercles Soins de référence de 2eme niveau
Cercle	Centre de santé de référence (hôpital première référence)	de Planification/gestion, de administration Soins de référence de 1 ^{er} niveau Supervision du 1 ^{er} échelon
Aires de santé (groupes De villages ou de Quartiers urbains)	Centre de santé Communautaire	Prestation des soins définis dans le paquet minimum d'activités : Préventif, Curatif, Promotionnels, Réadaptatifs.

2.2.2 La mise en œuvre du système de référence/évacuation [5] :

2.2.2.1 Elaboration d'un cadre conceptuel pour l'organisation de la référence/évacuation :

- Description du système existant à travers une analyse de situation par niveau ;
- rationalisation des activités du centre de santé de cercle à travers une mise en œuvre conforme aux fonctions et rôles de référence ;
- Définition du chronogramme de mise en œuvre ;
- Élaboration des comptes d'exploitation prévisionnels des activités de la référence ;
 - définition des indicateurs de suivi d'évaluation
 - organisation d'un atelier d'appropriation par le personnel.
 - Organisation d'un atelier d'information des ASACO, des collectivités et autres partenaires pour discuter des modalités de la référence/ évacuation. Négociation des ASACO et des collectivités avec les populations des aires de santé pour une large information des communautés.
 - Atelier de consensus sur l'organisation de la référence/ évacuation
 - Formation en périnatalité, SOU, PTME (Prévention de la Transmission

MERE-ENFANT) contre le VIH

2.2.2.2 Mise en place des supports SIS (système d'information sanitaire) et de gestion

- Suivi Supervision
- Monitoring semestriel
- Evaluation annuelle
- Extension aux soins de référence en médecine et chirurgie.

2.2.3 Conditions de réussite [5] :

2.2.3.1 Equipe Socio-sanitaire complète du cercle :

- Au moins 2 médecins à compétence chirurgicale,
- Au moins 2 sages-femmes,
- Au moins 2 infirmiers diplômés d'Etat,
- 1 technicien de l'Action Sociale,
- 1 technicien supérieur de l'action Sociale ou 1 administrateur,
- 1 technicien sanitaire,
- 1 gestionnaire,
- 1 personnel qualifié pour le fonctionnement des différentes unités opérationnelles, personnel de soutien.

2.2.3.2 Infrastructures et équipements :

- Au moins un bloc opératoire avec deux salles d'opération équipées suivant les normes,
- Une maternité équipée,
- Une unité de néonatalogie équipée selon les normes,
- Des pavillons d'hospitalisation en chirurgie et en médecine équipés selon les normes,
- L'existence d'une mini banque de sang,
- L'existence d'un laboratoire,
- L'existence d'une salle de réanimation)

2.2.3.3 Médicaments consommables : existence d'un dépôt de médicaments essentiels, disponibilité d'un stock suffisant en médicaments essentiels, disponibilité d'un kit complet pour le laboratoire.

2.2.3.4 Financement : remboursement des kits pour l'intervention chirurgicale, les frais d'hospitalisation, actes et examens préopératoires et le post opératoire.

2.2.3.5 Logistique : un réseau RAC fonctionnel ou téléphone, ambulance fonctionnelle, système de maintenance des RAC, système de transport adéquat entre le village et le CSCoM.

2.2.3.6 Formation du personnel technique : périnatalité, chirurgie, anesthésie, laboratoire, gestion.

2.2.3.7 Formation des membres des ASACO.

2.2.4 Rôle des hôpitaux nationaux dans les références :

Les hôpitaux nationaux sont rattachés au Secrétariat Général du Ministère de la Santé qui est lui-même sous la dépendance du Cabinet du dit ministère. Les autres structures sanitaires à savoir : les hôpitaux régionaux, les centres de Santé de référence et les structures sanitaires de premier niveau sont rattachés à la Direction Nationale de la Santé. Les hôpitaux régionaux adressent aux hôpitaux nationaux les cas qu'ils ne peuvent pas prendre en charge. Le Mali compte cinq hôpitaux nationaux qui sont l'hôpital du Point G, l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital de Kati, l'hôpital du Mali et le Centre National d'Odontostomatologie. Ils constituent avec l'Institut National de Recherche en Santé publique (INRSP), la Pharmacie Populaire du Mali, le Laboratoire National de la Santé et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), les établissements publics administratifs.

2.3 Référence/Evacuation après la mise en place du système de référence évacuation :

2.3.1 Depuis 2007 le système de référence /évacuation est organisé dans le district sanitaire de Fana.

Toutes les parturientes référées ou évacuées par les CSCOM sont directement conduites au CSRéf où elles sont accueillies en priorité et ont un accès direct à la salle d'accouchement sur présentation de la fiche de référence/évacuation dûment signée.

Le circuit de l'évacuation est le suivant

2.3.2 Organisation de la référence/évacuation :

Le CSCOM évacue sur décision du Directeur technique du centre qui saisit le CSRéf par téléphonie mobile afin que l'ambulance lui soit envoyée. L'information est donnée à la maternité dès l'arrivée de la parturiente dans les heures à suivre.

Le Directeur technique du centre établit une fiche d'évacuation expliquant le motif d'évacuation.

A l'arrivée de la parturiente au CSRéf, un examen obstétrical est effectué systématiquement par la sage-femme et /ou l'interne. Le médecin de garde confirme le diagnostic après son examen et informe le gynécologue.

En cas d'indication chirurgicale la parturiente est directement conduite au bloc opératoire ou les dispositions ont été déjà prises (préparation de la salle, kit gratuit de césarienne d'urgence).

La sage-femme (et/ou l'interne) gère la situation s'il n'y a pas nécessité d'intervention chirurgicale sur les recommandations du médecin.

Le Gynécologue doit établir une fiche de retro information qui sera transmise au chef de poste médical du CSCOM.

N.B: le retard de l'évacuation est le plus souvent dû à des raisons diverses

- Réseau téléphonique perturbé ;
- Réticence première de la parturiente (rare) ou ses parents.

2.4 Physiologie de l'accouchement [6] :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après 28 SA.

Un accouchement avant 37 SA est dit prématuré.

Il est dit spontané s'il se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures.

Par contre, il est dit provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.

L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon, il est dirigé.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal.

Dans le cas contraire, il est dystocique [6].

Pour passer de l'excavation pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit adapter au mieux sa forme et ses dimensions à celles du canal pelvi-génital : c'est l'accommodation.

L'accommodation se fait grâce à deux phénomènes qui sont l'orientation (la tête fœtale fait coïncider son plus grand diamètre avec celui du plan à franchir) et l'amointrissement (obtenu par la modification d'attitude de la présentation) [6].

L'accouchement comporte deux phénomènes :

2.4.1 Phénomène dynamique :

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre.

Les contractions utérines du travail sont involontaires, douloureuses, intermittentes, rythmes, progressives dans leur durée et dans leur intensité, totales et s'accompagnent de modifications du col de l'utérus. Les contractions utérines ont pour conséquences [6] :

- L'effacement et la dilatation du col
- La formation de la poche des eaux
- La progression du fœtus à travers la filière pelvienne.

2.4.2 Phénomène mécanique [6] :

La mécanique de l'accouchement met en confrontation deux éléments dont la connaissance anatomique est indispensable pour tout accoucheur : le bassin obstétrical et le mobile fœtal. Le bassin obstétrical comprend : le détroit supérieur, l'excavation et le détroit inférieur. Le dernier est sans importance car rarement cause de dystocie insurmontable. Par contre, le détroit supérieur est l'élément clé : c'est un anneau osseux qui sépare le grand bassin en haut du petit bassin en bas. Il est limité en arrière par le promontoire, latéralement par le bord antérieur de l'aileron sacré et les lignes innominées, en avant par le bord supérieur du pubis.

2.4.3 Travail d'accouchement :

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et aboutissent à une modification du col (ramollissement et ouverture). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes totales et douloureuses. L'administration d'un

antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

L'accouchement comprend trois périodes [7] :

-1^{ère} période : elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure en moyenne 6 à 8 heures chez la multipare et 10 à 12 heures chez la primipare. Elle comprend deux phases (la phase de latence avec une dilatation inférieure à 4 cm et la phase active, de 4 à 10 cm).

-2^{ème} période : elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à la sortie du fœtus et doit être inférieure à 45minutes. Elle comporte deux phases : la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation, la seconde est celle de l'expulsion proprement dite.

-3^{ème} période : c'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes. La délivrance évolue en trois phases : le décollement du placenta, l'expulsion du placenta et l'hémostase.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement, s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail à l'aide du Partogramme* qui permet de :

- réduire la durée du travail
- corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- contrôler de façon constante les paramètres maternels et fœtaux
- faire le pronostic

*Le Partogramme est un document sur lequel sont notés la dilatation, la progression de la présentation et les éléments de surveillance de la mère et du fœtus : il sert de système d'alerte précoce.

2.4.4 Pronostic maternel : basé sur l'étude du bassin par :

- La pelvimétrie clinique interne et externe,

- La radiopelvimétrie,
- La scanno-pelvimétrie

D'autres paramètres sont à considérer tels que : la taille de la femme, l'appréciation de la hauteur utérine, du périmètre ombilical et du diamètre bipariétal par l'échographie. Il faut identifier aussi la présentation fœtale et sa variété de position.

2.4.5 Pronostic fœtal :

Le bien être fœtal sera apprécié à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou cardiographe, la couleur du liquide amniotique et la PH-métrie

2.5 Les motifs de référence /évacuation

2.5.1 Les motifs de référence : Sont le plus souvent [8] :

- Ancienne césarienne ;
- Grande multiparité ;
- Taille courte moins de 1m50 ;
- Primipare jeune (15 ans ou moins) ou âgée (30 ans ou plus) ;
- Antécédent de mort-né ou avortement à répétition ; - Antécédent de cure de prolapsus génital ou cure de fistule vésico-vaginal (FVV).

2.5.2 Les motifs d'évacuation :

2.5.2.1 Les hémorragies :

2.5.2.1.1 La grossesse extra-utérine (GEU) [9] :

La GEU correspond à l'implantation et au développement du trophoblaste en dehors de l'utérus, le plus souvent dans la trompe, rarement dans l'ovaire ou dans la cavité péritonéale.

Les facteurs de risque sont les antécédents d'infection sexuellement transmissible, la sérologie positive pour les chlamydiae, l'antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne, le tabac, la grossesse ayant débuté sous contraception.

Dans la forme typique, l'interrogatoire retrouve des douleurs pelviennes latéralisées à type de colique, des métrorragies classiquement noirâtre ou sépia, un retard des règles, des troubles sympathiques de grossesse.

A l'examen, la palpation abdominale retrouve une douleur latéralisée, le toucher vaginal révèle une masse latéro-utérine douloureuse avec un utérus moins gros que l'âge suppose de la grossesse.

Dans les formes compliquées :

Rupture cataclysmique : le tableau classique est celui d'un choc hémorragique par hémopéritoine

Hématocèle enkysté : A l'interrogatoire on a des douleurs pelviennes évoluant depuis plusieurs jours, des métrorragies, parfois avec des épisodes syncopaux. L'examen clinique retrouve une défense sous ombilicale inconstante, un cul-de-sac de Douglas bombe hyperalgique au toucher vaginal. Le traitement toujours chirurgical dans notre contexte consiste à une salpingectomie.

2.5.2.1.2 Placenta prævia (PP) [10] :

C'est l'insertion vicieuse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus.

Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporelle devenue pendant la grossesse la caduque ou la déciduale.

Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables, indolores (sauf au cours du travail). L'utérus est souple.

Anatomiquement nous avons trois variétés :

- **La variété latérale** : le placenta n'atteint pas l'orifice du col ;
- **La variété marginale** : il arrive au bord supérieur du canal cervical ;
- **La variété centrale** : il recouvre l'orifice cervical. Le placenta prævia est une cause de prématurité.

2.5.2.1.3. Hématome retro placentaire (HRP) [10] :

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus.

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé par une hémorragie allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

Ses complications sont graves et voire mortelles. Les principales sont :

- **Les troubles de la coagulation** : hémorragies incoercibles par défibrination, moins rares, redoutables par elles-mêmes et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elles entraînent.

La nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro-placentaire. Il y a libération de thromboplastine ovulaire qui va entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une constriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

_ **Thrombophlébites des suites de couches.**

2.5.2.1.4. Pré rupture et Rupture utérine: [10]

Etat morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail d'accouchement. La prérupture est caractérisée par une hypertonie et une hypercinésie utérine.

Elle se manifeste par :

Pré rupture et r

- Une douleur abdominale progressivement croissante ;
- Une agitation, modification de la forme de l'utérus (utérus en coque d'arachide dit en sablier) ;
- Un utérus mal relâché ;
- Une anomalie de bruits du cœur fœtal ;
- Un liquide amniotique verdâtre (méconial).

Son traitement impose la césarienne en urgence sinon survient la rupture utérine (RU).

La rupture utérine (RU) : C'est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale.

Les causes maternelles :

Les anomalies du bassin osseux : bassin limite, bassin généralement rétréci (BGR) ;

Multiparité ;

- Cicatrices utérines (surtout corporelles) ;

Les causes fœtales :

- Présentations dystociques : présentation transversale, présentation du front, présentation de la face en menton sacré ;

- Macrosomie fœtale ;
- Hydrocéphalie ;

Les causes iatrogènes :

- Emploie abusif d'ocytociques (ou inadapté) ;
- Extractions instrumentales ;
- Manœuvres obstétricales : versions par manœuvre interne et externe ;
- Expressions utérines.

Il s'agit d'une extrême urgence. La laparotomie est obligatoire pour son traitement.

2.5.2.1.5 Les Hémorragies de la délivrance et du post-partum immédiat :

[11] Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et/ou leur retentissement sur l'état général.

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques.

2.5.2.2 La pré éclampsie/éclampsie : [12]

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce de la pré éclampsie dont l'éclampsie est une des complications majeures. L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculorenaux.

Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du

travail, rarement dans les suites de couches. Le traitement de la crise d'éclampsie est basé sur le traitement médical (en réanimation) et obstétrical par une évacuation rapide de l'utérus gravide.

2.5.2.3 Dystocies :

2.5.2.3.1. Dystocies d'origine fœtale : [11]

2.5.2.3. Disproportion fœtopelvienne (DFP) :

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

Selon Delecour M. [13] une hauteur utérine est dite excessive lorsqu'elle est supérieure à 36 cm,

Un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion fœtopelvienne est une indication de césarienne [13].

2.5.2.3.1.2 Présentations dystociques [11] :

La présentation du sommet est la plus eutocique, celles qui sont dystociques sont représentées par :

La présentation du siège [11] :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus).

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12 % selon Delecour M. [11] sur un total de 18 % de présentation de siège au centre de Foch.

Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon et le pronostic fœtal est incertain.

La présentation de la face [11] :

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec celui de la présentation du siège. Elle peut aussi évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines ou l'occiput et le cou s'engageant en même temps au détroit supérieur peuvent provoquer souvent une rupture utérine.

La présentation du front [11] :

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne.

La présentation transverse/épaule [11] :

Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule méconnue avec souvent le risque de rupture utérine.

Elle indique une césarienne.

2.5.2.3.2 Dystocies d'origine maternelle [11] :

- **La dystocie dynamique :** La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col.

Il peut s'agir :

- D'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie ;
- D'une anomalie par insuffisance de contractions utérines ou hypocinésie ;
- d'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie ;
- D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.

Les dystocies secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus.

Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

- **Bassins pathologiques [11] :**

Les arguties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques.

Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie.

Elle permet de définir trois types principaux d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

- Les bassins transversalement rétrécis,
- Les bassins aplatis,
- Les bassins généralement rétrécis.

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leur bassin :

- Celles dont l'état nécessite une césarienne ;
- Celles chez qui l'épreuve du travail est indiquée ;
- Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse.

L'utérus cicatriciel [11] :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus ayant déjà été fragilisé par une intervention chirurgicale qui a intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine. Une grossesse dans un utérus cicatriciel impose un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical.

2.5.2.4. Procidence du cordon [11] :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du

cordons par le danger qu'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible

2.5.2.5. La souffrance fœtale [11] :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal ; elle est suspectée aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial. On distingue la souffrance fœtale chronique pendant la grossesse (liquide amniotique teinté jaunâtre) et la souffrance fœtale aiguë pendant le travail d'accouchement (liquide amniotique teinté verdâtre). A savoir que la souffrance fœtale chronique peut devenir une souffrance fœtale aiguë pendant le travail d'accouchement.

La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne soit par extraction instrumentale.

2.6 Thérapeutiques obstétricales :

2.6.1 La césarienne [11] :

Le principe consiste à une extraction chirurgicale de l'enfant par voie abdominale, après incision transversale du segment inférieur de l'utérus, sous anesthésie générale ou locorégionale.

2.6.1.1 Indications absolues

Parmi les indications absolues on distingue :

Avant tout début de travail :

- Bruits du cœur fœtal (BCF) pathologiques
- Dystocie par disproportion évidente entre le bassin maternel et la tête fœtale, ou malformation du crâne fœtal
- Placenta prævia recouvrant
- Utérus bi cicatriciel et plus
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré

-Présentation transversale chez une primipare

-Voie basse à risque pour la mère et/ ou pour l'enfant : diabète sévère avec Macrosomie fœtale, autres pathologies sévères de la mère (hypertension artérielle par exemple)

-Rupture prématurée des membranes et l'état du col défavorable (mauvais BISHOP)

NB : L'indice de **BISHOP** est calculé à partir des données sur : l'état du col, du segment inférieur, de la situation de la présentation (voir le tableau ci-dessous).

Il est obtenu par l'addition des points attribués à chaque critère. La condition cervicale est favorable si l'indice de **BISHOP** est égal ou supérieur à sept (7).

Tableau II :de calcul d'indice pelvien pour le déclenchement du travail d'accouchement (D'après BISHOP) :

Paramètres	0	1	2	3
Longueur du col	4cm	3cm	2 cm	1cm
Dilatation du col	0	1 ou 2 cm	3 ou 4 cm	5 ou 6
Position du col	postérieur	Médian	antérieur	
Consistance du col	rigide	Souple	mou	
Niveau de la présentation	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2

• **En cours de travail :**

- Procidence du cordon en cas de présentation céphalique
- Présentation transversale avec rupture de la poche des eaux
- Anomalies de présentation incompatibles avec la voie basse : présentation du front fixée, présentation de la face en mento- postérieure persistante
- Disproportion fœtopelvienne stagnation de dilatation ou non engagement de la présentation à dilatation complète syndrome de pré rupture utérine, ou rupture utérine avérée

2.6.1.2 Indications relatives

- **Avant tout début du travail** : Bruits du cœur fœtal (BCF) pathologiques ou suspects

Utérus cicatriciel

Siège avec facteur de risque associé

Antécédents maternels chargés (hypofertilité, HTA gravidique)

Primipare de 40 ans ou plus

- **Au cours du travail** :

Fièvre (à confronter avec BCF et stade de la dilatation)

Stagnation de dilatation

Procidence du cordon sur siège à dilatation complète

2.6.2. Les extractions instrumentales :

- **Le Forceps [11]** : C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire hors des voies génitales maternelles.

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale.

D'autres indications sont : BIP élevé supérieur à 9,5cm, l'état de fatigue maternelle. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et chez le fœtus.

- **La ventouse [11]** : C'est un instrument de flexion et accessoirement de traction. La ventouse obstétricale connaît des contre-indications qui lui sont propres telles que la prématurité, l'existence de troubles de la coagulation chez le fœtus, les anomalies de la présentation (front, face, siège), une volumineuse bosse sérosanguine.

- **Les spatules de Thierry [11]** : Ce sont des instruments d'orientation et de propulsion et non de traction, ce qui les différencie des forceps.

2.6.3. Le déclenchement artificiel du travail : C'est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'était pas jusque-là en travail [11]. Les indications sont multiples ; fœtales (grossesse prolongée, incompatibilité Sanguine fœto-maternelle, diabète, retard de croissance intra-utérin), materno-fœtales (rupture prématurée des membranes, syndromes vasculorenaux) et enfin, maternelles pures (pathologie maternelle telles que cardiopathie, pneumopathie ...)

2.7 PRONOSTIC : Les évacuations obstétricales sont fréquentes dans nos régions africaines.

Le pronostic maternel et fœtal sont réservés.

Ce pronostic dépend :

- Du suivi correct de la grossesse ;
- De la prise en charge des parturientes dans les centres de santé communautaire (CSCoM) ;
- De l'accessibilité géographique des CSRéf ;
- Des moyens logistiques, matériels et financiers. Selon Maine D et Col [14] il y a 3 types de retards qui aggravent le pronostic maternel et fœtal :
 - - **le 1^{er} retard** : c'est le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
 - - **le 2^{ème} retard** : c'est le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences ;
 - - **le 3^{ème} retard** : c'est le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

III METHODOLOGIE

III.METHODOLOGIE

3.1-Cadre de l'étude : L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Fana.

3.1.1. Situation Géographique :

3.1.1.1. La commune de Fana

Le Guégnéka (zone à laquelle appartient Fana) fut une entité historique vassale de l'ancien royaume bambara de Ségou. Cette entité couvrait le territoire de l'ex-arrondissement de fana. Le mot guégnéka serait une déformation de « goué-nièka » qui se traduit par « sur le côté droit de goué ». Goué était une place forte sur la rive gauche du fleuve Niger à la hauteur de l'actuelle ville de Ségou. Le guégnéka serait donc un pays en amont de goué sur la rive droite du fleuve Niger et éloigné des berges.

La ville de Fana chef-lieu de l'actuelle commune rurale fut fondée vers 1754 par deux frères Coulibaly, chasseurs venus de BENDOUGOU – NIAMANA (actuel cercle de Bla). Ils auraient demandé et obtenu l'hospitalité du village de Ballan qui était jadis localisé dans le Guégnéka. La ville de Fana tirerait son nom de celui du plus jeune des deux frères qui s'appelait « Fanakoro » et qui fut plus célèbre que son aîné « Naima ». C'est vers les années 1776 que vint s'installer avec les frères Coulibaly l'ancêtre des TRAORE répondant au nom de Binaba et qui est originaire de kan fana (Actuel cercle de Sikasso). Les COULIBALY et les TRAORE cohabitent pacifiquement. Ils se partagent alternativement la chefferie du village. Il arriva un moment où n'ayant plus d'hommes en âge de briguer le poste dans leur famille, les Coulibaly laisseront

définitivement la chefferie aux TRAORE. Cette situation demeure jusqu'à nos jours.



Figure 1 : Cartographie du district sanitaire de Fana

Le District Sanitaire de Fana est limité :

- Au nord et à l'Est par la préfecture de Barouéli ;
- À l'ouest par la préfecture de Kati ;
- Au sud – Ouest par la zone sanitaire de Dïoila ;
- Au Sud – Est par la préfecture de Koutiala et Bla ;
- Au Sud par la préfecture de Sikasso.

Il a une superficie estimée à 7 319 km² répartie entre 168 villages officiels. Avec un climat de type soudano-sahélien caractérisé par une alternance entre une saison sèche répartie entre une période froide (de mi-novembre à mi-mars avec des températures minimales variant de 12 à 14°C) et une période chaude allant de mi-mars à juin avec des températures maximales variant entre 39 et 43°C et une saison pluvieuse s'étendant de juin à mi-novembre.

Le district sanitaire est séparé en deux par le fleuve Baoulé, il est limité au sud et au Sud-Est par le fleuve Bafing. L'aire de Diébé (Zone de Fana) est séparée de l'aire de Banco (zone de Dïoila) par le fleuve Bagoé.

En dehors des fleuves ils existent de nombreux petits cours d'eau qui entravent beaucoup le déplacement pendant l'hivernage parmi lesquels on peut citer :

- . Le Damankô traverse la commune du nord-est au sud-ouest
- Le Djidian traverse la commune guégnéka du nord au sud sur 21km ;
- Le Bankorokô traverse la commune d'Est à l'Ouest sur 11km ;
- Le Kôba traverse la commune du sud-ouest au sud sur 4km ;

3.1.1.2 Population, ethnies et phénomènes migratoires

La population du District est estimée à 302043 Habitants (RGPH 2009 actualisée), soit 36 habitants au km². Les Bambaras sont les chefs traditionnels pour la plupart des localités. Traditionnellement ils sont agriculteurs et /ou chasseurs. Ils sont secondés par les peuhls descendants d'anciens peuhls éleveurs transhumants du Wassolo. Sur le plan relation sociale, il n'existe pas de distinction entre les ethnies en ce qui concerne le travail collectif. La relation qui les unit est la solidarité en toute circonstance. Des tensions sont souvent enregistrées entre les agriculteurs et les éleveurs à propos des champs. C'est une zone d'immigration à cause de l'exploitation du coton et du tabac, la compagnie malienne pour le développement des textiles (CMDT) avec ses saisonniers forment un flux migratoire très important. Dans toute la zone il existe des interdits alimentaires (totems) en fonction de l'ethnie, de la famille et de la religion. Pour une grande partie des populations, la maladie est perçue comme un mauvais sort. Cela fait que le guérisseur ou le marabout du village est en général le premier recours avant de s'en référer aux soins dits modernes. Cette perception est très fréquente chez les analphabètes.

Avec l'extension de la couverture sanitaire, les séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) et la disponibilité des médicaments essentiels, cette perception a beaucoup changé, en témoigne la construction de trois Centre de santé communautaire (CSCoM) dans la zone sur fonds propres par les communautés. Les premiers symptômes sont en général considérés comme de simples troubles passagers, le cas n'est

considéré comme maladie que quand le malade est impotent ou ne s'alimente plus.

La population est fortement croyante. Elle est répartie entre différentes confessions religieuses. Même si l'Islam est la religion prédominante, les autres fois comme le christianisme et l'animisme ont le droit d'être cités. La langue la plus parlée est le Bambana. Fana est le chef-lieu de la sous-préfecture du même nom et celui de la commune de Guégnéka.

L'administration est organisée comme suit :

Au niveau des sous-préfectures, le sous-préfet conseille les collectivités territoriales décentralisées et contrôle leurs activités. Le conseil de cercle, structure mandatée par les conseils communaux, est le premier interlocuteur de la préfecture et des services préfectoraux.

Le conseil communal est l'instance d'exécution des activités de développement à la base en conformité avec les politiques de l'état.

3.1.2. Description du centre de santé de référence de Fana :

Le district sanitaire de Fana est composé d'un centre de santé de référence et 22 centres de santé communautaires fonctionnels. A côté de ces structures, il existe une infirmerie de la CMDT, deux cabinets de soins à fana, une infirmerie confessionnelle à Béléco, 4 cabinets médicaux à fana, une clinique médicale à Marka-coungo, cinq officines privées et un dépôt de vente.

Le CSRéf dispose d'une unité des urgences, d'une unité de médecine, d'une unité de chirurgie, d'une unité d'odontologie, d'ophtalmologie et d'otorhinolaryngologie, d'une unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC), d'une unité d'URENI et

prise en charge pédiatrique, d'une unité de laboratoire, d'une unité de radiologie, un service d'hygiène assainissement, une unité de programme élargie de vaccination (PEV), une unité de bloc opératoire, un bloc d'administratif, un bloc de magasin, de deux dépôts de vente, une cantine, une morgue, un bloc de maternité. Le CSRéf a pour personnel médical :

- 4 médecins spécialistes ;
- 6 médecins généralistes ;
- 1 pharmacien pour l'USAC ;
- 7 infirmiers assistants ;
- 7 techniciens supérieurs de santé :
- 5 sages-femmes ;
- 11 techniciens de santé du premier cycle ;
- 1 ingénieur en hygiène et assainissement.

3.2- Le type d'étude et période d'étude

3.2.1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale avec recueil prospectif des données.

3.2.2. La période d'étude : Du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020

(soit une année).

3.3- La population d'étude

Elle était constituée de l'ensemble des admissions à la maternité durant la période d'étude.

3.4. L'échantillonnage : Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif. Nous avons pris en compte les parturientes évacuées et prises en charge au CSRéf pour une urgence obstétricale dans le cadre de la Reference/Evacuation.

3.4.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude toutes les parturientes évacuées par un centre de santé du district sanitaire de Fana pour un problème obstétrical durant la période d'étude avec un support d'évacuation ayant bénéficié d'une prise en charge dans la maternité.

3.4.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Les patientes admises au CSRéf de Fana pour un problème non obstétrical ;
- Les patientes qui ont été référées ou venues d'elles-mêmes ;
- Les patientes évacuées sans support d'évacuations
- Les patientes évacuées par un centre de santé hors du district sanitaire de Fana.

3.4.3 Taille minimale de l'échantillon : La taille minimale est calculée par la formule de SCHWARTZ : $n = z^2 \cdot p \cdot q / i^2$ avec i (précision) = 0.08, $z = 1,96$ et $p = 27\%$ (fréquence de Dombélé H [17]) = 0,27 $\Rightarrow q = 1 - P = 0,73$.

Donc $n = 1,96^2 \times 0,27 \times 0,73 / 0,08^2$

n = 118,30 soit 118 Patientes

3.5 collecte des données

Les données ont été recueillies sur la fiche d'enquête à partir :

- Les dossiers obstétricaux ;
- Le registre de références/évacuations,
- Les registres de césariennes ;

- Le registre de décès maternel ;
- Registre de décès périnatal.

3.6 Saisie et analyse des données : Les données ont été saisies sur le logiciel Word 2016, analysées sur le logiciel SPSS version 21.0.0.

Pour les comparaisons de variables nous avons utilisé le test de Khi carré de Pearson et le test de Fisher. Nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $p < 0,05$.

3.7 Variables étudiées : Les variables étudiées sont consignées dans le tableau III ci-dessous.

Tableau : III Variables étudiées

Non de la variables	Type	Echelle	Support des données
Age	Quantitative	Année	Dossiers obstétricaux
Statut matrimonial	Qualitative nominale	1 Mariée, 2 célibataire	Dossiers obstétricaux
Profession	Qualitative	1 Ménagère, Elève/Etudiante, Commerçante	2 Dossiers obstétricaux
Résidence	Qualitative nominale		Dossiers obstétricaux
Parité	Quantitative discontinue		Dossiers obstétricaux
Moyens locomoteurs	Qualitative nominale	1 Ambulance, moto.....	2 Registre de référence/évacuation
Agent évacuateur	Qualitative	1 médecine, 2 sage-femme....	Fiches d'évacuations
Motif d'évacuation	Qualitative nominative	1 dystocie, HTA/complications...	2 Dossiers obstétricaux
Antécédent	Qualitative nominative	1 HTA, Diabète, 3 Césarienne.....	Dossiers obstétricaux
Nombre de CPN	Quantitative	Nombre	Dossiers obstétricaux
Diagnostic retenu	Qualitative nominative	1 dystocie, HTA/complications....	2 Dossiers obstétricaux
Concordance	Qualitative	1 Oui, 2 Non	Lecture
Etat du Nouveau-né	Qualitative Nominative	1 Vivant, 2 Mort-né	Dossiers obstétricaux
Voie d'accouchement	Qualitative	1 Voie haute, 2 Manœuvre obstétricale, 3 Accouchement naturel	Dossiers obstétricaux

3.8 Définitions opératoires :

Patiente : gestante ou parturiente.

Gestité : Nombre de grossesse.

Primigeste : il s'agit des femmes qui sont enceintes pour la première fois

Paucigestes : les femmes qui ont fait 2 à 3 grossesses.

Multigestes : les femmes qui ont fait 4 à 5 grossesses.

Grande multi gestes : les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses ou plus.

Parité : Nombre d'accouchement.

Nullipares : il s'agit des femmes qui n'ont fait aucun accouchement.

Primipares : il s'agit des femmes qui ont accouché pour la première fois.

Paucipares : les femmes qui ont fait 2 à 3 accouchements.

Multipares : les femmes qui ont fait 4 à 6 accouchements.

Grandes multipares : les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements.

Travail prolonge :

-**Chez la multipare :** Travail d'accouchement excédant les 10heures.

- **Chez la nullipare :** Travail d'accouchement excédant les 12heures.

Accouchement par voie basse : regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales.

Mort- né : tout nouveau- ne dont score d'Apgar est nul à la naissance.

La mortalité néonatale est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré jusqu'aux 28 jours révolus. Ce temps a été subdivise pour définir la période néonatale précoce s'étalant de 0-7 jours inclus et la période néonatale tardive allant de 8-28 jours inclus.

La mortalité maternelle se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison,

quelle qu'en soit la durée ou la localisation, par une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivée, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Personnel qualifié : étaient les médecins, sages-femmes et les infirmières obstétriciennes.

Personnel non qualifié : étaient les matrones et les aides-soignantes.

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 adoptée sans la notion d'une urgence.

Évacuation : c'est le transfert d'une patiente 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 gestante ou d'une parturiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée pour une complication obstétricale grave nécessitant une prise en charge d'urgence.

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.

Dystocies : Ceux sont les accouchements difficiles voire impossibles par voie basse.

IV RESULTATS

IV- RESULTATS

4.1 La fréquence

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 250 évacuations sanitaires obstétricales sur un total de 1484 accouchements soit une fréquence de 16,85% : Soit une évacuation pour 6 accouchements.

4.2 Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'âge.

Age en année	Effectifs	%
≤ 19	69	27,6
20 – 34	177	70,80
≥ 35	4	1,6
Total	250	100

La moyenne d'Age est égale à 24,42ans avec des extrêmes de 15 et 44ans

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectifs	%
Ménagère	236	94,4
Elève/Etudiante	9	3,6
Commerçante	5	2
Total	250	100

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de la structure sanitaire de Provenance.

Provenance	Effectifs	%
CSCCom de Marka coungo	43	17,2
CSCCom central de Fana	39	15,6
CSCCom de Béléco	28	11,2
CSCCom de Tingolé	27	10,8
CSCCom de Nangola	25	10
Cabinets ou Cliniques Médicales privées	16	6,4
Maternités rurales	13	5,2
CSCCom de Kéréla	12	4,8
CSCCom de Falako	9	3,6
CSCCom de Koni	7	2,8
CSCCom de Dandougou	6	2,4
CSCCom de Djoumazana	6	2,4
CSCCom antenne	5	2
CSCCom de Farakoro	5	2
CSCCom de Korokoro	4	1,6
CSCCom de Toukoro	3	1,2
CSCCom Bougoucoura	1	0,4
CSCCom Kankouni	1	0,4
Total	250	100

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	%
Mariée	242	96,8
Célibataire	8	3,2
Total	250	100

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de leur niveau d'instruction.

Scolarisation	Effectifs	%
Non scolarisée	121	48,4
Primaire	124	49,6
Secondaire	5	2
Total	250	100

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction des moyens de locomotion utilisés.

Moyens	Effectifs	%
Ambulance	217	86,8
Moto	25	10
Voiture personnelle	7	2,8
Transport en commun	1	0,4
Total	250	100

4.3 Aspects cliniques

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectifs	%
Dystocie	91	36,4
Hémorragie antépartum	29	12
HTA/complications	28	11
Anémie sur grossesse	24	9,6
Manque d'effort expulsifs	21	8,4
Cicatrices utérines	20	8
Dilatation stationnaire	16	6,2
Procidence du cordon	13	5,2
RPM	8	3,2
Total	250	100

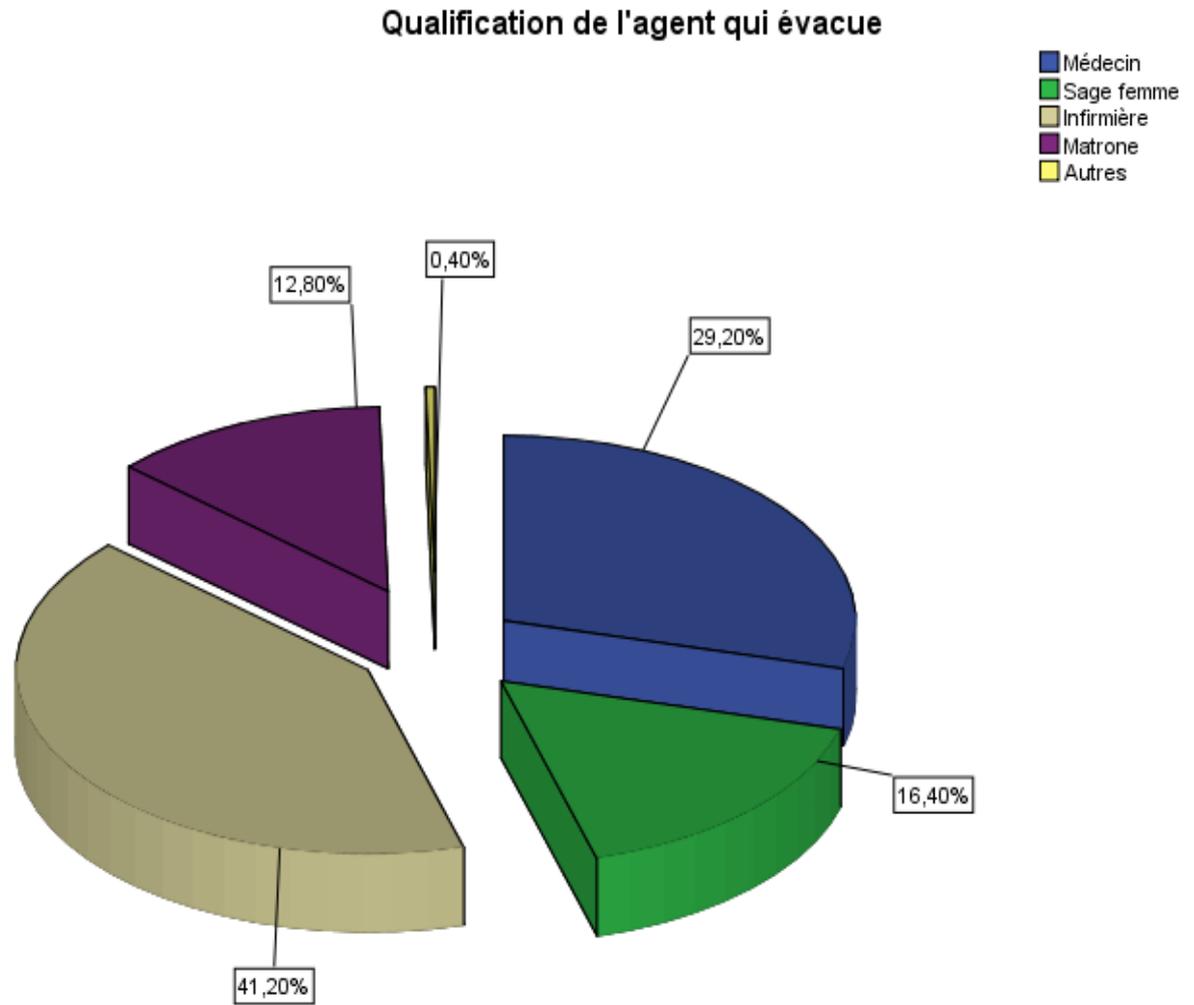


Figure 2 : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent ayant fait l'évacuation.

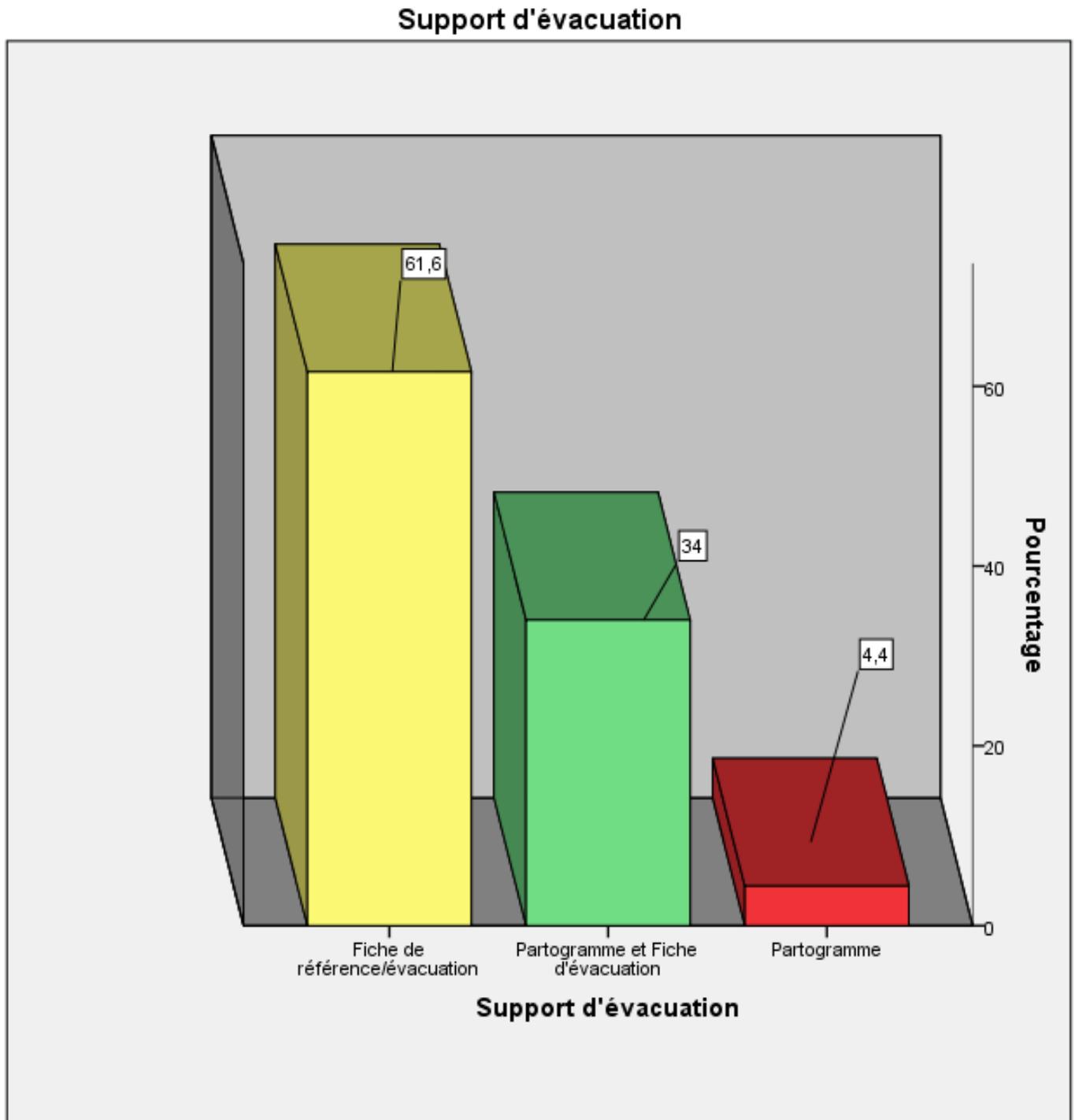


Figure 3 : Répartition des patientes en fonction du support d'évacuation.

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent médical associé.

Antécédents médicaux	Effectifs	%
HTA	6	2,4
Anémie	3	1,2
Sans antécédents	241	96,4
Total	250	100

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent chirurgical.

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	%
Sans antécédents	224	90
Césarienne	17	6,6
Laparotomie	5	2
Appendicectomie	4	1,4
Total	250	100

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectifs	%
Primigeste	87	34,8
Paucigeste	69	27,6
Multigeste	36	14,4
Grande multi geste	58	23,2
Total	250	100

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la parité.

Parité	Effectifs	%
Nullipare	96	38,4
Primipare	38	15,2
Paucipare	48	19,2
Multipare	33	13,2
Grande multi pare	35	14
Total	250	100

Tableau XV : répartition des patientes en fonction du nombre de CPN effectuée.

Nombre de CPN	Effectifs	%
0	51	20,4
1 – 3	126	50,4
≥ 4	73	29,2
TOTAL	250	100

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de l'état général.

Etat général	Effectifs	%
Bon	169	67,5
Passable	47	19
Altéré	34	13,5
Total	250	100

Coloratons des conjonctives

■ Bien colorées
■ Pales

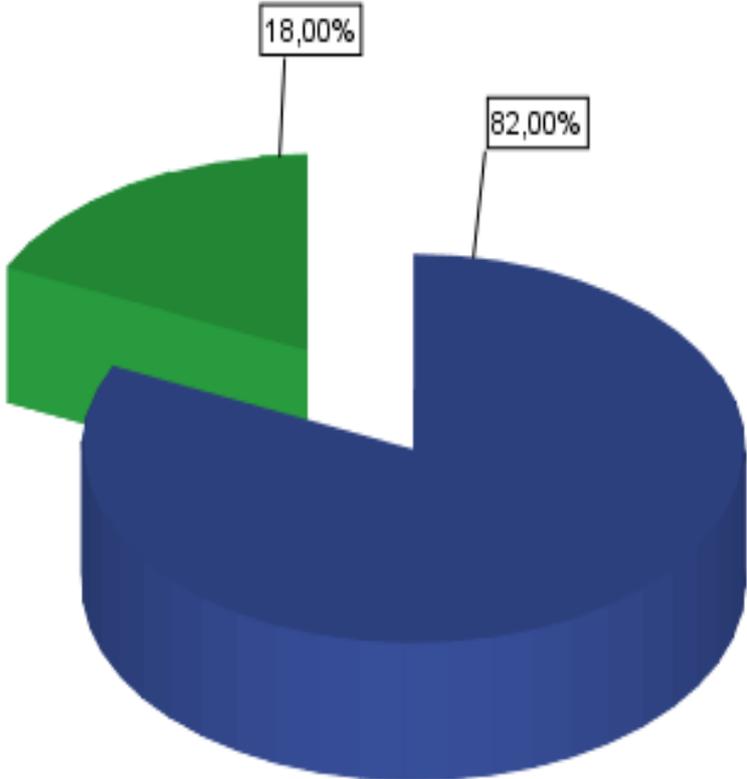


Figure 4 : Répartition des patientes en fonction de l'état des conjonctives

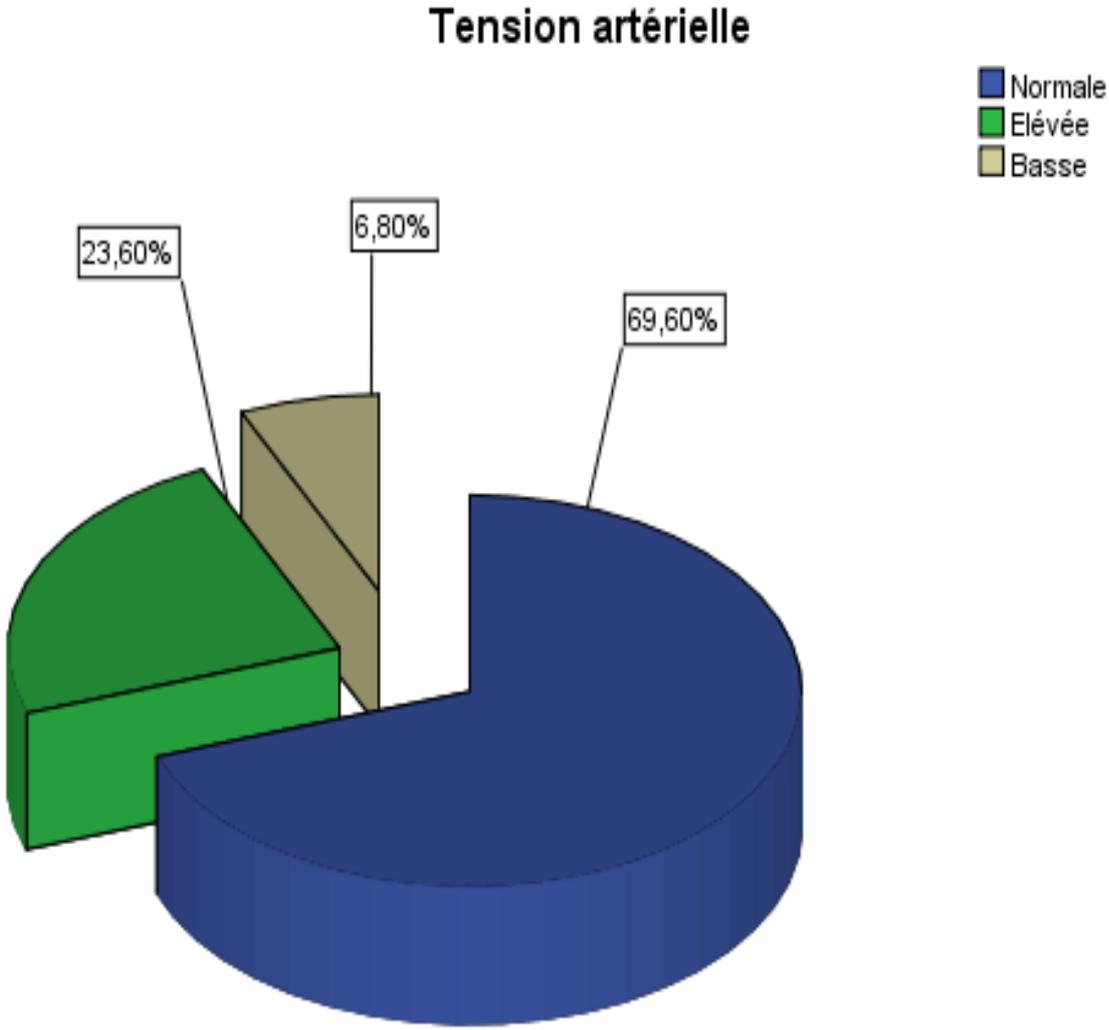


Figure 5 : Répartition des patientes en fonction de la tension artérielle

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du pouls.

Pouls (bts/mn)	Effectifs	%
< 100	214	85,6
100 – 120	35	14
Imprenable	1	0,4
Total	250	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du BCF

BCF (bts/mn)	Effectifs	%
Absent	46	18,4
120 – 160	191	76,4
< 120 ou > 160	13	5,2
Total	150	100

Etat des membranes

Rompues
Intacts

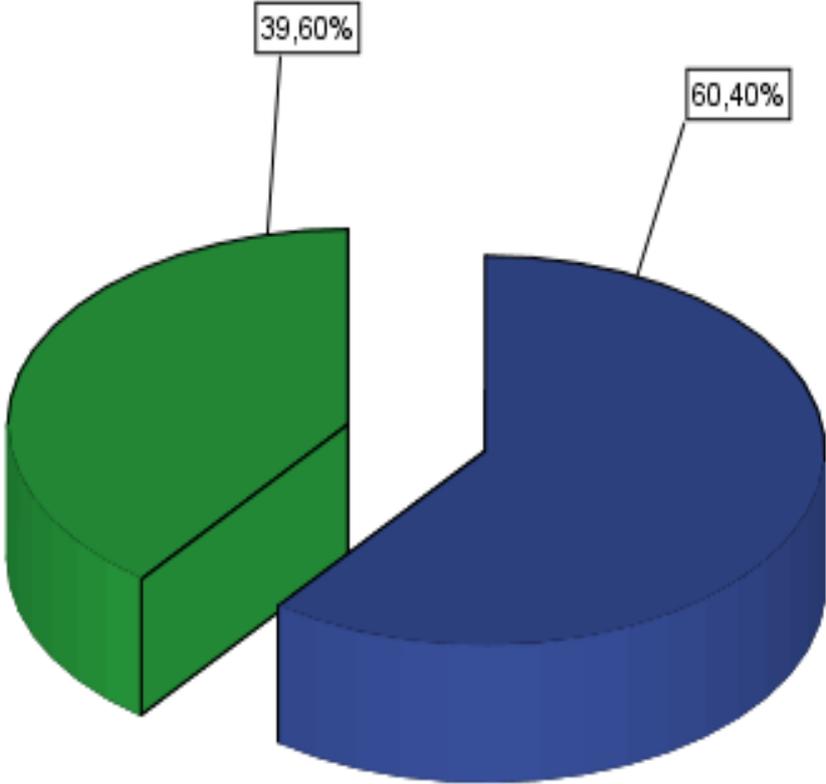


Figure 6 : répartition des patientes en fonction de l'état des membranes.

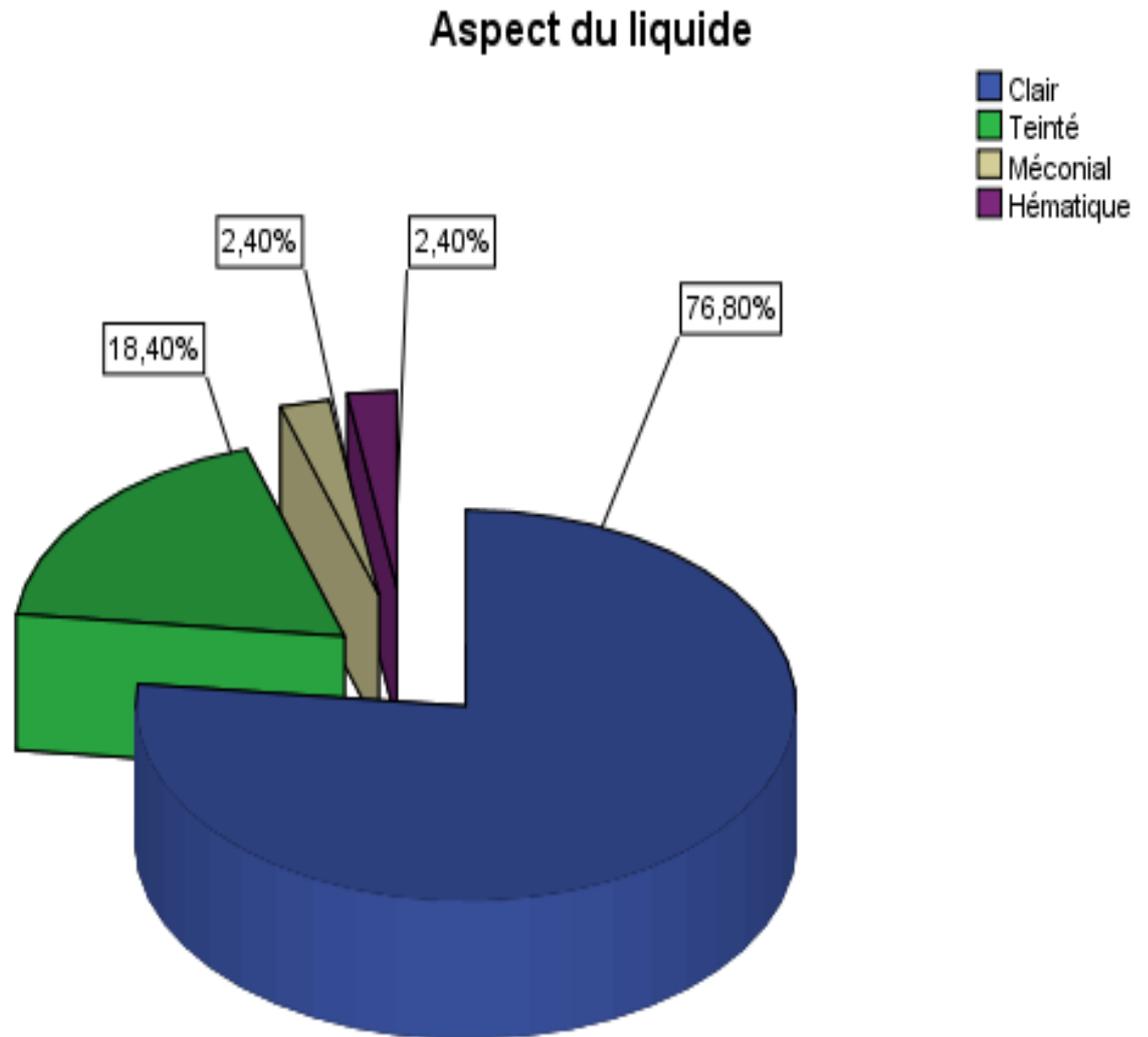


Figure 7 : Répartition des patientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique.

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de l'abondance de l'hémorragie

Métrorragie	Effectifs	%
Absente	215	86
Minime	15	6
Moyenne	12	4,8
Abondante	8	3,2
Total	250	100

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de la hauteur de la présentation.

Hauteur de la présentation	Effectifs	%
Non engagée	160	64
Engagée	90	36
Total	250	100

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du type de la présentation du fœtus.

Type Présentation	Effectifs	%
Sommet	202	81
Transverse	24	9
Siège	17	7
Front	5	2
Face	2	1
Total	250	100

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Effectifs	%
Dystocie	113	45,2
Travail d'évolution normale	54	21,6
HTA/complications	31	12,4
Cicatrices utérines	17	6,8
PP hémorragique	13	5,2
HRP	12	4,8
Procidence du cordon	8	3,2
SFA	1	0,4
Rupture utérine	1	0,4
Total	250	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de la concordance du motif d'évacuation et le diagnostic retenu.

Concordance	Effectif	%
Oui	163	65,2
Non	87	34,8
Total	250	100

4.4 Mode de prise en charge

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du délai de la prise en charge

Délai de la prise en charge (mn)	Effectifs	%
< 60	202	80,8
60-120	22	8,8
> 120	26	10,4
Total	250	100

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectifs	%
Voie haute	133	53,2
Voie basse	103	41,2
Voie basse avec extraction par ventouse	12	4,8
Voie basse avec extraction par forceps	2	0,8
Total	250	100

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de la pratique de la transfusion sanguine.

Transfusion	Effectifs	%
Transfusées	69	27,6
Non transfusées	181	72,4
Total	250	100

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation en jour.

Durée d'hospitalisation(jours)	Effectifs	%
1 – 3	100	40
4 – 6	133	53,2
≥ 7	14	5,6
Evacuées vers CHU	3	1,2

La durée moyenne était de 4 jours avec des extrêmes de 1 et 20 Jours

4.5 PRONOSTIC MATERNO-FOETAL :

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction des complications maternelles

Complications	Effectifs	%
Aucune complication	216	86.4
Anémie	24	9,6
Infection	6	2,4
Choc hypovolémique	1	0,4
Etat de mal éclamptique	1	0,4
Décès maternel	2	0,8
Total	250	100

NB : L'Anémie et l'Eclampsie ont été les deux causes de décès.

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-né en fonction de leur état.

Etat du nouveau-né	Effectifs	%
Vivant non réanimé	109	43,6
Réanimé suites bonnes	79	31,6
Mort-né	48	19,2
Décès néonatal précoce	14	5,6
Total	250	100

Tableau XXX : Répartition des mort-né en fonction de la cause.

Mort-né	Effectifs	%
HRP	10	21
Présentation dystocique	9	19
Procidence du cordon	6	12,5
HTA/complications	5	10,5
PP hémorragique	5	10,5
SFA	4	8,3
Prématurité	4	8
Anémie	4	6,2
Rupture utérine	2	4
Total	48	100

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-né en fonction du score d'Apgar à la 1^{er} minute.

Apgar a la 1^{ère} mn	Effectifs	%
8 – 10	120	48
4 – 7	78	31,2
1 – 3	4	1,6
0	48	19,2
Total	250	

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés en fonction du score e d'Apgar à la 5eme minute.

Apgar a la 5^{ème} mn	Effectifs	%
8 – 10	178	71,2
4 – 7	22	8,8
1 – 3	2	0,8
0	48	19,2
Total	250	100

Tableau : XXXIII : Relation entre le délai de la prise en charge et l'état du nouveau-né à la naissance.

Délai de la prise en charge(mn)	Etat du nouveau-né à la naissance		P	Total
	Vivant	Mort-né		
1 – 60	165	37	0,467	202
60 – 120	14	8	0,032	22
> 120	23	3	0,432	26
Total	202	48		250

(Khi-deux de Pearson = 5,283 ; p= 0,07)

Tableau XXXIV : Relation entre le diagnostic retenu et la voie d'accouchement

Diagnostic retenu	Voie d'accouchement			Total
	Accouchement normal	Césarienne	Manœuvre obstétrical	
Dystocie	23	83	7	113
PP hémorragie	7	6	0	13
SFA	1	0	0	1
HTA/complications	13	18	0	31
Cicatrices utérines	5	11	1	17
HRP	3	9	0	12
Procidence du cordon	5	3	0	8
Travail d'évolution normal	46	2	6	54
Rupture utérine	0	1	0	1
Total	103	133	14	250

(Khi-deux de Pearson = 84,6 ; p < 0,001)

Tableau XXXV : Relation entre le diagnostic retenu et l'état du nouveau-né à la naissance.

Diagnostic retenu	Etat du nouveau-né à la naissance		P	Total
	Vivant	Mort-né		
Dystocie	98	15	0,03	113
PP hémorragique	9	4	0,467	13
SFA	1	0	1	1
HTA/complications	26	5	0,64	31
Cicatrices utérines	15	2	0,626	17
HRP	4	8	< 0,001	12
Procidence du cordon	2	6	< 0,001	8
Travail d'évolution normal	47	7	0,188	54
Rupture utérine	0	1	0,433	1
Total	202	48		250

Khi-deux de Pearson = 43,758 ; $p < 0,001$

Tableau XXXVI : Relation entre le diagnostic retenu et le pronostique maternel.

Diagnostic retenu	Complications maternelles			P	Total
	Suites simples	Suites compliquées	Décès maternel		
Dystocie	104	9	0	0,034	113
PP hémorragique	7	5	1	0,002	13
SFA	1	0	0	1	1
HTA/complications	23	7	1	0,069	31
Cicatrices utérines	14	3	0	0,818	17
HRP	6	6	0	< 0,001	12
Procidence du cordon	6	2	0	0,616	8
Travail d'évolution normal	54	0	0	0,003	54
Rupture utérine	1	0	0	1	1
Total	216	32	2		250

(Khi-deux de Pearson = 49,836 ; $p < 0,001$)

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Approche méthodologique

Beaucoup d'études ont été menées sur les évacuations sanitaires obstétricales dans le monde par ce qu'elles permettent de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Notre étude est la première étude réalisée dans le district sanitaire de Fana. Il s'agissait d'une étude transversale avec recueil prospectif des données allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 soit une durée d'une année. Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif ce qui nous permis d'obtenir une taille suffisante pour l'étude. La principale difficulté rencontrée au cours de notre étude a été le non remplissage correcte des supports. Cette insuffisance a été corrigée en recoupant les différentes sources de collectes.

5.2 Fréquence

Nous avons regroupé dans le tableau XL les fréquences des évacuations obstétricales retrouvées dans la littérature.

Tableau XXXVII : Récapitulatif de quelques fréquences des évacuations obstétricales retrouvées dans la littérature.

Auteurs	Lieu	Année	Fréquence (%)
Koffi K Stéphane[15]	Bouaké	2015-2016	42,5
O Thiam[16]	Sénégal	2011	31,2
Dembélé H[17]	Yélimané	2015-2018	27,65
Maiga B I[18]	Bamako CV	2015	15,20
Salihou A[19]	Niafunké	2007-2008	27,53
Soumouthéra M[20]	Koutiala	2008-2009	7,91
Notre étude	Fana	2020	16,85

Dans le cadre de notre étude, nous avons enregistré 250 évacuations sur 1484 accouchements durant 12 mois d'étude ; soit 16,85%. Cette fréquence est supérieure à celles qui ont été rapportées par Soumouthera M [20] au CSRéf de Koutiala et Maiga B I [18] au CSRéf de la commune V du district de Bamako qui ont trouvé respectivement 7,91% et 15,20%. Par contre, elle est inférieure à celles qui ont été rapportées par Salihou A [19] au CSRéf de Niafunké et Thiam O et collaborateurs [16] au Centre Hospitalier de NDOUM au Sénégal qui ont trouvé respectivement 27,53% et 31,2%. La fréquence des évacuations est diversement appréciée cela dépend de la zone et du mode de recrutement. Dans les pays développés les évacuations sont exceptionnelles car il existe toujours, annexé à la maternité, un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [21]. Notre fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que le district sanitaire de Fana couvre assez d'aires de santé (22).

5. 3 Caractéristiques sociodémographiques :

La tranche d'âge majoritaire a été celle de 20 à 34 ans avec un taux de 70,80%. Dans l'étude de Maiga B. I. [18] la tranche d'âge majoritaire était celle de 18 à 34 ans avec un taux de 74,7%. Selon les études de Diarra M [22] et Touré S [23], les moins de 20 ans étaient majoritaires avec des fréquences respectives de 48,09% et 40,87%. Dans les études de Traoré D. B. [24] et Berthé D. S. [25], la tranche d'âge majoritaire a été celle de 20-35 ans avec des taux respectifs de 75,11% et 57%. Notre taux pourrait s'expliquer par le fait qu'elle corresponde à la tranche d'âge des femmes en âge de procréer. Les célibataires ont été retrouvées avec une fréquence de 3,2%. Ces taux pourraient s'expliquer par la discrimination et la stigmatisation qu'engendre la conception hors mariage, encore mal acceptée dans nos sociétés traditionnelles africaines. Il a été observé dans notre étude 96,8% de femmes mariées. Diarra M. [22] (2008) et Alamine [26] (2004) ont rapporté

respectivement 88,46% et 80,9%. Les ménagères étaient les plus représentées avec 94,4% des cas. Ce résultat est proche de ceux de Macalou B. [27] et Fall G. [28] qui étaient respectivement 92,8% et 92,24 %. La majorité de nos évacuations étaient effectuées par l'ambulance soit 86,6%. Mais il est à noter que 10% ont été assurées par moto. Selon les études de Kouyaté H. M [29] et Thiam O et collaborateurs [16], les patientes évacuées par l'ambulance représentaient respectivement 75,6% et 69%. Le CSCOM de Marka coungo et le CSCOM central de Fana ont été les structures qui ont plus évacué pendant la période d'étude avec respectivement 17,2% et 15,6%. Ces taux s'expliquent par la zone d'implantation de ces CSCOM et surtout la densité de ces villages.

5.4 Aspects cliniques

La dystocie était le motif d'évacuation le plus fréquent soit 36,4% suivie des hémorragies antépartum soit 11,6% et l'hypertension artérielle et complications soit 11,2%. Ces mêmes motifs étaient retrouvés dans d'autres études comme celle de Thiam O et collaborateurs [16] au Sénégal qui trouvent la dystocie 37,4% et suivi des hémorragies 31,6% et l'hypertension artérielle et complications 14,2% et de Soumouthéra M [20] qui rapporte 41,70% hémorragies et 12% et 11,10% respectivement pour la dilatation stationnaire et le défaut d'expulsion. La fréquence élevée des dystocies dans notre étude pourrait s'expliquer en partie par le manque de dépistage précoce des facteurs de risque liés à la grossesse et à l'accouchement au cours du dernier trimestre et une mauvaise surveillance du travail d'accouchement par le partographe.

L'évacuation était faite par les infirmiers dans 41,20%. Ce taux est inférieur à celui rapporté par Touré S [23] en 2019 (52,8%). Diarra B.

[30] en 2007 et Touré A. [31] en 2010 ont trouvé chacun 37% et 64,8% des taux de référence/évacuation faite par les matrones. Ceci s'explique par le fait que la plupart des CSCOM sont tenus par les infirmiers (DTC) qui ordonnent les évacuations. Seulement 29,20% des évacuations ont été faites par les médecins. Touré S [23] a eu ce même taux au CSRéf de Banamba des références/évacuations faites par les médecins. Par contre Diarra M. [22] au Point G et Alamine [26] en commune I ont trouvé respectivement 41,20% et 48,8% des références/évacuations faites par les médecins. Notre résultat s'explique par la présence de médecins dans 7 CSCOM sur 22 que compte le district sanitaire de Fana.

Les motifs d'évacuation étaient exacts dans 65,2% des cas. Ce taux est légèrement inférieur à celui de Maiga B I [18], qui a rapporté 68,1%.

La gestité et la parité ont joué un rôle important dans les causes des évacuations. Les nullipares représentaient la proportion la plus importante (38,40%). Notre taux est supérieur à celui de Touré S [23] et de THIERO [32] qui ont trouvé respectivement 36,40% et 30,6%. Les grandes multipares représentaient 14% dans notre série. Ce résultat est supérieur à celui de CAMARA [33] (9,2%) et inférieur à celui de Touré S [23] (16,96%). Le risque chez ces dernières est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesses multiples et rapprochées dues à un faible niveau de contraception de nos patientes.

Dans notre étude 51 femmes (20,4%) n'avaient fait aucune consultation prénatale. Diallo M L [34] et Sidibé I. M. [35] ont rapporté respectivement 23,71% et 20,7% de femmes sans suivi prénatal. L'EDSM VI rapporte que 19% des femmes n'avaient pas reçu de soins prénatals [4]. Le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé varie selon certaines

caractéristiques démographiques. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (93%) qu'en milieu rural (76%) [4].

5.5 Pronostic materno-fœtal

L'accouchement a été fait par la césarienne dans 53,2% des cas suivi de l'accouchement par la voie basse dans 46,8%(41.2% d'accouchement normal et 5.6% d'extraction instrumentale). Seydou Z Dao et collaborateurs [36] ont trouvé 61,4% d'accouchement normal et 32,4% de césarienne au CSRéf CII. Niaré A [37] en 2009 a trouvé au CSRéf CII, 75% d'accouchement par voie basse et 24,18% de césarienne. Dans 86,4% des cas nous n'avons enregistré aucune complication. Les complications maternelles les plus rencontrées ont été l'anémie avec 9,6% des cas suivie des infections dans 2,4%. La prédominance de l'anémie pourrait s'expliquer par le mauvais suivi prénatal ou l'absence de suivi prénatal et les conditions précaires de nos parturientes évacuées. Niaré A [37] et Traoré D B [24] ont rapporté respectivement 14,34% et 6,43% de complication. Au cours de notre étude, nous avons enregistré 2 cas de décès maternel soit 0,8%, l'un dû à l'anémie et l'autre par éclampsie. Seydou Z Dao et collaborateurs [36] ont rapporté 2 cas de décès maternel soit 0,4%. Traoré D B [24] en 2010 au CSRéf CVI n'a noté aucun cas de décès. Durant notre étude 3 patientes soit 1.2% ont été évacuées vers un EPH. Touré S [23] au CSRéf de Banamba a trouvé 3,53% d'évacuation vers EPH soit 10 patientes.

Au cours de notre étude, 48% des nouveaux nés avaient un score d'Apgar supérieur à 7 à la première minute ce taux est supérieur à ceux de Salihou A [19] et de Thiéro [32] qui ont trouvé respectivement 21,73% et 26,6%. Le taux de nouveau-nés vivants et de mort-nés était respectivement 80,8% et 19,2%. Cheick O. [38] en 2013 à Kita, Coulibaly A. [39] en 2015 ont rapporté respectivement 83,3% et 15,13% ; 76% et 24%. Ces taux élevés de mort-nés

s'expliqueraient par le mode d'admission, le retard à l'évacuation et le non suivi prénatal chez certaines patientes. Les principales causes de mort-né sont : HRP (20,84%), présentations dystociques (18,75%), pathologie funiculaires (12,5%), HTA et complications (10,42%). Le taux de mortalité périnatale était de 5,6%. Salihou A [19] a trouvé 3,73 % de décès néonatal précoce.

Pour un délai de la prise en charge de moins d'une heure on note 18,31% de mort-nés, ce taux est de 36,36% entre une heure et deux heures ($p= 0,032$). La procidence du cordon, l'HRP et les dystocies sont accompagnées d'un fort taux de mort naissance ($< 0,001$) pour les deux premiers et ($p=0,030$) pour le dernier. L'HRP les dystocie et HTA et ses complications sont accompagnés d'un fort taux de morbidité maternel. L'anémie dus au pp hémorragique et HTA et ses complications sont les deux causes de mortalités maternelles. Ainsi nous pouvons dire que le pronostic materno-fœtal est lié au délai de la prise en charge et la pathologie associée à la grossesse et au travail d'accouchement.

VI CONCLUSION

VI CONCLUSION

Les évacuations obstétricales sont un mode d'admission fréquent à la maternité du CSRéf de Fana. Les dystocies ont constitué le motif d'évacuation le plus retrouvé.

Le CSCom de Marka-coungo et le CSCom central de Fana ont été les structures les plus représentées.

Le taux de décès maternel était faible. Le pronostic fœtal était mauvais.

L'une des difficultés rencontrées au cours de notre étude a été le non remplissage correcte des supports, d'où la nécessité de remplir correctement les supports.

Un bon suivi prénatal de qualité et l'extension des SONU pourraient réduire la fréquence des évacuations obstétricales et améliorer leur pronostic.

VII RECOMMANDATIONS

VII RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux Autorités :

1. Assurer la formation continue des agents de sante surtout sur la CPN pour pouvoir référer à temps ;
2. Recruter les Sages-femmes nécessaires pour que la permanence soit assurée par un personnel <<compétent >>, intervenant dans l'évacuation pour Pathologie obstétricale.
- 3 Recruter de médecins pour médicaliser tous les CSCOM.

Aux personnel du district sanitaire de Fana :

1. Bien surveiller le travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du Partogramme ;
2. Renseigner correctement les supports médicaux.
3. Améliorer la qualité des CPN en dépistant les facteurs de risques afin de faire la référence à temps.

A la population :

1. Bien suivre les CPN et se rendre à temps au centre de santé en cas d'apparition de symptômes inhabituels ;
2. Eviter le mariage précoce ;
3. Donner bénévolement du sang au laboratoire.

VIII REFERENCES

VIII REFERENCES

- 1-**OMS**. Réduire la mortalité maternelle – Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Genève. OMS. 1999
- 2- **World Health Organization**. Geneva. Maternal Mortality in 2000 : Estimâtes developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva : WHO. 2004a.
- 3-**De Bernis, L** La mortalité maternelle dans les pays en développement : quelles stratégies adopter ? Med Trop ; 2003. 63 (4-5) ; 391-9.
- 4-**EDS VI Mali**. Enquête Démographique et de Santé. Mali 2018
- 5-**Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali**. Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population 1990 : p 470
- 6-**Merger R, Levy J, Melchior J**. Précis d'obstétrique. 6^{ème} Edit. Paris : MASSON, 1995. 597p
- 7-**Le Horrier G., Solat J**. Mécanisme général de l'accouchement. Encyclopédie médicale Obstétrique, Paris, 1986. 1 ,5070 C 10.
- 8-**EL ADJ I**. Evaluation du système référence/évacuation a la maternité du CS Réf de la commune II de Bamako du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013. Thèse de médecine, Bamako, 2015 n°73 : 50
- 9-**VEQUEAU – GOUA V., PIERRE F**. La grossesse extra-utérine : Etiologie, Diagnostic, Traitement. Impact internat 1999 ; p. 201-206
- 10-**Saye M**. Les urgences obstétricales à l'hôpital régional Somine Dolo de Mopti à propos de 140 cas. Thèse Méd. : Bamako, FMPOS, 2005, 82p, n0120 : 48
- 11- **LANSAC J, BODY G, PERROTIN F, MARRET H**. Pratique de l'accouchement, 3^{ème} Edit. Paris : Masson, 2001

12-OMS. Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : OMS ; 2005. 261p (1-12).

13- Delecour M. Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves ? Entretien de Bichat-chirurgie et spécialité ; 1980 :177.

14- Maine D La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille.  cole de santé publique, Université de Columbia. Inf. Gynaecol Obstet. 1997 Nov., 59 Suppl. 2 : 5259-65.

15- Koffi Kouamé Stéphane. Problématique des évacuations obstétriques à propos de 630 cas colligés à la maternité du CHU de Bouaké du 1^{er} février 2016 au 30 avril 2016.Thèse de médecine Bouaké, 2016 n 608.

16-Thiam O, Cissé M L, M'Baye M, Niang M , Gueye M, Diouf A. A, Dieye S, Moreau J C. : Problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : Exemple du centre hospitalier de NDIOUM de janvier   décembre 2011 ;52-54

17- Dembélé Hamidou. Evaluation du système de référence évacuation axé sur les urgences obstétriques de 2015 à 2018 Dans le district sanitaire de Y liman . Thèse de médecine, Bamako 2020 n 64 : 73.

18-Maiga B I. Les évacuations sanitaires obstétriques au centre de référence de la commune v (CSRéf.CV) du district de Bamako. Thèse médecine, Bamako 2019 : né 06 : 65

19-Salihou A. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétriques au CSRéf de Niafounk  de janvier 2007   décembre 2008. Thèse de médecine, Bamako 2009, n 468 :68

20-Soumouthera M. Evaluation du système de référence évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Koutiala de juillet 2008 à juin 2009. Thèse de médecine, Bamako 2010 n°277 :71

21-Berland M. Le choc en obstétrique. Enc Med chir Paris obstet 1980. 65082A10.

22- Diarra M B. Evacuations obstétricales au service de Gynécologie obstétricale du CHU du point G à propos de 682 cas. Thèse de médecine, Bamako 2008 : 63-64

23-Touré S. Evaluation du système de référence/évacuation au centre de santé de référence de Banamba du 1^{er} octobre 2017 au 30 septembre 2018. Thèse médecine, Bamako 2019 n° 129 : 49

24-Traoré D B. Problématique du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako. Thèse méd. Bamako 2010 n°365.

25-Berthé D S. Les évacuations obstétricales à l'Hôpital Fousseny Daou de Kayes /à propos de 322 cas Thèse médecine, Bamako 2011 : 57-73

26-Altanata S., Alamine. Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako de novembre 2003 à octobre 2004 à propos de 371cas. Thèse de médecine, Bamako FMPOS, 2005, 65p, 168

27-Macalou B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à propos de 154 cas à l'hôpital régional Fousseny Daou de Kayes : Thèse médecine, Bko 2001 n°142 : 54

28-Fall G Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence d'Afrique sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996. Thèse de médecine, Dakar, 1996 :63.

29-KOUYATE H M. Etude des évacuations obstétricales reçues au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako en 2015. Thèse de médecine, Bamako, 2019 n°173 : 66.

30-Diarra B. Évaluation du système de référence et évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de juillet 2005 à juin 2006. Thèse de médecine : Bamako, FMPOS, 2007 n° 153 : 67p

31-Touré A. Etude des urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation au centre de santé de référence de Kolokani à propos de 145 cas du 1^{er} Mars au 31Septembre 2009. Thèse de médecine, Bamako, 2010 n°307 :49p.

32-Thiéro M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas. Thèse médecine Bko 1995 n°17 :66

33-Camara S (épouse Kaba). Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique : bilan de 2 années d'étude. Thèse médecine, Bamako, 2000, n° 714 : 82

34-Diallo M L. Evaluation du système de référence/évacuation du cercle de Barouéli de 2005 à 2010. Thèse de médecine, Bamako 2010, n°183 :89

35-Sidibé I M. Évacuations sanitaires obstétricales au CSRéf de Bougouni étude prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas. Thèse médecine, Bamako 2006 :47

36-Seydou Z, Sidibé K, Traoré B A, Konaté S, Haidara M, Diarra I, all. Evaluation du système de référence/évacuation au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, 2018.

37-Niaré A. Evacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune II. Thèse de médecine Bamako 2009 n°241 : 83

38-Cheick O. Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité du district sanitaire de Kita du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012. Thèse de médecine, Bamako, 2013 n°130 : 56

39-Coulibaly A. Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au CS Réf de la commune V de Bamako de juillet à décembre 2012. Thèse de médecine, Bamako, 2015 n°176 : 60

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : Diallo

PRENOM : Boubacar Abou

NATIONALITE : Malienne

TITRE DE THESE : Pronostic materno-foetal des évacuations sanitaires obstétricales reçues au centre de santé de référence de Fana.

Adresse e-mail : boubacaraboudiallo7@gmail.com

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020-2021

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie et Obstétrique, santé publique

RESUME DE LA THESE : Notre étude avait pour but d'étudier les évacuations sanitaires obstétricales reçues au centre de santé de référence de Fana. Nous avons eu 16,85% de fréquence des évacuations ; le taux de décès maternel était faible (0,08%) mais le pronostic foetal était mauvais (19,2%). Il existe donc un besoin majeur d'amélioration de la qualité des consultations prénatales et du suivi du travail d'accouchement. Notre étude a décelé des insuffisances concernant le remplissage correct des supports. Le motif d'évacuation le plus retrouvé était les dystocies.

MOTS CLES : Evacuations sanitaires obstétricales, urgences, le pronostic maternel et foetal, CSRéf de Fana.

Fiche d'enquête

Thème : Pronostic materno-foetal des évacuations sanitaires obstétricales reçues au centre de santé de référence de fana

N° du dossier.....

Identification de la patiente Nom Prénom
.....

Q-1 – âge en année en année :.....

Q-2 – Ethnie / / 1 : Bambara :2 Peulh ; 3 : Sarakolé ; 4 : Malinké : 5
: Autres

Q-3 Nationalité / / 1 : Malienne 2 : Autres

Q-4 Résidence.....

Q-5 Scolarisation / / 1 : Primaire 2 : Secondaire 3 : Supérieure 4 : Non
scolarisée

Q-6 Profession de la patiente / / 1 : Ménagère ; 2 : élève/étudiante 3 :
Fonctionnaire ; 4 : autres

Q-7 Statut matrimonial / / 1 Marié ; 2 : célibataire ; 3 : Divorcé ; 4
: Veuve

I DONNEES SUR LA REFERENCE EVACUATION

Q-8 Système d'alerte / / 1 : Rac ; 2 : Téléphone ; 3 : Autres

Q-9 Motif d'évacuation / / 1 : Dystocies 2 : Hémorragies antépartum 3 :
HTA/complications 4 : Cicatrices utérines 5 : Procidence du cordon 6 : RPM 7 :
Anémie sur grossesse 8 : Manque d'effort expulsif 9 : Dilatation stationnaire 10
: Autres

Q-10 Moyen ou condition d'évacuation / /

1=Ambulance 2=Moto 3=Transport en commun 4=Voiture personnelle

Q-11 Date : Heure appel d'ambulance..... Heure départ CS Réf : Heure arrivée CSRéf.....

Durée du trajet Temps entre réception et la PEC

Q-12 Qualité de l'agent qui réfère / /

1=Médecin 2= Sage-femme 3=Infirmier 4= Matrone 5=Autres

Q-13 Qualité de l'agent qui accompagne l'évacuation / /

1=Médecin 2=Sage-femme 3=Infirmier 4=Aide-soignant 5=Matrone 6=Autres

Q-14- support de référence / / 1 : fiche d'évacuation, 2 : Partogramme, 3 : Autres

Q-15 Provenance / / 1 CSCOM, 2 : clinique, 3 Maternité rurale 4 : Autres

II- DONNEES CLINIQUES :

Q-16- Antécédent médicaux / / 1 : HTA, 2 : Anémie 3 : Diabète 4 : Autres

Q-17 –Antécédents chirurgicaux / /

1 : Appendicectomie ; 2 : Laparotomie ; 3 : Césarienne ; 4 : Myomectomie ; 5 : Autres

Q- 18 Antécédent obstétricaux :

A Gestité / / 1 : Primigeste ; 2 : Pauci geste ; 3 : Multi geste ; 4 : Grande multi geste

B Parité : / / 1 : nullipare ; 2 : Primipare ; 3 : Pauci pare ; 4 : Multipare ; 5 : Grande multipare

Q-19 Nombre d'enfant vivants / / 1 : (≤ 1) 2 : (2-3) 3 : (4-5) 4 : (≥ 6)

Q-20 Age gestationnel / / 1 : < 28 SA ; 2 : entre 28 et 36 SA + 6j 3 : entre 37 et 42 SA 4 : ≥ 42 SA

Q-21 Nombre de CPN / / 1 : (0) 2 : (1-3) 3 : (≥ 4)

III EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

A EXAMEN GENERALE

Q-22 Etat général / / 1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré

Q-23 Coloration des conjonctives / / 1 : bien colorées ; 2 : pâles

Q-24 Fièvre / / 1 : (37,5-38,5) 2 : (≥ 39) 3 : Pas de fièvre

Q-25 Tension artérielle / / 1 : Normale 2 : élevée 3 : basse

Q-26 Pouls / / 1 : 100 bts / mn, 2 : (100 - 120) 3 : Filant 4 : imprenable

B EXAMEN OBSTETRIQUE

Q-27. / HU :

Q-28. / BDCF :

Q-29. / CU :

Q-30 BDCF / / 1 : présent < 120 2 : 120-160 3 : > 160 4 : absent

Q-31 Toucher Vaginal / / 1 : Dilatation incomplète 2 : Dilatation complète 3 : Col ferme

Q-32 Examen du bassin / / 1 : Normal : 2 : Limité : 3 : Rétréci

Q-33 Métrorragie / / 1 : Minime 2 : Moyenne 3 : Abondante 4 : Très abondante 5 : Absente

Q-34 Niveau de la présentation / / 1 : engagée 2 : non engagée

Q-35 Nature de la présentation / / 1 : Céphalique 2 : Transverse ou épaule 3 : Siège front 4 : Face

Q-36 – Etat des membranes / / 1 : intactes 2 : Rompues

Q-37 –Aspect du liquide / / 1 : clair 2 : méconial 3 : Teinté 4 : Hématique

Q-38 Nature de la grossesse / / 1 : Mono fœtale 2 : Multiples

III EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Q-39 Taux d'Hémoglobine **Q-40** Groupage-rhésus

Q-41 Echographie faite ? 1 : Oui 2 : Non

Q-42 Si faite résultat : 1 : Normal 2 : Pathologique

V Diagnostic retenu au CSRéf / /

1 : Dystocies 2 : SFA 3 :HTA/complications 4 : Cicatrices utérines 5 : HPPI 6 : HRP 7 : procidence du cordon 8 : travail d'évolution normale 9 : Rupture utérine 10 : Autres

IV Prise en charge au CSRéf

Q-43 Temps de la prise en charge : 1 : 00 à 60 mn 2 : 61 à120mn 2 : supérieur à 120mn

Q-44 Voie d'accouchement / /

1 : Accouchement naturel : 2 : Césarienne : 3 : Manœuvre obstétricale

Q-45 Traitement médical : / /

1 : transfusion sanguine 2 : perfusion de macromolécules 3 : administration d'anticonvulsivant 4 : administration d'anti-hypertension 5 : perfusion d'ocytocine 6 : Antibiotique 7 : Autres

Q-46 Traitement chirurgical : / / 1 : césarienne 2 : laparotomie 3 : autres

V- Evolution et pronostic :

A PRONOSTIC DU Nné

Q-47 Etat du Nné à la naissance / / 1 : vivant 2 : Mort-né

Q-48 Si Nné réanimé / / 1 : suites bonnes 2 : décédé dans les premières 24H

Q-49 Si mort-né cause : / / 1 : SFA 2 : RU 3 : PPH 4 : HRP 5 : HTA/complications 6 : Pathologies funiculaires 7 : présentation dystocique 8 : Pré maturité 9 : Autres

Q-50 Sexe du Nné / / 1 : Masculin 2 : Féminin

Q-51 Poids / / 1 : < 2500g 2 : De 2500 à 4000g 3 : ≥ 4000g

Q-52 Apgar à la 1^{ère} minute : / / 1 : 0=mort-né 2 : 1-3=mort-né apparent 3 : 4-7=morbide 4 : 8-10=normal

Q-53 Apgar à la 5^{ème} minute : / / 1 : 0=mort-né 2 : 1-3=mort-né apparent 3 : 4-7=morbide 4 : 8-10=normal

B PROSTIC MATERNEL

Q-54 : Nature des suites / / 1 : Suites simples 2 : suites compliquées 3 : Décès maternel

Q-55 : Si complications préciser :

Q-56 Si mère décédé préciser la cause :

Q-57- Durée de l'hospitalisation en jour : / / 1 : (1- 2) 2 : (3-7) 3 : (8-15) 4 : > 15

Q-58 Concordance 1 : Oui 2 : Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai 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 !