

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI

UNIVERSITE DE BAMAKO

DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT

SUPERIEUR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2005 - 2006

N°

THEME

**LES EVACUATIONS SANITAIRES
OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI. ETUDE
PROSPECTIVE DE 2005 A 2006 A PROPOS DE
329 CAS**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 15 Août 2006
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odonto-Stomatologie*

Par

Monsieur Idrissa Mandé SIDIBE

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président :

Professeur : SIDIBE Siaka

Membre :

Docteur : MOUNKORO Niani

Codirecteur :

Docteur : OUATTARA Drissa Bourama

Directeur de Thèse :

Professeur : TRAORE Mamadou

**Au nom d'Allah, le Tout
Puissant, le clément et
Le Miséricordieux**

**Qui par sa grâce, sa bonté, nous a
permis
de mener à bien ce modeste travail**

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon père SIDIBE Yoro

Nous apprécions la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et la préciosité de tes conseils, homme de vertu, tu resteras pour nous un exemple à suivre. Que DIEU te donne une longue vie.

A ma mère SIDIBE Kadidia tu t'es trop sacrifiée à fin de nous prodiguer une meilleure éducation. Tu as été pour moi, ton premier fils, un soutien. Grâce à tes immenses sacrifices, tes sages conseils, j'ai pu réaliser ce travail. Je te serai éternellement reconnaissant.

A toute la famille SIDIBE de Bougouni plus particulièrement Feu Dian SIDIBE, Kagna SANOGO, Sèbè SIDIBE, Zantigui DOUMBIA, grâce à votre soutien j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

A mes oncles: SIDIBE Pierre, SIDIBE Kassim, SIDIBE Adama Kasimir, SIDIBE Salif.

Ce modeste travail pour vous témoigner mon affection et mon profond attachement.

Ce travail est le vôtre.

A mes frères et sœur: Adama SIDIBE, Alassane SIDIBE, Alimata SIDIBE, Safiatou SIDIBE, Habibatou SIDIBE, Aïchata SIDIBE, Mamadou SIDIBE et Ibreima Soulé SIDIBE. Vous avez consenti à tous les sacrifices pour ma réussite. Que se resserre d'avantage nos liens fraternels. Car l'union fait la force.

A ma femme Morimouso dite Nani TOUNKARA

Avec toute ma tendresse indéfectible et ma reconnaissance, ton amour, ton caractère et surtout ta compréhension demeureront pour moi le réconfort. Je ne t'apprends pas que ce travail est le tien. Mes remerciements à toi, à ton père Kassim Tounkara, à ta défunte mère Assétou SANGARE que la terre lui soit légère et à tes frères et sœurs.

A mes tantes Sali SIDIBE, Blanche SIDIBE, Suzane SIDIBE, Henriette SIDIBE.

Il me manque des mots car vous avez été l'essence de ma vie. Trouvez en ce travail mon affection et ma reconnaissance.

A toute la famille Dossolo TRAORE à Médina Coura.

A toute la famille SANGARE de Bougouni, grand merci pour votre hospitalité

A tous mes amis je ne saurais vous remercier car vous avez été pour moi un réconfort pendant les moments difficiles de ma vie.

A toute la population de Bougouni plus particulièrement Bourama Kaba DIAKITE

A mes amis Alpha Fousseiny DIAKITE, et Yaya TOGOLA
Enfin votre désir ardent !

A toute la promotion.

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de Bougouni plus particulièrement Dr Mamadou TRAORE, Dr Djibril KASSOGUE, Dr Hamadoun YATTARA, Dr Abdoulaye BAGAYOKO (Save the Childen Bougouni), Fatoumata COULIBALY dite FC et Madame BAGAYOGO Doussou DIARRA, Mme Maïga Fatoumata CISSE, Mme Diakité Maïmouna Tièdel CAMARA.

A tous les internes du Centre de Santé de Référence de Bougouni.

- Basirou SANOGO
- Mamadou T KONE
- Souleymane SAMAKE
- Amadou Pathé DIALLO
- Mamadou TRAORE
- Abdoul karim DIAKITE
- Abdoul karim Z SAMAKE
- Mme Yattara Fanta COULIBALY

En souvenir de durs moments passés, recevez à travers ce travail ma sincère reconnaissance.

Au Directeur du CAP de Bougouni, Mr Noumouké SIDIBE vous m'avez beaucoup aidé, grâce à votre soutien j'ai pu réaliser ce modeste travail.

**MES REMERCIEMENTS
AUX HONNORABLES
MEMBRES DU JURY**

Aux membres du jury

A notre maître et président du jury

- Professeur Siaka Sidibé, Professeur Agrégé en Radiologie de l'Hôpital du Point G, Professeur Agrégé en Radiologie à la FMPOS. Cher maître nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre humanisme font de vous un père et un formateur exemplaire.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements
Puisse Dieu vous donne longue vie, pleine santé pour notre formation mais aussi pour la santé de la population.

A notre maître et juge

- Docteur **Niani Mounkoro**, Spécialiste en Gynécologie et obstétrique ; Assistant chef de clinique en Gynécologie et obstétrique à la FMPOS.

Etre votre élève a été l'une de nos chances que nous avons à travers votre humanisme; élargi notre vision de l'homme.

Assurément cette empreinte guidera notre réflexion tout au long de notre carrière.

Votre simplicité, votre courtoisie, votre humilité, votre courage, votre compétence et votre esprit de recherche, font de vous une référence.
Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

A notre maître et codirecteur de thèse

- Le Docteur **Drissa Bourama OUATTARA** Médecin chef du Centre de santé de référence de Bougouni.

Cher maître, vos conseils et vos suggestions nous ont été d'un apport bénéfique dans la réalisation de cette thèse toujours disponible, vous avez été pour nous un bon guide; c'est le moment de le dire vous êtes un exemple à suivre, et c'est un honneur pour nous de vous voir siéger dans notre jury.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer le maître que vous êtes et nous ne cesserons jamais d'imiter votre compétence vos qualités scientifiques et humaines.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

A notre maître et Directeur de thèse

- Professeur Agrégé **Mamadou TRAORE**, Professeur Agrégé en Gynéco- obstétrique, Secrétaire général adjoint de la SAGO, Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle, Médecin chef du centre de santé référence de la commune V.

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant comme élève.

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et apporté toutes les corrections nécessaires.

La qualité de vos enseignements, votre sincérité, votre humanisme, votre constante disponibilité, votre honnêteté, votre discrétion votre détermination, votre engagement pour le travail bien fait et surtout votre large ouverture scientifique, illustre éloquemment votre admiration. Nous espérons que votre confiance et vos espoirs placés en nous ne seront pas déçus. Nous vous dédions ce modeste travail.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude, de notre profond attachement et nos sincères remerciements.

Puisse Dieu vous donner longue vie, pleine santé pour notre formation mais aussi pour la santé de la population en général et de celle de la femme en particulier. Amen !

SOMMAIRE

	Pages
Chapitre I : Introduction et Objectifs	13
Chapitre II : Généralités.....	16
Chapitre III : Méthodologie.....	32
Chapitre IV : Résultats.....	44
Chapitre V : Discussion.....	65
Chapitre VI : Recommandations.....	75
Chapitre VII : Conclusion.....	78
Chapitre V III : Références	81
Chapitre IX : Annexes.....	87

La liste des tableaux

Pages

Tableau1 : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques.....	45
Tableau2 : Répartition selon la gestité.....	46
Tableau3 : Répartition selon la parité.....	46
Tableau4 : Répartition selon le suivi des CPN.....	47
Tableau5 : Répartition selon les ATCD médicaux.....	47
Tableau6 : Répartition selon les ATCD chirurgicaux	48
Tableau7 : Répartition selon la coloration des conjonctives	48
Tableau8 : Répartition selon la T.A.D.....	49
Tableau9 : Répartition selon la température	49
Tableau10 : Répartition selon le pouls	50
Tableau11 : Répartition selon la taille de la femme.....	50
Tableau12 : Répartition selon l'état du bassin	51
Tableau13 : Répartition selon l'état des membranes ovulaires.....	51
Tableau14 : Répartition selon l'état du col	52
Tableau15 : Répartition selon l'activité cardiaque foetale	52
Tableau16 : Répartition selon la H.U.....	53
Tableau17 : Répartition selon la présence de l'hémorragie.....	53
Tableau19 : Répartition selon l'âge gestationnel	54
Tableau20 : Répartition selon le motif d'évacuation.....	55
Tableau21 : Répartition selon le diagnostic retenu à l'admission.....	56
Tableau22 : Répartition selon les moyens utilisés pour l'évacuation.....	57
Tableau19 : Répartition selon la distance parcourue.....	57
Tableau23: Répartition selon le pronostic maternel.....	58
Tableau24 : Répartition selon le pronostic foetal	58
Tableau25 : Répartition selon la voie d'accouchement	59
Tableau26 : Répartition selon le délai de prise en charge	59
Tableau27 : Répartition selon la durée de l'hospitalisation.....	60
Tableau28 : Relation entre la tranche d'âge et le pronostic maternel	60
Tableau29 : Relation entre le motif d'évacuation et le pronostic foetal	61
Tableau30 : Relation entre le motif d'évacuation et la voie d'accouchement.....	62
Tableau31 : Les médicaments utilisés en cas de césarienne au Centre de Santé de Référence de Bougouni	64
Tableau32 : Situation Socio Sanitaire du Centre de Santé de Référence de Bougouni	88

SIGLES ET ABREVIATIONS

- % : Pourcentage.
- \leq : Inférieur ou égal.
- \geq : Supérieur ou égal.
- $<$: Inférieur.
- $>$: Supérieur.
- **Accouch prématuré** : accouchement prématuré.
- **AM** : assistant médical
- **AS** : Aide soignant
- **ASACO** : Association de Santé Communautaire.
- **ATCD**: Antécédent.
- **BA** : Bassin Asymétrique.
- **BDCF**: Bruits du cœur Foetal.
- **BGR**: Bassin Généralement Rétréci.
- **BIP**: Bi pariétal.
- **BL** : Bassin Limite.
- **Cm** : Centimètre.
- **CMDT** : Compagnie Malienne de Développement Textile.
- **CPN** : Consultation prénatale.
- **CSCOM**: Centre de Santé Communautaire.
- **CSREF**: Centre de Santé de Référence.
- **FMPOS** : **faculté** de médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie.
- **DCD**: Décédé.
- **DDR**: Date des dernières règles.
de l'Informatique.
- **DER** : Département d'Enseignement et de
- **DFP** : Disproportion Foeto-Pelvienne.

- **DNSI** : Direction National de la Statistique et
- **DPA** : Date Probable d'Accouchement.
- **EDSIII** : Enquête Démographique et de Santé
3^{ème} édition
- **FMPOS**: Faculté de Médecine de Pharmacie et
- **H** : Heures.
- **HGT**: Hôpital Gabriel TOURE.
- **HPG** : Hôpital du Pont G.
- **HRP** : Hématome Retro-Pacentaire.
- **HTA** : Hypertension Artérielle.
- **HU** : Hauteur Utérine.
- **ICPM** : Infirmier Chef de Poste Médical.
- **IFM** : Institut de Formation des Maitres.
- **PDE** : Poche des eaux.
- **RAC**: Réseau Administratif deCommunication
Recherche.
- **RU** : Rupture Utérine.
- **SA** : Semaine d'aménorrhée.
- **SASDE** : Stratégie pour Accélérer la Survie et le
Développement de l'Enfant
- **SFA** : Souffrance Foëtale Aiguë.
- **SSP** : Soins de Santé Primaire.
- **T°** : Température.
- **TA** : Tension Artérielle.
- **TSS**: Technicien Supérieur de Santé.
- **PMI**: protection Maternelle et Infantile
- **PMA** : paquet Minimum d'Activité

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1.1. INTRODUCTION.

1.1.1. DEFINITION ET CONTEXTE :

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

Selon l'OMS, l'Unicef et le FNUAP chaque année dans le monde au moins un demi million de femmes meurent suite aux complications de l'accouchement ou de la grossesse et des millions d'autres souffrent de maladies longues et invalidantes. Ces estimations montrent qu'en 2000 plus de 95% de décès maternels se sont produits en Afrique et en Asie, contre seulement 4% en Amérique Latine et dans les Caraïbes et moins de 1% dans les pays développés (1).

L'Afrique subsaharienne enregistre une forte mortalité maternelle, une femme sur seize à une chance de mourir pendant la grossesse ou lors de l'accouchement contre une sur 2800 pour une femme d'une région développée.

Pour 100000 naissances vivantes au moins 700 mères meurent en Afrique contre 400 pour 100000 naissances vivantes au niveau mondial. En Afrique de l'Ouest, 1020 décès maternels pour 100000 naissances vivantes ce qui constitue le record au monde. (2)

Au Mali plusieurs travaux ont été effectués sur la mortalité maternelle et infantile. Selon les données de EDSIII en 2001, la mortalité maternelle est de 582 pour 100000 naissances vivantes et la mortalité infantile est de 113 pour 1000. (3)

Une étude sur les complications obstétricales et mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré trouve 285,51 décès maternels sur 100000 naissances vivantes (4).

1.1.2. JUSTIFICATION :

La fréquence des évacuations sanitaires obstétricales n'a pas fait l'objet d'étude approfondie au centre de santé de référence de Bougouni.

Une attention particulière doit être accordée à ce centre qui reçoit la totalité des évacuations sanitaires obstétricales provenant des différents CSCOM du Cercle et parfois des deux centres de santé de référence de cercles voisins (Kolondièba et Yanfolila).

1.2. LES OBJECTIFS :

1.2.1. OBJECTIF GENERAL :

- Etudier les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de BOUGOUNI.

1.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des évacuations sanitaires obstétricales.
- Déterminer le profil sociodémographique des femmes évacuées au CSRéf de Bougouni.
- Déterminer les motifs d'évacuations sanitaires obstétricales.
- Préciser les moyens utilisés pour les évacuations sanitaires obstétricales.
- Préciser le pronostic maternel et foetal.
- Estimer le coût d'une évacuation sanitaire obstétricale dans le cercle de Bougouni.

GENERALITES

2. GENERALITES :

Le cercle de Bougouni est un Ancien canton de l'Empire d'Almamy Samory. Il est situé dans la partie ouest de la troisième région administrative du Mali. Il couvre une superficie de 20028km². Il est limité au Nord par les cercles de Kati et Diola (Région de Koulikoro) ; au Sud par la République de Côte D'Ivoire ; à l'Ouest par le cercle de Yanfolila, à l'Est et au Sud-Est par les cercles de Kolondiéba et de Sikasso.

Sur le plan démographique, la population du cercle pour l'année 2005 était de 361482 habitants selon le recensement administratif DNSI de 1998 actualisée soit une densité de 18 habitants au Km². Cette densité est légèrement supérieure à celle du niveau national qui est d'environ 10 habitants au Km².

De plus en plus le cercle attire de nombreux immigrants venant des 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} régions du Mali et des pays voisins à cause des activités d'exploitation d'or. L'émigration se fait en direction des pays côtiers notamment la Côte d'Ivoire. Cependant le cercle a enregistré ces dernières années un retour massif d'émigrants originaires du cercle ou d'autres localités du pays à cause des événements en cours en Côte d'Ivoire.

Les principales activités économiques de la population sont: l'agriculture, l'élevage et la pêche. Le cercle connaît de plus en plus des activités industrielles qui contribuent à l'essor économique des populations.

Les usines d'égrenage du coton emploient des jeunes pendant au moins 6 mois de l'année. La cueillette des noix de karité et le néré constitue une source importante de revenus pour les femmes. Il existe une usine de traitement des noix de karité à Zantiébougou, situé à 30 km de Bougouni.

L'exploitation de la mine d'or de Morila a débuté au cours de l'année 2000 avec comme conséquence l'afflux massif des jeunes venant aussi bien de l'intérieur du pays que d'autres pays africains.

La pêche est pratiquée en toute saison.

L'artisanat est peu développé.

Sur le plan socio-culturel, le cercle de Bougouni ancien canton de l'empire d'Almamy Samori Touré, carrefour de plusieurs peuples et civilisations est une zone de brassage de cultures et de traditions par excellence. L'ethnie prédominante est le Bambara suivi des peuhls du Wassoulou, les Sarakolés, les sénoufo, les minianka, les dogons, les

bozos, les bobos. Les différentes religions sont : l'animisme, le christianisme, et l'islam qui prend de plus en plus de l'ampleur. Les relations sociales respectent la gérontocratie. La solidarité inter villageoise et inter-ethnique existe dans la plupart des villages.

Sur le plan administratif le cercle compte 540 villages environ repartis entre 26 communes dont une commune urbaine.

Sur le plan sanitaire le cercle de Bougouni assure la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population.

Conformément à la politique sectorielle de santé et de population, la carte sanitaire révisée de 2002 du district sanitaire de Bougouni a prévu 36 aires de santé contre 25 dans la carte sanitaire initiale, et un centre de santé de référence. Les aires de santé fonctionnelles sont au nombre de 23 où sont réalisées les activités de premier niveau appelées paquet minimum d'activités (PMA). Il s'agit de soins curatifs, préventifs et promotionnels. Au niveau du centre de santé de référence sont réalisées les activités de 2^{ème} niveau. Ainsi depuis 1999 le système de référence /évacuation avec séparation des deux niveaux est effective dans le district de Bougouni.

On dénombre 27 CSCOM fonctionnels dans le cercle de Bougouni. Ces centres sont encadrés et supervisés par des médecins généralistes. Le personnel se compose de: un infirmier ou médecin chef de poste médical ; une matrone ou deux matrones, un aide soignant, et un gardien.

Les activités du CSCOM sont regroupées dans le paquet minimum d'activités (PMA): les soins curatifs, les soins préventifs (soins prénatals, accouchements, soins post natals, surveillance préventive des enfants sains, vaccination) et les soins promotionnels (planification familiale, CCC, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides, l'hygiène publique et salubrité).

Il existe également des maternités rurales disséminées un peu partout dans le cercle depuis plusieurs années qui assurent des activités de soins maternels et infantiles.

2.1. Les évacuations et l'organisation de la santé au Mali :

Les évacuations sanitaires d'urgences obstétricales sont fréquentes dans nos régions, leurs pronostics tant maternels que foetal sont réservés (24).

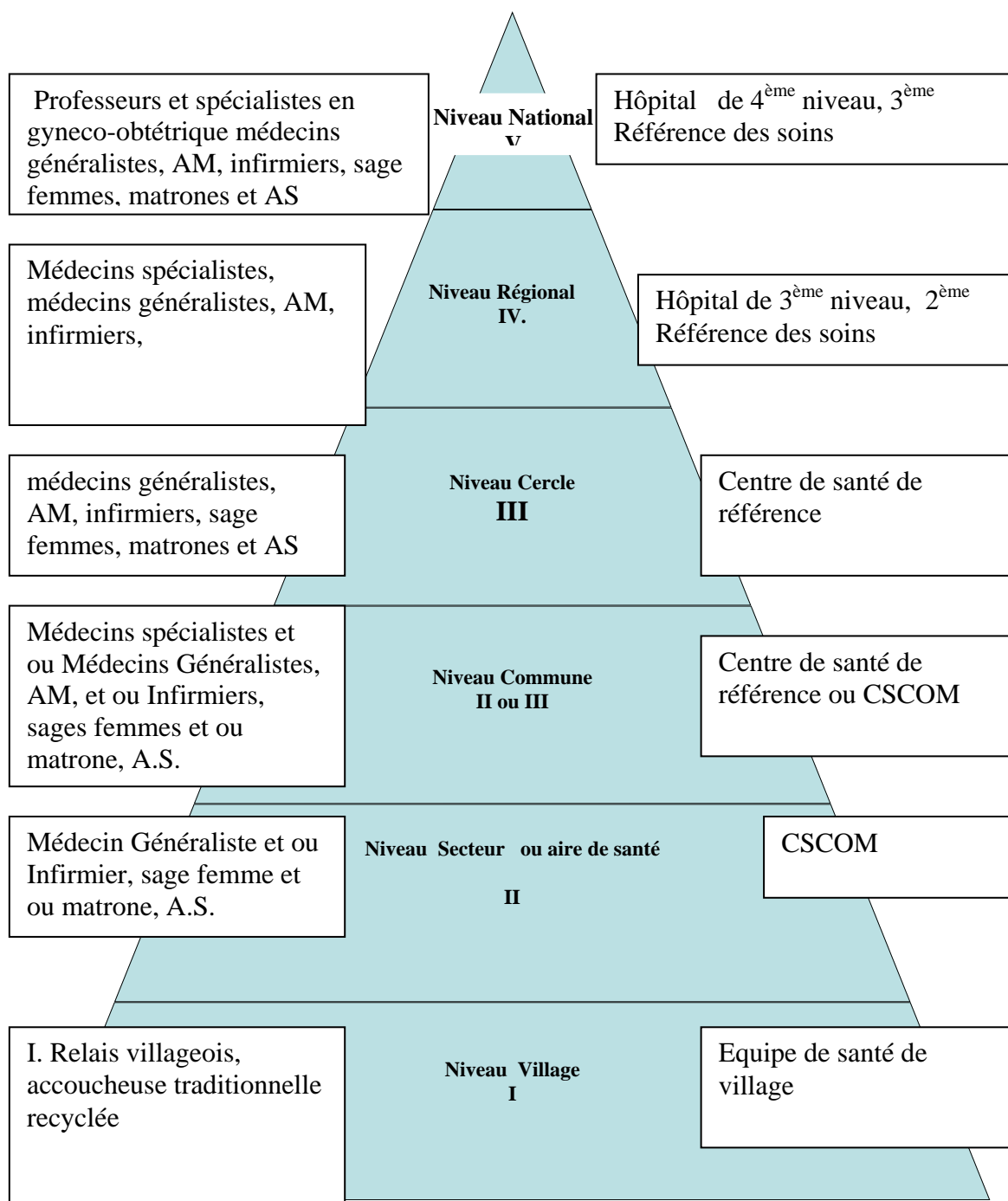
La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement.

D'autres facteurs interviennent: le bas niveau socio économique de la femme, l'insuffisance d'un plateau technique, le retard dans le recours et dans la mise en œuvre de l'aide obstétricale.

Dans les pays en voie de développement en général et au Mali en particulier, la gestion des évacuations dépend de l'organisation du système de santé.

A Bamako elles reflètent l'équipement et les répartitions des formations sanitaires.

L'organisation de la santé au Mali est schématiquement représentée par la pyramide sanitaire (figure 1).



Cette représentation définit les différents niveaux de référence; de la base vers le sommet de la pyramide. Depuis quelques années on note la création des centres de santé communautaire (CSCOM). Ils ont pour objectifs de:

- rapprocher aux populations les centres de soins,

- faire participer la population à la prise en charge de ses propres problèmes de santé définie dans la résolution de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (SSP) en 1979.
- Encourager l'installation des jeunes médecins dans les structures de premier niveau de soins.

2.2. Physiologie de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et ses annexes.

L'accouchement eutocique aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion de l'enfant par la voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique: Le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active: les contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi 2 Phénomènes :

2.2.1. Phénomène dynamique :

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actinomyosine et un potentiel énergétique.

Donc le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal: les oestrogènes.

Les contractions ont pour effet :

- L'effacement et la dilatation du col,
- La formation de la poche des eaux,
- Le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

2.2.2. Phénomène mécanique :

A travers la filière pelvienne le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose de :

- 4 pièces osseuses (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx)
- 4 articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaque, la symphyse pubienne et la sacro-coccygienne)

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs plans et des diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. Parmi ces diamètres nous avons essentiellement le diamètre antéro-postérieur et les diamètres transverses. On peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23, il est incertain entre 21 et 22, franchement mauvais en dessous de 20.

2.2.3. Le travail de l'accouchement

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et nous avons une modification du col (raccourcissement et ouverture). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses.

L'administration d'un antispasmodique, d'un tranquillisant ou d'un bêta mimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes (29):

- **1^{ère} Période** : elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10 – 11cm). Elle dure 6 Heures à 18 Heures Chez la primipare ; 2 à 10 chez la multipare.
- **2^{ème}. Période** : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne 30 minutes à 3 Heures chez la primipare ; 5 à 30minutes chez la multipare.
- **3^{ème} Période** : c'est la délivrance. Elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

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

- réduire la durée du travail
- corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- contrôler de façon constante la vitalité foetale
- faire les pronostics :

2.2.3.1. Pronostic mécanique : Il est basé sur l'étude du bassin par la mensuration et la radio pelvienne; le volume foetal par l'appréciation de la hauteur utérine et du périmètre ombilical dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et la variété de position.

2.2.3.2. Pronostic dynamique : Il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col; l'ampliation du segment inférieur ; l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile foetal.

2.2.3.3. Pronostic fœtal : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet doppler ou d'un cardiotocographe.

Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme.

L'obstétricien " aux mains nues " selon Delecour M. et thoulon J.M a l'habitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques (15):

- **Les contractions utérines.**

- **Les modifications du col.**

Le col doit être souple, dilatable de longueur inférieure à 1,5cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice.

- **L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique.**

La poche des eaux à un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus.

Si la présence du méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance foetale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale (5).

- **L'évolution de la présentation**

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur. Dans les présentations céphaliques, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduit dans le plan sagittal entre elle et la concavité sacrée : c'est le signe de **FARABEUF** (23).

- **L'état du fœtus.**

Les bruits du cœur sont bien audibles en dehors des contractions utérines. Le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modification des bruits du cœur en intensité et en fréquence.

A ces 5 éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle, la température des contractions utérines. Il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

2.3. Thérapeutiques Obstétricales :

2.3.1. La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie, de traumatisme le rend beaucoup plus large sur l'indication de la césarienne. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée. Les principales indications sont les disproportions foeto-pelviennes, les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, les présentations vicieuses et la souffrance fœtale

2.3.2. Le forceps :

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à tenir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles.

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il est 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 le fœtus et la mère.

2.3.3. Quelques manœuvres obstétricales :

- La manœuvre de Mauriceau :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête,
- tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant,
- abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse,
- fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

- La manœuvre de Bracht:

Elle est indiquée pour prévenir les retentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante : dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

- La grande extraction du siège:

Les indications sont rares. La meilleure indication est la rétention du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

1^{er} temps: c'est le temps d'abaissement d'un pied. S'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible, il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^e temps: l'accouchement du siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs.

Au moment du dégagement orienter le bitrochantérien dans un diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche antérieure. La traction ensuite horizontale puis vers le haut dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^e Temps: accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^e et 3^e doigt sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bis acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Les dégagements des épaules sont fait suivant le diamètre antéro-postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médius le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face intérieure du thorax fœtal. La faute sera de saisir l'humérus perpendiculaire à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^e et le 3^e doigts le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face antérieure du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

4^e Temps: accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelques fois avec application de forceps au détroit inférieur. L'expression abdominale est pendant ce 4^e temps particulièrement indiquée.

2.4. Les motifs d'évacuation:

Les dystocies sont les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés. Parmi ces motifs nous avons :

- La disproportion foeto-pelvienne
- les dystocies dynamiques
- les bassins pathologiques
- les présentations anormales
- D'autre motif non moins important : les hémorragies, la procidence du cordon, l'éclampsie.

2.4.1. LES DYSTOCIES:

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées en:

- dystocie dynamique: par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- dystocie mécanique en relation avec:
 - . un rétrécissement de la filière pelvienne
 - . une anomalie du fœtus
 - . un obstacle praevia ou anomalie de partie molle.

Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle:

2.4.1.1. Dystocies d'Origine Fœtale :

✚ Disproportion foeto – pelvienne :

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. une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95 % des cas à des enfants de plus de 4.000 g à défaut d'échographie (15). La disproportion foeto pelvienne est une indication de césarienne (15).

✚ Présentations anormales :

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

- La présentation du siège.

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (foetus) 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. (15), 18% au centre Foch (32). IL s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon le pronostic foetal est incertain.

- La présentation de la face.

C'est la présentation de la tête défléchie L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. L'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic foetal est réservé.

- La présentation du front.

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 dystocique des présentations céphaliques.

Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique.

Le seul traitement convenable est la césarienne.

- La présentation transverse et oblique

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

✚ Procidence du cordon:

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 cordon par le danger qu'il fait courir au foetus.

Si le cordon bat, l'extraction du foetus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que les cordons non battants ne signifient pas obligatoirement la mort du foetus.

+ Souffrance fœtale :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, suspectée aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus par césarienne ou par extraction instrumentale.

2.4.1.2. Dystocies d'Origine Maternelle :

+ 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 contraction utérine ou hypocinésie.
- d'une anomalie par relâchement utérine insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- d'une anomalie par arythmie contractile.
- d'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacles mécaniques parfois discrets de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitée.

+ Bassin pathologique :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassin rétrécis et les bassins asymétriques. Leurs diagnostics par la sage femme sont nécessaires avant le travail pendant la consultation du premier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radio pelvimétrie.

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leurs bassins:

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

Pour un enfant de poids normal si:

- le diamètre promonto-rétopubien a moins de 8 cm: la voie basse est impossible et la césarienne s'impose,

- le diamètre promonto-rétropubien entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée.

La surveillance est mieux sous monitoring. Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve sont :

- La femme dite être en travail,
- Le col dilaté 4 à 5 cm,
- La présentation céphalique.

L'épreuve de travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'une heure la décision de l'échec de l'épreuve de travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables:

- Chez la mère de :
 - Rupture utérine,
 - Hémorragie de la délivrance,
 - Travail prolongé avec infection amniotique.
- Chez le fœtus :
 - Souffrance fœtale,
 - Mort fœtale in utéro,
 - Mortalité néonatale précoce,
 - Un enfant déprimé

Hémorragies:

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause des décès maternels (36). Les étiologies des hémorragies sont variées. Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia, l'hématome rétro-placentaire.

- **Rupture utérine:**

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus mais l'usage a prévalu d'écarter les déchirures de col et celles consécutives à une manœuvre abortive (32). La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale. Elle est d'origine maternelle ou fœtale. Parmi les causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines
- les anciennes déchirures de col
- obstacles praevia
- les présentations pathologiques
- les dystocies dynamiques
- l'hydrocéphalie.

Pour le traitement il faut faire la laparotomie pour hystéroraphie.

- **Placenta praevia:**

Le placenta praevia est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. La rupture des membranes à une influence favorable sur les hémorragies en supprimant une des causes : le tiraillement des membranes. Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation, mais elle peut être la cause de la procidence du cordon.

- **Hématome rétro-placentaire:**

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. C'est un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse. Sa complication majeure est l'afibrinémie très mortelle.

- **Hémorragies de la délivrance :**

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement ; anormal par leur abondance (plus de 500ml) et leur effet sur l'état général (32).

Toutes ces causes d'hémorragies provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et d'hémorragies. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrical et chirurgical avec un service de réanimation.

- Hémorragie abondante : supérieure 1000 ml de sang
- Hémorragie moyenne : 500 à 1000 ml de sang
- Hémorragie petite : inférieure à 500 ml de sang

✚ Utérus cicatriciel :

On peut définir L'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenue pendant ou en dehors de la puerpéralité ; ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine ayant été suturée ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel constitue un risque impliquant une surveillance prénatale particulière et indiquant un

accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la dystocie temporaire ou l'induit à la précédente césarienne n'existe plus et que la cicatrice est solide (30). C'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta prævia.

✚ Toxémie Gravidique et Eclampsie :

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce des toxémies gravidiques, dont l'éclampsie est la complication majeure.

L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail et plus rarement les suites de couches.

Pour le traitement de la gestose le régime sans sel n'est plus justifié.

Le repos au lit reste la plus efficace pour lutter contre l'œdème aidé en cela par le diazépam, et autres sédatifs.

Quand à l'**HTA** elle répond aux antihypertenseurs et aux sédatifs (diazépam).

Le traitement de la crise éclamptique est basé sur le traitement médical et le traitement obstétrical par une évacuation de l'utérus gravide.

METHODOLOGIE

3. METHODOLOGIE :

3.1. Cadre de l'Etude: Notre étude s'est déroulée dans le CSREF de Bougouni l'un des 7 cercles de la région de SIKASSO.

3.1.1. Situation du centre de santé de référence :

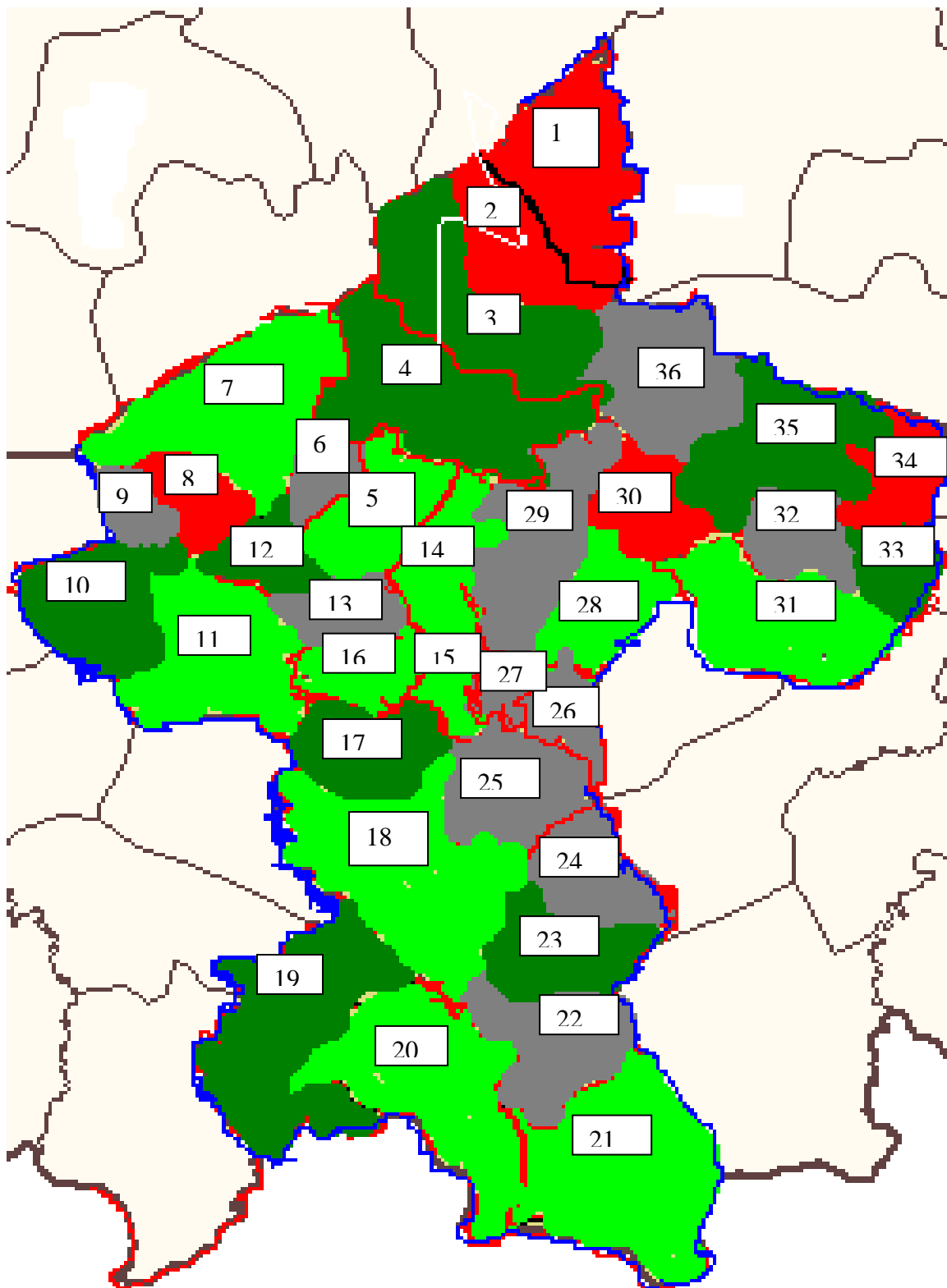
Ce centre fut un dispensaire dirigé par un médecin depuis 1946. Il a été érigé en CSREF en 1996.

Il est situé en plein centre de la ville Bougouni au bord droit de la route bitumée allant de Massablacoura au bureau de la préfecture.

L'accessibilité entre les cscom et le csref est difficile à cause de l'état des routes ; il existe des cscom à 175 Km du csref avec 4heures de voyage par ambulance.

Le centre de santé de référence dispose de la plupart des unités et des prestations prévues pour un centre de santé de référence sauf la pédiatrie, l'ORL et la dermatologie. Le personnel disponible assure la conduite des services de qualité. Cependant un besoin en techniciens spécialistes se pose pour faire face aux réalités du cercle: radiologie, Kinésithérapie, et santé publique.

B-Fig2 : Carte sanitaire révisée de 2002 du cercle de Bougouni:



1 : Méridiéla	19 : Mafèlè
2 : Diban	20 : Manankoro
3 : Dogo	21 : Bamba
4 : Toba	22 : Bazana
5 : Sido	23 : Ouroumpana
6 : Banantoumou	24 : Dèfina
7 : Kéléya	25 : Djinè
8 : Ouroun	26 : Kléssokoro
9 : Sientoula	27 : Todougou kolondiè
10 : Tora	28 : Zantiébougou
11 : Faragouaran	29 : Mamissa
12 : Sakoro	30 : Dèbelin
13 : Kokélé	31 : Koumantou
14 : Bougouni-Est	32 : Kola
15 : Bougouni-Sud	33 : Niamala
16 : Bougouni-Ouest	34 : Wola
17 : Kologo	35 : Sanso
18 : Garalo	36 : Domba



CSCOM fonctionnels avec des taux d'utilisation des services bons et une situation financière acceptable.



CSCOM fonctionnels avec des taux d'utilisation des services passables et une situation financière équilibrée mais non excédentaire.



CSCOM fonctionnels avec des taux d'utilisation des services mauvais et une situation financière déficitaire.



CSCOM prévus mais non encore fonctionnels.

3.1.2. Infrastructures et logistiques:

3.1.2.1. Au niveau Centre de Santé Communautaire (CSCOM):

La plupart des CSCOM a été construit sur financement propre des communautés. Seulement 7 CSCOM répondent aux normes de structure (Mafèlè, Diban, Sido, Faragouara, Bougouni sud, Sakoro, Niamala).

Dans chaque CSCOM il existe un CPM (qui peut être un technicien de santé, un technicien supérieur ou un médecin).

Les RACS sont fonctionnels dans tous les CSCOM sauf les 4 nouveaux: de Sakoro Domba Klessokoro Meridiela.

Le système de maintenance des RAC mis en place par le Ministère de la Santé s'est beaucoup amélioré cette année et très peu de difficultés et de plaintes ont été enregistrées.

3.1.2.2. Au Niveau du Centre de santé de référence (Csref) :

Les bâtiments construits depuis la période coloniale sont en mauvais état dans la plupart des cas. La situation des bâtiments se présente de la façon suivante:

- un bloc d'hospitalisation médecine et laboratoire en mauvais état qu'il faut reconstruire
- un bloc odontostomatologie et salle d'injection en mauvais état qu'il faut reconstruire
- une salle de consultation en état passable
- une salle de radiologie et de grande endémie non adaptée et en très mauvais état
- un bloc de chirurgie en état passable à réhabiliter
- un bloc administratif avec une salle de réunion exiguë et non équipé
- une antenne santé mentale avec des salles non adaptées
- une antenne d'ophtalmologie en bon état
- des dépôts de vente de médicaments essentiels assurant la disponibilité permanente des médicaments
- un bloc de maternité en bon état avec des installations électriques et sanitaires défectueuses
- Et enfin un circuit d'adduction d'eau et d'électricité qui connaît des pannes fréquentes.

Par rapport à la logistique du centre de santé de référence, deux ambulances en état passable sont disponibles et assurent les évacuations à tous les niveaux, ces ambulances ont été mise en circulation en 2001 et 2002 sur financement de Save The Children et l'état Malien.

3.1.2.3. Autres Structures :

Il existe de nombreux dispensaires ruraux et maternité dans toutes les aires de santé gérées par les aides soignants et matrones. La plupart de ces structures en banco sont en voies de délabrement. Il existe aussi une clinique médicale tenue par deux médecins généralistes à Morila,

- Deux infirmeries pour les usines de la CMDT de Bougouni et de Koumantou.
- Deux cabinets de soins à Bougouni
- Deux cabinets médicaux à Bougouni et à Koumantou
- Deux infirmeries scolaires au lycée et à l'IFM.

3.1.3. Le Personnel du Centre de Santé de Référence :

Il est composé de :

- 4 Médecins Généralistes
- 8 techniciens de santé
- 3 Techniciens de Laboratoire
- 5 Sages Femmes
- 4 Infirmières Obstétriciennes
- 3 Matrones
- 1 Assistant Médical en Santé Mentale
- 1 Assistant Médical en Odontostomatologie
- 1 Assistant Médical en Santé Publique
- 1 Assistant Médical en Anesthésie
- 1 Technicien Sanitaire
- 1 Secrétaire Dactylo
- 2 Laborantins
- 2 Gestionnaires
- 1 Aide Comptable
- 2 Gardiens
- 2 Chauffeurs
- 1 Chauffeur Mécanicien
- 4 Manœuvres
- 3 Aides Soignants

3.1.4. Organisation de la Maternité :

3.1.4.1- Situation: Elle est située du côté Nord du CSREF de Bougouni derrière le bloc de médecine, reliée à la chirurgie par une passerelle admettant le passage des femmes au bloc opératoire pour intervention.

3.1.4.2- Infrastructures :

L'unité est divisée en 13 salles:

- 1 Bureau du Médecin Responsable
- 1 Bureau de Sage Femme Maîtresse
- 2 Salles de consultation
- 1 Salle de « counseling»
- 2 Salles d'accouchement avec deux tables
- 4 Salles d'hospitalisation dotées de 10 lits
- 1 Dépôt de vente des médicaments essentiels
- 1 Système solaire de chauffage d'eau.

3.1.4.3- ACTIVITES :

Les consultations externes médicales et gynéco- obstétricales :

Elles sont assurées dans les bureaux tous les jours selon la répartition des médecins et des sages femmes.

- Les interventions chirurgicales programmées sont pratiquées les lundis et jeudis.

- Les gardes et la prise en charge des urgences se font par rotation. Elles sont assurées quotidiennement par un médecin, une sage femme, une matrone, un chauffeur selon la liste de garde.
- Les activités en salle d'accouchement sont assurées par une équipe qui fait appel aux internes ensuite au médecin de garde en cas de nécessité.
- Les visites journalières des malades hospitalisées sont assurées par le médecin responsable, les sages femmes, l'interne.
- Les soins des malades hospitalisées sont effectués par l'interne, les sages femmes et les matrones. Le nettoyage du service de même que le transport des malades est assumé par les manœuvres.
- Les staffs avec la participation du médecin responsable, interne et sage femme se déroulent tous les jours et l'ordre du jour peut porter sur les cas cliniques, les présentations des malades à opérer, les exposés, les divers problèmes de l'unité.
- Le grand staff se déroule tous les jeudis à partir de 15H avec la participation de tous les médecins, internes, sage femme et infirmiers.
- Il existe un circuit pour les malades référés à froid avec une fiche de référence. Ces malades après la consultation externe sont orientés dans l'unité correspondante.

- Par rapport aux urgences obstétricales évacuées à chaud, après l'appel rac fait par l'infirmier chef de poste médical (ICPM) ou la matrone au Csref, l'heure de réception du message rac est mentionnée dans le registre par la sage femme de garde. Ensuite elle fait appel au chauffeur de garde. Les heures de départ et d'arrivée du chauffeur accompagné d'une matrone sont notées dans le cahier de bord de l'ambulance par le chauffeur, dans le cahier de message RAC, le registre de garde par la sage femme.
- La sage femme fait la consultation. S'il y a lieu de référence; elle fait appel au médecin de garde. S'il y a intervention chirurgicale, on informe rapidement l'équipe du bloc opératoire. L'heure de référence au Médecin, l'heure d'anesthésie, l'heure du premier coup de bistouri, l'heures d'extraction de l'enfant sont portées sur le partogramme et dans le cahier de garde des sages femmes. Le protocole opératoire est établi par le chirurgien. Le suivi immédiat des malades opérées est assuré par les sages femmes puis le personnel du service de chirurgie.

3.2. Type d'étude : étude descriptive prospective et transversale.

3.3. Durée de l'étude : notre étude s'est déroulée du 01 janvier 2005 au 31 décembre 2005 (soit 12 mois).

3.4. Population d'étude : les femmes reçues dans le service et qui ont fait l'objet d'une évacuation obstétricale.

3.5. Echantillonnage :

3.5.1. Critère d'Inclusion :

- toutes les femmes qui ont été évacuées pour une cause obstétricale d'un Cscom et qui ont fait l'objet d'une prise en charge complète au Csref.

3.5.2. Critères de non Inclusion :

- Les femmes évacuées pour cause obstétricale mais qui ne sont pas arrivées au Csref.
- Les femmes évacuées au Csref pour cause non obstétricale.
- Les femmes évacuées pour avortement, GEU et grossesse arrêtée
- Les femmes évacuées pour dystocie sans fiche d'évacuation
- Les femmes référées (à froid) dont l'accouchement s'est terminé par une complication au CSRef.

3.6. Support et collette de données :

- les fiches d'enquêtes
- registre d'accouchement
- registre référence évacuation
- le protocole opératoire
- le registre de suite de couche

3.7. Variables étudiées :

3.7.1. Les renseignements généraux :

- l'ethnie
- l'age
- profession
- situation matrimoniale
- lieu de résidence
- niveau d'instruction
- profession du mari
- date et heure d'évacuation
- date et heure d'admission
- motif d'évacuation
- qualification de l'agent qui évacue
- mode d'évacuation
- moyen d'évacuation
- préparation à l'évacuation.

3.7.2. Les Antécédents :

- médico-chirurgical et obstétrical
- la consultation prénatale
- le traitement déjà reçu

3.7.3. Examen de la femme :

3.7.3. 1. Examen général:

- Etat Général
- conjonctives
- TA
- Pouls
- Température
- Pouls
- Respiration
- Taille

3.7.3. 2. Examen obstétrical :

- DDR
- HU

- BDCF
- CU
- Etat du col
- Poche des eaux
- Hémorragie
- Age gestationnel
- DPA
- Durée du travail
- Etat du bassin

3.7.4. Diagnostic retenu au Csréf

3.7.5. Pronostic materno-foetal

3.7.6. Conduite à tenir :

- Voie d'accouchement
- Etat de l'enfant
- Délai de pris en charge

3.7.7. Suite opératoire ou de couche :

- durée de l'hospitalisation
- diagnostic de sortie
- conclusion a la sortie

3.7.8. Coût approximatif de la prise en charge :

- coût de la prise en charge
- répartition du coût

3.8. Traitement et analyse des données : Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS.

3.9 Aspects éthiques: le personnel et les parturientes seront informés; et leurs préoccupations seront prises en compte par rapport à cette étude. Le respect du secret professionnel sera renforcé.

RESULTATS

4. Résultats :

La fréquence enregistrée et rapportée dans ce travail ne concerne que la maternité du Csref de Bougouni. Sur 767 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du 01 janvier 2005 au 31 décembre de la même année, les parturientes évacuées sont au nombre de 625 représentant une fréquence de 81,48%. Notre étude a porté sur 329 soit 42,89% des accouchements réalisés à la maternité du CSRef et 52,64% des évacuations obstétricales reçues.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques:

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques:

Caractéristiques Sociodémographiques		Effectif	Fréquence
Tranches d'age (année)	≤19	22	6,69
	20 –35	259	78,72
	>35	48	14,59
	Total :	329	100
PROFESSION	Ménagère	314	95,44
	Elève	10	3,04
	Commerçante	4	1,22
	Fonctionnaire	1	0,30
	Total :	329	100
STATUT MATRIMONIAL	Célibataire	27	8,21
	Marié monogame	219	66,57
	Mariée polygame	82	24,92
	Veuve	1	0,30
	Total :	329	100
NIVEAU D'INSTRUCTION	Alphabétisation fonctionnelle	16	4,86
	Non instruite	277	84,19
	Primaire	19	5,78
	Secondaire	17	5,17
	Total :	329	100
PROVENANCE	Bougouni ville	101	30,7
	Hors de Bougouni	228	69,3
	Total :	329	100
	Bambara	234	71.1
ETHNIE	Peulh	71	21.6
	Sonrhäï	8	2.4
	Senoufo	5	1.5
	Dogon	4	1.2
	MINIANKA	4	1.2
	Autres	3	0.9
	Total	329	100

Autres : Bozo (1), Malinké(1), Sarakolé(1).

4.2. Antécédents personnels :

4.2. 1. Antécédents obstétricaux :

Tableau 2: Répartition selon la gestité

Gestité	Effectif	Fréquence
Primigeste : (1 ^{ère} grossesse)	83	25,23
Paucigeste : (2 ^{ème} , 3 ^{ème} , 4 ^{ème} grossesse)	115	34,95
Multigeste : (5 ^{ème} , 6 ^{ème} grossesse)	55	16,72
Grande Multigeste : (≥ 7 grossesses)	76	23,10
Total	329	100

Tableau 3 : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectif	Fréquence
Nullipare	84	25,23
Primipare	50	15,20
Paucipare	99	30,39
Multipare	45	13,68
Grande Multipare	51	15,50
Total	329	100

- nullipare: (aucune expérience de l'accouchement)
- primipare: (1^{er} accouchement)
- Paucipare : (2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} accouchements)
- multipare: (5^{ème}, 6^{ème} accouchements)
- grande multipare: (7^{ème} accouchements ou plus)

Tableau 4 : Répartition des parturientes selon le suivi des CPN

Consultation prénatale (CPN)	Effectif	Fréquence
0 CPN	68	20,7
1- 3 CPN	174	52,86
≥ 4 CPN	87	26,44
Total	329	100

4.2.2. **Antécédents médicaux** :

Tableau 5 : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Fréquence
Diabète	1	0,3
Drépanocytose	1	0,3
Syphilis	1	0,3
Toxoplasmose	3	0,9
Paludisme	16	4,9
Aucun :	307	94,92
Total	329	100,0

4.2.3. Antécédents chirurgicaux :

Tableau 6 : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Fréquence
Césarienne	13	4,0
Aucun	316	96,0
Total	329	100,0

4.3. Etat clinique à l'admission :

4.3. 1. Etat général :

Tableau 7: Répartition des parturientes selon la coloration des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Fréquence
Pâles	36	10.9
Bien colorées	293	89.1
Total	329	100

Tableau 8 : Répartition des parturientes en fonction de la tension artérielle diastolique.

Tension artérielle diastolique	Effectif	Fréquence
<6 Cm Hg	11	3.3
6-9 CmHg	296	90.0
>9 CmHg	22	6.7
Total	329	100

Tableau 9: Répartition des parturientes selon la température

Température (°C)	Effectif	Fréquence
< 38	168	51.1
38 à 38,5	154	46.8
38,6 à 39,5	7	2.1
Total	329	100,0

Tableau 10 : Répartition des parturientes selon le pouls

Pouls (battements /mn)	Effectif	Fréquence
< 75	2	0,6
75-80	173	52,6
> 80	154	46,8
Total	329	100,0

Tableau 11 : Répartition des parturientes selon la taille de la femme

Taille (en m)	Effectif	Fréquence
$\leq 1,5$	23	7.0
> 1,5	306	93.0
Total	329	100

4.3.2 Examen Obstétrical :

Tableau 12: Répartition des parturientes selon l'état du bassin

Etat du bassin	Effectif	Fréquence
Asymétrique	3	0.9
Limite	4	1.2
Généralement rétréci	16	4,9
Normal	306	93.0
Total	329	100

Tableau 13: Répartition des parturientes selon l'état des membranes ovulaires à l'admission

Membrane ovulaire	Effectif	Fréquence
INTACTE	52	15,8
ROMPUE	277	84,2
Total	329	100

Tableau 14 : Répartition des parturientes selon l'état du col.

Etat du col	Effectif	Fréquence
Dilatation incomplète	295	89,7
Dilatation complète	34	10,3
Total	329	100,0

Tableau 15 : Répartition parturientes selon l'activité cardiaque Fœtale

BDCF	Effectif	Fréquence
Absents	85	25,8
Présents	244	74,2
Total	329	100,0

Tableau 16 : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Effectif	Fréquence
HU≤32	67	20,4
32<HUu≤36	53	16,1
HU>36	209	63,5
Total	329	100,0

Tableau 17 : Répartition des parturientes selon la présence de l'Hémorragie à la Vulve.

Hémorragie	Effectif	Fréquence
Petite	26	7,9
MOYENNE	43	13,1
ABONDANTE	5	1,5
Total	74	22,5

Tableau 18 : Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel (SA)	Effectif	Fréquence
<28	19	5,8
28-38	303	92,1
>38	7	2,1
Total	329	100,0

Tableau 19 : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation:

Motif d'évacuation	Effectif	Fréquence
Travail long	48	14,6
Contractions utérines douloureuses	41	12,5
Présentation pathologique	40	12,2
Disproportion foeto- pelvienne	35	10,6
Dystocie dynamique	35	10,6
Hémorragie	34	10,3
Eclampsie	14	4,3
Utérus cicatriciel	13	4,0
Procidence du cordon	13	4,0
Rupture utérine	9	2,7
Syndrome de pré rupture	9	2,7
Placenta praevia	7	2,1
Bassin pathologique	7	2,1
Souffrance foétale	4	1,2
Mauvais effort expulsif	3	0,9
Préemptive	3	0,9
Gestose	3	0,9
Menace d'accouchement prématuré	2	0,6
Rétention du 2me jumeau	2	0,6
Divers	7	2,1
Total	329	100

Tableau 20 : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu à l'admission

Diagnostic retenu au Csref	Effectif	Fréquence
Accouchement par voie basse	79	24
Présentation Pathologique	35	10,6
Disproportion Foetopelvienne	30	9,1
Expulsion Prolongée	29	8,8
Dystocie dynamique	20	6,1
Eclampsie	20	6,1
Syndrome de prérupture	18	5,5
Hématome rétro - placentaire	16	4,9
Bassin pathologique	16	4,9
Rupture utérine	14	4,3
Placenta praevia	12	3,6
Procidence du cordon	10	3
Hémorragie de la délivrance	8	2,4
Souffrance Foétale aigue	8	2,4
Utérus cicatriciel	8	2,4
Rétention du 2ème jumeau	3	0,9
Menace d'accouchement prématuré	3	0,9
TOTAL	329	100,0

Moyens de transport et le lieu de provenance:

Tableau 21 Répartition des parturientes selon les moyens utilisés pour l'évacuation:

Mode d'évacuation	Fréquence	Pourcentage
Ambulance	324	98.5
Voiture personnelle	2	0.6
Taxi	1	0.3
Moto	2	0.6
Total	329	100

Tableau 22: Répartition des parturientes selon la distance parcourue

Distance parcourue	Effectif	Fréquence
< 30 Km	114	34,6
> 30Km	215	65,3
Total	329	100,0

4.3.4. Pronostic maternel et foetal:

Tableau 23: Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic Maternel	Effectif	Fréquence
Evolution Favorable	321	97.6
Décédé	8	2.4
Total	329	100.0

Tableau 24: Répartition des patientes selon le pronostic foetal

Pronostic foetal	Effectif	Fréquence
APGAR < 7	26	7.9
APGAR = 0	88	26.7
APGAR > 7	215	65.3
Total	329	100.0

4.3.5. Prise en charge:

Tableau 25 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif	Fréquence
Voie basse normale	189	57.5
Voie basse instrumentale (Forceps et ventouse)	18	5,5
Césarienne	96	29,1
Laparotomie par rupture utérine	26	7,9
Total	329	100,0

Tableau 26: Répartition patientes selon le délai de prise en charge au Csref

Délai de prise en charge Effectif Fréquence

< 30 min	48	14.6
30 min – 1h	190	57.8
1h – 2h	83	25.2
> 2h	8	2.4
Total	329	100.0

Tableau 27 : Répartition des parturientes selon la durée de l'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif	Fréquence
moins 1 jour	5	1,5
1 à 7 Jours	275	83,6
8 à 14 jours	48	14,6
Plus de 14 jours	1	0,3
Total	329	100,0

4.3.5. Etude de certains facteurs pronostiques:

Tableau 28 : Relation entre la tranche d'âge et le pronostic maternel.

Tranche d'âge (en année)	Pronostic maternel			
	Bon		Décédé	
	Effectif	%	Effectif	%
≤ 19	22	6,8	0	0,0
20-35	251	78,19	8	100,0
> 35	48	14,95	0	0,0
TOTAL	321	100,0	8	100,0

Tableau 29 : Relation entre motif d'évacuation et pronostic fœtal.

Motif d'évacuation	Pronostic Fœtal			
	Bon		Mauvais	
	Effectif	%	effectif	%
Bassin Pathologique	5	2,1	1	1,1
Dystocies	34	14,1	7	8
Eclampsie	19	7,9	1	1,1
Hémorragie	28	11,6	27	30,7
Présentation Pathologique	16	6,6	13	14,8
Procidence du cordon	4	1,7	9	10,2
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	1	0,4	1	1,1
Travail prolongé	120	49,8	28	31,8
Utérus cicatriciel	14	5,8	1	1,1
TOTAL	241	100,0	88	100,0

4.3.5. Etude voie d'accouchement et motifs d'évacuation :

Tableau 30 : Relation entre le motif d'évacuation et la voie d'accouchement.

Motif d'évacuation	Voie d'accouchement			
	Naturelle		Artificielle	
	Effectif	%	Effectif	%
Bassin Pathologique	2	1,1	4	2,9
Dystocies	21	11,1	0	0
Eclampsie	17	9	3	2,1
Hémorragie	28	14,8	27	19,3
Présentation Pathologique	17	9	12	8,6
Procidence du cordon	7	3,7	6	8,6
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	2	1,1		
Travail prolongé	88	46,6	60	42,9
Utérus cicatriciel	7	3,7	8	5,7
TOTAL	189	100,0	140	100,0

4.4. Traitement et Coût la Prise en Charge au Centre de Santé de Référence de Bougouni

Au Centre les malades prennent en charge tous les frais d'ordonnance et d'hospitalisation et les interventions chirurgicales ayant trait à l'accouchement dans un système de forfait selon le mode référé et non référé. Vu que 123 femmes évacuées ont subi une intervention chirurgicale (césarienne, et hystérorraphie); nous avons évalué sensiblement le coût d'un accouchement normal ; d'une hospitalisation et d'une intervention chirurgicale.

4.4.1. Accouchement normal

- Patiente référée adhérente : 5 000 F CFA
- Patiente référée non adhérente : 6 000 F CFA
- Patiente non référée : 9 500 F CFA

4.4.2. Hospitalisation sans intervention chirurgicale

- Patiente référée : 20 000 F CFA
- Patiente non référée : 24 000 F CFA

4.4.3. Césarienne

De janvier à Juin 2005 les coûts de la césarienne étaient les suivants:

- Patiente référée adhérente (avec carte de membre ASACO) : 20 000 F CFA y compris le transport.
- Patiente référée non adhérente (sans carte de membre ASACO) : 55 000 F CFA et les frais de carburant.
- Patiente non référée et non adhérente: 62 000 F CFA et les frais de carburant

A partir de Juin 2005 c'est la gratuité de la césarienne qui a démarré.

4.4.4. Kit de la césarienne:

Tableau 31 : Les Médicaments Utilisés en cas de Césarienne

Produits	Quantité	Prix unitaire	Somme
Ketamine	2 ampoules	1350	2700
Atropine 0,10	2 ampoules	95	190
Diazépam	2 ampoules	80	170
Compresse 6 m	1	4560	4560
Sérum glucosé 5%	3 flacons	555	1660
Sérum sale 9%0	3 flacons	555	1660
Perfuseur	3	190	570
Gants stériles	2 paires	510	1020
Ampicilline 1g	14 flacons	155	2170
Sparadrap	1 mètre	500	1000
Methyl-ergométrine	2 boites	325	450
Vycril	4	3035	12140
Seringue	14	75	1050
Cathéter	2	295	590
Polyvidone	1 flacon	970	970
Total			30900

D'autre part les différentes thérapeutiques **utilisées à la maternité du CSRef de Bougouni** en plus de la réanimation pour ces parturientes évacuées sont :

- 1- Ocytocique
- 2- Antispasmodique
- 3- Anti-hypertenseur
- 4- Antipaludiques
- 5- Antibiotique
- 6- Bêtamimétique
- 7- Sédatif

DISCUSSION

5. DISCUSSION

5.1. Fréquence La fréquence enregistrée et rapportée dans ce travail ne concerne que la maternité du Csref de Bougouni. Sur 767 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du 01 janvier 2005 au 31 décembre de la même année, les parturientes évacuées sont au nombre de 625 représentant une fréquence de 81,48%. Notre étude a porté sur 329 soit 42,89% des accouchements réalisés à la maternité du CSRef et 52,64% des évacuations obstétricales reçues. Cette fréquence est inférieure à celle obtenue par **Camara S.** qui est de 62,83%.(8)

Au Bénin **Dossou Y.** trouve à la clinique de gynécologie obstétrique de Cotonou que 11,05% des accouchements étaient évacués (43). Vu les différences, la fréquence des évacuations est très variable suivant les pays et cela dépend du mode de recrutement ou de la zone.

Selon **Camara S.** les évacuations sanitaires sont exceptionnelles dans les pays développés car il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence (8).

5.2. Provenance et distance parcourue

Les parturientes évacuées ont toujours séjourné plus ou moins longtemps dans une maternité de CSCOM et nous arrivent après échec d'une tentative d'accouchement par voie basse donc après un travail prolongé.

Ce sont des patientes de « seconde main ». 324 patientes soit 98.5% ont été évacuées des CSCOM du cercle de Bougouni.

5 femmes soit 1.5% sont évacuées des Csref de Kolondièba et de Yanfolila de certains des centres de santé communautaire desdits cercles.

Nous constatons dans notre étude que face à un problème posé: le manque de matériel, la coupure d'électricité ou la non disponibilité de sang, les Csref de Kolondièba et Yanfolila se réfèrent au Csref de Bougouni.

Le nombre important d'évacuations provenant des différents CSCOM de Bougouni se justifie quelques fois par la crainte des agents de santé de ce niveau, des accidents obstétricaux éventuels et surtout par l'exigence des parents qui réclament souvent la présence d'un médecin.

5.3. Les Conditions et moyens d'évacuation :

Les conditions d'évacuations sont une grande importance, la notion de réanimation avant, ou cours de l'évacuation, le confort des malades sont indispensables. Ce sont des conditions qui ne sont pas réalisées même quand la parturiente est évacuée par une ambulance.

98.5% des femmes ont été évacuées par l'ambulance qui est disponible chaque fois quand le besoin se pose grâce à l'appui du projet SAVE the children au Csref.

Le déplacement de l'ambulance là où elle existe, est pris en charge par la malade selon le mode adhérent ou non adhérent.

Les parturientes sont toujours accompagnées par un personnel médical.

Au cours du transport aucune thérapeutique n'est faite. Les parturientes arrivent souvent anémiées, choquées ou infectées.

Dans notre étude 2 parturientes arrivent en état de choc hypovolémique.

5.4. Qualification de l'agent qui décide de l'évacuation

Les infrastructures sanitaires demeurent insuffisantes au Mali. Même si les bâtiments existent souvent, l'équipement fait défaut. Le nombre de personnel exerçant dans nos formations sanitaires est loin d'être satisfaisant, tout comme la qualification du personnel. Les parturientes s'adressent tout d'abord à la maternité la plus proche de leur résidence qui prend la décision de l'évacuation.

La personne qui décide de l'évacuation identifie la pathologie selon sa compétence et l'équipement disponible.

La comparaison des motifs d'évacuation et les diagnostics retenus ne concordent pas chez 82 parturientes soit 24,92%.

Chez 20 cas (11.36%) nous n'avons trouvé aucune dystocie ou autre pathologie et l'accouchement s'est déroulé normalement. C'est dire que l'évacuation ne se justifiait pas, mais il vaut mieux évacuer une parturiente sans complications majeures que trop tard, car tout

accouchement comporte un risque minime que soit-il. Sur des terrains à haut risque entre autre multiparité (45cas), CPN non faites (68 cas) ou inadéquates (174cas), les complications peuvent survenir à n'importe quel moment du travail.

Dans 30,77% le diagnostic de la rupture utérine était posé avant l'évacuation.

L'appréciation du bassin n'est pas toujours effectuée de façon précise dans les maternités périphériques. Sur 23 bassins pathologiques seulement 4 étaient connus avant l'admission.

Cette discordance entre motif d'évacuation et diagnostic retenu était déjà constatée par Welffrens et col. (42).

En effet certaines maternités rurales emploient des perfusions de sérum glucosé 5% avec une ampoule d'ocytocine et trois ampoules de Buthyl hyoscine. Cette notion se retrouve parfois à l'interrogatoire des parturientes évacuées, notion "d'accélérer l'accouchement".

En zone rurale certains accidents et évacuations tardives relèvent du poids de certaines croyances comme le fait d'assimiler les difficultés d'accouchements à des actes d'infidélités de la parturiente (43). Ainsi affirmaient certaines vieilles personnes au cours d'une autopsie verbale: «on pense qu'elle a trahi son mari (adultère) et tant qu'elle ne dénonce le complice, elle n'accouchera pas ».

Dans d'autres milieux selon les rapports du congrès de la maternité sans risque qui s'est tenu au Niger en 1986, on assimile la docilité maternelle lors de l'accouchement à un acte de bravoure (35).

5.4. Les motifs d'évacuation :

5.4.1. La disproportion foeto – pelvienne :

Elle est retrouvée dans 10,6% parmi les causes d'évacuations. Ce taux est supérieur au résultat de Pane P. et col. 4,45% (37) et inférieur à celui de Camara S. 13,39% (8).

5.4. 2. Les présentations anormales :

Elles présentent 12,2% dans notre série. Notre résultat est supérieur au résultat obtenu par **Dougnon F.** 11,94% (19), et de **Boutaleb Y.** 6,18% (7).

5.4.3. Les dystocies dynamiques :

Elles ont été relevées dans 10,6% parmi les motifs d'évacuations. Le diagnostic n'a été conforme que dans 30% des cas. **Traoré H.** trouve 7,6% (24), **Dougnon F.** 5,6% (19) et **Camara S.** 6,97% (8). La dynamique utérine est souvent perturbée dans les maternités périphériques par l'emploi abusif d'ocytocine selon **Camara S.**

5.4.4. Les bassins pathologiques et les bassins asymétriques:

Les Bassins Asymétriques se retrouvent dans 0.9% des cas. Ils représentent seulement 2.13% parmi les motifs d'évacuation. L'exploration du bassin n'est pas toujours effectuée avec précision dans les maternités périphériques ; cette notion a été observée également par **Camara S.** (8).

Notre taux est inférieur au résultat de **Dougnon F.** 26,41% (19).

Les bassins limites augmentent ce taux avec la grossesse chez les adolescentes.

5.4.5. L'utérus cicatriciel :

Il est retrouvé dans 4,0% des motifs d'évacuations. Les complications sur utérus cicatriciel représentent 2,5%. Cette discordance s'explique par le fait que toute femme avec un utérus cicatriciel dans un souci de prévention doit accoucher en milieu chirurgical.

5.4.6. Les ruptures utérines :

Dans notre étude elles représentent 2,70% parmi les motifs d'évacuation. Elles sont de 7,9% parmi les diagnostics retenus. Ce taux est supérieur au résultat obtenu par **DIAKITE M.** 5,15% (16) et égale à celui de **Traoré F.A.** : 7,9% (41) ; il est supérieur au taux de **Keita N.** et col. 0,74% (27).

Les ruptures utérines passent souvent inaperçues dans les maternités ou se déroulent au cours du trajet ; car 6 cas de ruptures utérines sur les 9 cas enregistrés, le diagnostic fut posés à l'hôpital.

Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées ou d'expressions intempestives dans les maternités périphériques. La prévention doit être de règle : la surveillance d'un utérus cicatriciel,

l'espacement des grossesses, une contraception adéquate chez les grandes multipares.

5.4.7. Hématome rétroplacentaire :

Il représente 4,9% parmi les diagnostics retenus. Notre résultat est au-dessous de celui trouvé par **Traoré F. A.** : 11,78% (41) et de **Camara S** 12% (8).

Le traitement repose sur la compensation de la perte sanguine et une évacuation rapide de l'utérus en vue de prévenir les complications hématalogiques.

5.4.8. Placenta praevia :

Cette pathologie représente 3,67% des cas. Ce taux est sensiblement égal aux résultats obtenus Par **Camara S.** 3,58% (8) et inférieure à celui de **Traoré FA** : 8,68% (41). Il est supérieur au résultat de **Boutaleb Y.** 1,6% (7). Son diagnostic doit être recherché pendant la consultation du 3^{ème} trimestre par l'échographie.

5.4.9. Hémorragies de la délivrance :

Elle représente 2,4% des parturientes. 2 femmes sur 8 sont admises en état de collapsus cardiovasculaire dont nous déplorons le décès : il s'agit de rétention placentaire et d'inertie utérine. Notre taux est au-dessous du résultat de **Dougnoun F.** : 3,14% (19).

Dans notre étude nous avons pris en compte seulement les complications car la quantification de sang n'étant pas faite avec exactitude.

5.4.10. Les Dysgraphies :

Parmi les motifs d'évacuation la gestose représente 0,9 % et l'éclampsie 4,3% notre taux est supérieur aux résultats obtenus par **Faye A.** et collaborateurs 0,12% de cas d'éclampsie (21).

5.4.11. Le Temps d'expulsion prolongé :

Il présente 14,6% parmi le motif d'évacuation. Il est de 11,18% selon **Camara S.** (8).

Le traitement de la dystocie dynamique le plus souvent est efficace avec la perfusion d'ocytocique. Il faut suspecter une rupture utérine passée inaperçue ou un travail traînant.

5.4.12. Procidence du cordon :

Il représente 4% des motifs d'évacuation, 3% des diagnostics retenus. Notre taux est sensiblement égal aux résultats obtenus par **Traoré F. A.** 3,77% (41). Les 10 enfants sur les 13 des parturientes évacuées pour procidence du cordon sont morts in utero.

Ce type d'accident justifie l'organisation de centres obstétricaux permettant d'agir le plus vite possible.

5.4.13. La Souffrance fœtale :

La souffrance fœtale représente 1,2% des causes d'évacuation.

Chez **Camara. S** 4,36 % (8) des parturientes ont été évacuées pour souffrance fœtale. Ceci est supérieur à nos résultats. Ce faible taux peut s'expliquer par la non surveillance de l'état du fœtus au cours du travail de l'accouchement.

Le contraste entre les motifs d'évacuation 1,3% et le pourcentage d'enfants réanimés 37,5% s'explique par le délai s'écoulant entre la confirmation du diagnostic et l'aboutissement du travail, le manque d'une réanimation efficace du nouveau-né.

5.5- Autres facteurs épidémiologiques:

5.5.1. L'âge :

Il est classique de dire que les deux âges extrêmes constituent un risque pour la grossesse et surtout au moment de la parturition; avant 19 ans et après 35 ans.

Il faut noter une immaturité psychologique fréquente chez les parturientes de jeune âge se traduisant par une indocilité maternelle.

Les parturientes de moins de 20 ans représentent 6,69%. La tranche d'âge de 20 à 35 ans constituent la majorité de notre échantillon avec 78.72%. Quant à la tranche d'âge de plus de 35 ans, elle représente 14,59%. La prédominance de la tranche d'âge de 19 à 35ans a été observée par Camara S à Abidjan avec une proportion de 83,34%.

Parmi les 259 parturientes de la tranche d'âge de 20 à 35 ans, 8 décédés ont été enregistrés soit 3%. Ces 8 décès représentent

l'ensemble des décès de notre étude soit un taux de létalité 2,4%. Ce pourcentage est inférieur par rapport au taux obtenu par Camara S 14,5%.

Nous dirons avec **Sangaret** et col. En côte d'Ivoire que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile tant que le mariage des jeunes nubiles demeurera en Afrique noire (39).

Certains auteurs comme **Bouhoussou** K.M. et collaborateurs trouvent que 2,82% des parturientes avant 19 ans présentent une toxémie gravidique. Ce risque est d'autant plus grand que la parturiente est plus jeune encore, et cette fréquence est 2 fois plus grande chez les gestantes mal surveillées (5).

5.5 .2. Le niveau d'instruction:

Les analphabètes représentent la majorité dans notre série 84,19% soit 36 femmes seulement évacuées ont fait des études à un niveau primaire et secondaire soit 10,75% ; ce faible taux s'explique par une surveillance rigoureuse de la grossesse une limitation des naissances et un niveau socio-économique favorable.

5.5.3. La taille :

La petite taille est un facteur de risque pendant l'accouchement. Elle est retrouvée dans 7,0% soit 23 parturientes dans notre série et le pronostic des viciations pelviennes consécutives ne doit plus être aussi alarmant. L'accouchement par voie basse à tout prix, n'est plus une nécessité. La prévision des dystocies chez les parturientes est indispensable avant le travail soit qu'on décide d'une césarienne systématique soit qu'on tente une épreuve de travail.

5.5.4. La Parité :

La parité joue un rôle dans les causes d'évacuation. En tenant compte de la silhouette des évacuées en fonction de la parité, les nullipares représentent une tranche non négligeable 25,53% soit 84 femmes. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravido-puepéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition. Ce taux est inférieur au résultat de Traoré F. A. dont 33% (41).

Les grandes multipares représentent 13,68% soit 45 parturientes dans notre série. Ce résultat est supérieur au résultat de **Camara** S. 9,2% (8). Le risque chez ces parturientes est du à la fragilisation de l'utérus par suite de multiples grossesses et rapprochées. La prévention par la

sensibilisation du danger inhérent au nombre élevé de grossesse doit être de rigueur.

5.5.5. Le Centre d'accueil:

Le centre de santé de référence de Bougouni reçoit la totalité des évacuations obstétricales venant des maternités des centres de santé communautaires du Cercle donc un centre de référence par excellence. Cependant on dénombre certaines difficultés qui peuvent jouer sur le sort des parturientes évacuées.

Parmi elles :

* L'accessibilité a un seul bloc exigeant l'attente de certaines patientes qui doivent subir une intervention chirurgicale urgente.

* L'asepsie n'est pas de rigueur dans le bloc provoquant souvent des complications après les césariennes : éviscération, éventration qui aggravent le pronostic des patientes.

* le problème aigu de la transfusion sanguine au Csref il n'est pas souvent facile d'avoir des donneurs de sang pour faire un groupage en urgence malgré de nombreuses campagnes de dons de sang organisées par l'association bénévole de sang. Il y a également un manque crucial de sang : 0,7% des femmes sont admises dans un tableau de choc hypovolémique et chez 10.3% des parturientes le diagnostic d'hémorragie fut retenu pour : rupture utérine (7.9%) hématome retroplacentaire (4.9%) et placenta prævia (3.6%) et 36 soit 10.9% ont présenté une anémie clinique. Il faut noter souvent l'absence d'une équipe permanente au laboratoire.

* Le manque de matériels:

- instruments obstétricaux comme un appareil d'échographie d'urgence
- le manque de médicament pour les urgences

5.5.6. Conduite à tenir

L'évacuation sanitaire en obstétrique est toujours le fait d'une urgence obstétricale. Sa thérapeutique est donc curative mais gagnerait à devenir d'abord préventive.

L'attitude thérapeutique au Csref de Bougouni est fonction du diagnostic à l'arrivée et de l'état général de la parturiente.

Nous avons eu recours à une gamme variée de traitements: médical, obstétrical chirurgical ou médocochirurgical.

L'état des évacuées requiert beaucoup plus d'interventions chirurgicales soit 33.1% de cas (109 parturientes). La voie basse représentée par les accouchements normaux et les extractions instrumentales représentent 62.6% (soit 206 parturientes), ainsi malgré le nombre élevé de césarienne. Dans le cercle par crainte d'accidents obstétricaux, les parents exigent la présence de sage femme ou d'un médecin ou souvent un spécialiste expliquant les cas normaux où on ne trouve pas de raison médicale à l'évacuation.

5.5.7. Pronostic maternel :

L'état général altéré des patientes aggravé par le retard les conditions difficiles de l'évacuation expliquent le taux élevé de la mortalité maternelle 2.4% et la sévérité de la morbidité maternelle : 24 parturientes soit 7.3% ayant présenté un état morbide plus ou moins grave : endométrite infection urinaire anémie du post-partum, pelvipéritonite post-partum, long séjour au Csref.

14 parturientes soit 4.3% ont subi une Hystéroraphie. L'infection est liée aux circonstances dans lesquelles se déroule le travail. Les principales causes sont :

- le travail long
- les touchers vaginaux multiples avec les gants non stériles
- le délai long écoulé entre la rupture de la poche des eaux et l'accouchement: 277 patientes soit 84.2% sont admises avec la poche des eaux rompues constituant un risque d'infection.

Ce délai peut atteindre parfois 72h à 96 heures ; avec son corollaire d'infection ascendante et de chorioamniotite.

Les causes de décès les plus fréquemment rencontrées sont :

Choc hypovolémique causé par les hémorragies aiguës

Choc septique après césarienne.

5.5.8. Le pronostic fœtal :

Le pronostic fœtal est fonction de la pathologie de la grossesse et de la dystocie de l'accouchement.

La mortalité fœtale liée aux évacuations est très importante dans notre statistique 88 cas soit 26.7% ; 26 nouveau-nés soit 7.9% ont été réanimés après l'accouchement.

Ce taux est inférieur aux résultats trouvés par Camara S. : 33% en Zone urbaine et 40% en Zone rurale.

Ceci montre que l'évacuation est un risque supplémentaire pour les enfants qui souffrent.

RECOMMENDATIONS

6. Recommandations:

Il est possible de prétendre trouver définitivement une solution à ce problème d'évacuation des urgences obstétricales. L'idéal serait une politique sanitaire hardie, soucieuse de l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant qui constitue un couple vulnérable par l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre les affections les plus meurtrières.

6.1. Au Ministère de la Santé

Cette politique devra procéder à :

- 1- Renforcer la formation du personnel médical et paramédical en nombre suffisant.
- 2- Assurer une répartition équilibrée du personnel en particulier les sages femme sur l'ensemble du territoire.
- 3- Motiver le personnel sanitaire en prenant la particularité de sa mission.
- 4- Créer un deuxième centre de santé de référence dans le cercle de Bougouni.
- 5- Assurer le financement des plans opérationnels validés.

6.2. Au Médecin Chef du Centre de Référence

1. Réduire le temps de prise en charge des urgences obstétricales en organisant la garde pour les techniciens de laboratoire et les médecins.
2. Renforcer les staffs techniques et les autopsies verbales.
3. Instituer un système de revue périodique de la prise en charge des urgences obstétricales avec tous les acteurs (équipe socio-sanitaire, ASACO, collectivités, administration, ONG et autres services techniques et Organisations communautaires).
4. Renforcer les activités de planification familiale et les différentes interventions communautaires.

5. Assurer la mise en œuvre dans le cercle de Bougouni, de la stratégie pour accélérer la survie et le développement de l'enfant (SASDE) en cours dans certaines régions du pays.
6. Evaluer régulièrement le système de référence évacuation.
7. Assurer la supervision interne du personnel.
8. Elaborer et mettre en œuvre un plan intégrer de communication pour sensibiliser les populations.

6.3. Aux collectivités et aux ASACO:

1. Assurer le financement de la caisse de solidarité pour faciliter la prise en charge gratuite du carburant d'évacuation dans le contexte de la gratuité de la césarienne.
2. Assurer la sensibilisation des populations à tous les niveaux.
3. Assurer le financement des micros plans des CSCOM pour la régularité de la stratégie avancée dont les soins prénatals, la vaccination, les pratiques familiales essentielles.

6.4. Aux populations:

1. Suivre les visites prénatales.
2. Faire accoucher les femmes au niveau des centres de santé.

CONCLUSION

7. CONCLUSION

Les évacuations sanitaires d'urgence obstétricales constituent non seulement un problème médical mais aussi de santé publique. Dans le cadre de notre étude nous avons retenu 329 cas parmi les 625 évacuations sur 767 accouchements durant 12 mois d'étude.

Différents paramètres influencent le pronostic de ces évacuations, constituant des facteurs de risque: la distance parcourue, les conditions d'évacuations, les conditions sociodémographiques, l'âge, la parité, la taille, le motif de l'évacuation.

Dans notre série nous avons été frappés par le jeune âge de certaines parturientes 6,69% (22cas) ont moins de 19 ans.

La qualification de la personne qui a décidé de l'évacuation est essentielle et fondamentale dans la prise en charge des urgences obstétricales. Cette personne pose le problème selon l'équipement et sa propre compétence. Chez 82 parturientes soit 24,92% le motif d'évacuation ne concorde pas au diagnostic retenu dans le service.

Les causes d'évacuations les plus fréquemment rencontrées sont :

- les dystocies 21.2%
- les hémorragies 10.3%

☞ La majorité des femmes évacuées est analphabète 84.19% le niveau d'instruction est important et justifie le comportement des parturientes pendant l'évolution de la grossesse et de l'accouchement par exemple le suivi des consultations prénatales.

☞ Nous avons pratiqué une intervention chirurgicale chez 123 femmes (37.4%) dont 109 césariennes, et 14 hystéroraphies.

☞ C'est un long calvaire que ces parturientes évacuées doivent attendre encore 2 ou même 3 heures de temps si non plus si par malheur les 2 salles d'opération du Csref sont occupées. Le préjudice psychologique n'est pas négligeable.

☞ En effet séparées de leur famille de leur milieu ces parturientes sont évacuées sans soins médicaux. Le tout sous tendu par des problèmes financiers d'ordonnances ou d'hospitalisation qui réduisent le budget familial déjà insignifiant avec quelque fois au bout de la chaîne une mort maternelle et ou fœtale.

- ☞ La majorité des patientes a fait 8 à 14 jours d'hospitalisation. Le taux élevé de mortalité maternelle 2,4% soit sensiblement 1 sur 36 femmes évacuées et la mortalité fœtale 26,7 %, est l'issue dramatique de ces évacuations.
- ☞ L'importance et la gravité des évacuations sanitaires relèvent surtout des conséquences liées à l'analphabétisation des femmes, au manque d'éducation sanitaire, à une infrastructure médicale insuffisante, ainsi qu' au manque de personnel qualifié.
- ☞ L'évacuation doit se faire le plutôt possible. Nous espérons qu'avec une formation de plus en plus nombreuses de sages femmes et de médecins compétents dévoués et motivés, un équipement adéquat des services des maternités, un espacement de naissances, des efforts constant d'information et d'éducation au niveau national, nous pourrions éviter ces évacuations ou améliorer de pronostic maternel et fœtal.

REFERENCES

8- REFERENCES

1- OMS, L'UNICEF et le FNUAP 20 octobre 2003.

La mortalité maternelle beaucoup plus élevée dans les pays en développement.

Le risque pour les femmes africaines de mourir en couches est 175 fois plus élevé que pour les femmes de régions développées.

2- Picaud A. Mrnlome – Nze, Mogowet N., Mouflv C.

La rupture utérine à propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville Gabon.

3- EDS III.2001.

La mortalité maternelle en Afrique (2001).

4- Thiero. M.

Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'Hôpital Gabriel TOURE. (À propos de 160 cas). Thèse med Bamako, Année 1992 - 1993.

5- Bohoussou. K. M. et col.

Grossesse et adolescence.

Afr. Med. 1982 ; N°21 (201) : 359 – 362.

6 - Bohoussou K. M. et col.

Réflexion sur l'éclampsie

Etude médicale 1974 ; N° 3 : 167 – 173.

7- Boutaleb. Y et col.

Mortalité maternelle à l'hôpital de Casablanca (Maroc)

J. Gyn .Obst. Rep 1982; N° 11 (1): 100 – 102.

8-Camara S. (Epoque Kaba)

Evacuation sanitaire d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude

Thèse med. Abidjan 1986 ; N° 7 : 14.

9- Correa P. et col.

Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique à Dakar.

Afrique médicale 1981 ; N° 20 (189) : 215 – 221.

10 – Colav J. C. et Vzans

Hématome rétro – placentaire ou DPPMI

Enc. Med. Chir. Paris (France) obstétrique 1985 ; N°10 : 5071 1 - 6.

11- Collectif

Conférence régionale sur la maternité sans risque en Afrique subsaharienne.

Action pour la santé.

Elément prioritaire d'un cadre stratégique national de lutte contre la mortalité et morbidité maternelle. Niamey, 30 janvier. 1989 ; N°3 : 4 - 112.

12- Collectif

Prévenir la mort tragique de la mère.

Rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque.

Nairobi Kenya. 1987 ; 82.

13- Conable. B.

La maternité sans risque.

Forum mondial de la santé.

O. M. S Genève 1978; volume 8 N° 2: 164 - 170.

14- Delecour. M.

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves.

Entretiens de Bichat- chirurgie et spécialités. 1980 ; 177-179.

15- Delecour. M. ,Thoulon. J. M. et col.

Conduite à tenir au cours d'une dystocie.

Rapport du 27^e congrès de gynécologie et obstétrique de langue française.

Rabat 21-24 mai 1978.

16- Diakité. M.

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako.

Thèse med. Bamako 47; 1985, N° 15.

17- Diallo. A. O.

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse Med. Bamako 1990 ; N° 38.

18- Diané. R., Biehl. M. D.

Syndrome hémorragique de la grossesse et du post partum.

Med. Edition Paris 1980.

19- Dougnon. F. (Epouse Ouologuem)

Contribution à l'étude des urgences gynécologique et obstétricale à la maternité de l'hôpital du Point G.

Thèse med Bamako N°64 1989.

20- Tall F.S.

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la deuxième région.

Thèse med 1980 Bamako, N° 15 : 4.

21- Faye. ; Picaud. A. et col.

Eclampsie au centre hospitalier de Libreville, 53 cas pour 41285 l'accouchement.

Rev. Franc. De Gyn. Obst. 1991 ; N° 7 : 7 - 8.

22- Grall. F. G.

La grossesse et l'accouchement chez la femme âgée femme et enfant.

F. R 1972; N° 4, 6 : 237 - 250.

23- Grall. F.

Présentation du sommet.

Enc. Med. Chir. Paris Obstétrique 1977 ; N° 6 : 5018, B10.

24- Traoré H.

Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako.

Thèse med. Bamako 1976 N° 21

25- Levy. J.

Chirurgie d'urgence.

Masson 1985.

26- Koné. F.

Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'HGT (a propos de 56 cas)

Thèse med Bamako 1990 N ° 48.

27- Keïta. N. et col au CHU de DONGA. Rép. GUINEE.

Rupture utérine à propos de 15 cas observés à Conakry.

J. Gyn - Obst. Biol. Rep. 1980,1041.

28- Le Cannelier. R. Correa. P. Traissa. C. Djp

Contribution à propos de 55 ruptures utérines à la maternité africaine.
Bull Soc. Med Afrique noire. 1960 ; N°5 : 2 133.

29- Le Horrier. G. Solat. J.

Mécanisme général de l'accouchement.

Enc. Med. Paris Obst 1986 ; N° 1 : 5017 C 10.

30- Magnin. G. Pierre. F. Ducroz. B. et Body. G.

La dystocie dynamique.

Enc. Med. Chir. (Paris Francs) obstétrique.

1989 ; N° 5 : 5064. 13 P.

31 Magnin. G.

La mortalité maternelle existe-elle encore ?

Revue de med. de tous 1982 ; N° 16, (9-1) : 1 331 – 1 333.

32- Merger. Levy. J. Melchior. J.

Précis d'obstétrique.

5^e édition Masson paris 1989.

33- Moulinet. M.

Particularité de la grossesse et l'accouchement.

En fonction de l'âge et les conditions socio- économiques.

Enc. Med. Chir. Paris obstétrique 1977; N° 12 : 5049. C 10.

34- Touré M. B.

Les hystérectomies de sauvetage et les ruptures utérines.

La formation des matrones rurales.

Afrique médicale 1975 ; N°14 (126) : 35 - 38.

35- O. M. S.

Rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque.

Prévenir la mort tragique de la mère.

Kenya février 1986 P 56.

36- Pehoua Pelena A. D.

Rupture utérine au cours du travail.

Thèse med. R. 1980; N° 23.

37- Panel. J. B de Meeus et col.

Utérus cicatriciel gros fœtus.

J. Gyn. Obst. Biol. Rep. 1981; N° 20 : 729.

38- Renaud. R., Zahim J. B., Burgun P.

Les accidents périnataux évitables au cours de l'accouchement.
J. Gyn. Obst Biol. Rep. 1978; N° 7: 61 – 62.

39- Sangaret. M. et col.

Problèmes obstétricaux d'urgence au CHU de Treichville.
Etude med. 1974 ; N° 3 : 137 - 145

40- Seve B. et Zaago J.

Présentation de l'épaule.
Enc. Med. Chir. (Paris) obstétrique 1980 ; N° 5028 A : 1011

41-Traoré A. F.

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE
Thèse med. Bamako, 1989; N° 46.

42- Welffrens-Ekra. Ch Bmd Semik Konamble R. Koné M.

Chv.Yopougon (Abidjan).
Urgence au quotidien.
Quelle stratégie de prise en charge des évacuations sanitaires obstétricales.
J.Gyn-obst. Biol.Rep.1981.N°: 40.

ANNEXES

Tableau 32 : SITUATION SOCIO-SANITAIRE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI EN 2005.

N° d'identification	Aires	Population totale	Distant du Csref
	Dogo	15179	85
	Mamissa	11537	25
	Mafélé	6075	175
	Bougouni sud	12321	0
	Bougouni ouest	23303	0
	Bougouni Est	18911	0
	Ourou	11618	85
	Ouroumpana	14700	95
	Bamba	11063	150
	Manankoro	8880	150
	Garalo	23411	60
	Kologo	12825	30
	Dèbèlin	8684	75
	Sanso	12432	115
	Wola	8984	150
	Niamala	13907	100
	Koumantou	29020	75
	Zantièbougou	17734	30
	Méridiela	9481	150
	Diban	8375	95
	Toba	8503	60
	Kéleya	21765	60
	Sido	11479	30
	Sakoro	4264	25
	Faragouaran	12438	30
	Tora	10922	80
	Domba	10483	100
	Kléssokoro	3186	11
	TOTAL	361482	2349

FICHE D' ENQUETE

Les urgences obstétricales ou CSRef de BOUGOUNI
FICHE D'ENQUETE N° du.....200_

I – RENSEIMENT GENERAUX

NOM/PRENOM :

1 – AGE : **Ans**

a) 14-19 ans /_/ b) 20-24 ans /_/ c) 25-29 ans /_/ d) 30-34 ans /_/ e) 35-39 ans /_/ f) 40-44 ans /_/ g) NP /_/

2- PROFESSION : a) Ménagère /_/ b) Fonctionnaire /_/ c) Elève /_/ d) Commerçante /_/ e) Sans /_/

3- PROVENANCE.....(.....KM)

a) Urbain /_/ b) rural de < 5 Km /_/ c) rural de < 15 Km /_/ d) rural de < 30 Km /_/ e) rural de > 30 Km /_/

4- SITUATION MATRIMONIALE :

a) Célibataire /_/ b) divorcée /_/ c) marié monogame /_/ d) veuve /_/ e) marié polygame /_/ f) Imprécis /_/

5- NOVEAU D'instruction :

a) Primaire /_/ b) Secondaire /_/ c) Supérieur /_/ d) Alphabétisation /_/ e) Aucun /_/ f) Autres /_/

6) PROFESSION DU MARI :

a) Paysan /_/ b) Secondaire /_/ c) Elève /_/ d) commerçant /_/ e) Sans /_/

7) DATE/HEURE D'évacuation :

8) DATE / HEURE D'admission :

a) Réception < 6 H /_/ b) Réception < 12 H /_/ c) Réception < 24 H /_/ d) Réception > 24 H /_/ e) NP /_/

9- MOTIF D'évacuation (préciser) :

10- QUALIFICATION DE L'agent QUI EVACUE

a) Médecin /_/ b) Sage Femme / Obstétricienne /_/ c) Infirmier /_/ d) Matrone /_/ e) Aide soignant /_/

11- MODE D'évacuation : a) évacuation /_/ b) auto évacuation /_/

12- MOYEN D'évacuation :

a) Ambulance /_/ b) voiture personnelle /_/ c) taxi /_/ d) moto /_/ e) autres (préciser).....

II – ANTECEDENTS

13- MEDICAUX :

a) Drépanocytose / autres hémopathies /_/ b) Diabète /_/ c) cardiopathie /_/ d) HTA /_/ e) Tuberculose /_/

14- CHIRURGICAUX :

a) Utérus cicatriciel /_/ b) césarienne /_/ d) GEI /_/ e) autres interventions chirurgicales

15- OBSTETRICAUX (nombre)

a) G _____ b) P _____ c) V _____ d) D _____ e) A _____ f) MNé _____

16- AVORTEMENTS (nombre) :

a) Spontanés _____ b) Provoqués _____

17- ACCOUCHEMENTS PREMATURES (nombre) : _____

18- SUVI DES C.P.N (nombre) : _____

a) moins de 4 /_/ b) Plus de 4 /_/ c) Pas de CPN /_/

19- TRAITEMENT DEJARECU

a) Expression /_/ b) manœuvres /_/ c) ocytocique /_/ d) autres :

III – EXAMEN DE LA FEMME :

A- **EXAMEN GENERAL**

- 20- **ETAT GENERAL** :
- 21- **CONJONCTIVES** :
- 22- **TA** _____ / mm Hg
- 23- **TEMPERATURE** _____ / °C
- 24- **POULS** _____ / Puls/mn
- 25- **RESPIRATION** _____ / Mvmts/mn

B- **EXAMEN OBSTETRICAL :**

- 26- **DDR** :
- 27- **HU** :
- 28- **BDC** :
- 29- **CONTRACTIONS UTERINES** :
- 30- **ETAT DU COL** :
- a) déchirure /_/ b) rompue /_/
- 32- **HEMORRAGIE ? (Quantité)**
- 33- **AGE GESTATIONNEL** : _____ **SA**
- a) Moins de 8H /_/ b) entre 28 et 36 SA /_/ c) 36 SA ou plus /_/
- 34- **DPA** :
- 35- **DUREE DU TRAVAIL** _____ **HEURES**
- a) Moins de 8 H /_/ b) entre 8 et 12 H /_/ c) Plus de 12 H /_/
- 36- **ETAT DU BASSIN**
- a) normal /_/ b) asymétrique /_/ c) limite / rétréci /_/

IV°) DIAGNOSTIC RETENU AU CSREF :

37-

V°) PRONSTIC MATERNEL:

38-

VI°) PRONOSTIC FOETAL:

39-

VII°) CONDUIT À TENIR :

- 40- **VOLE D'accouchement**
- A) Accouchement naturel /_/ b) césarienne /_/ c) manœuvre obstétricale (préciser).....
- 41- **ETAT DE L'enfant**
- a) Vivant /_/ b) réanimé /_/ c) mort /_/
- 42- **TEMPS DE PRICE EN CHARGE** :HEURES

VIII – SUITE OPERATOIRE OU DE COUCHE

- 43- **DUREE DE L'HOSPITALISATION** _____ **jours**
- 44- **DIAGNOSTIC DE SORTIE** :
- 45- **CONCLUSION A LA SORTIE** :

IX- COUT APPROXIMATIF DE LA PRISE EN CHARGE

- 46- **COUT DE LA PRISE EN CHARGE**
- a) Transport _____ / FCFA b) Forfait _____ / FCFA c) Dépenses indirectes (nourriture, déplacement) _____ / FCFA
- 47- **REPARTITION DU COUT**
- a) ASACO _____ / FCFA b) CSREF _____ / FCFA c) AUTRES _____ / FCFA

Fiche Signalétique

Titre : les évacuations sanitaires obstétricales au Centre de Santé référence de Bougouni (à propos de 329 cas)

Auteur : Idrissa Mandé SIDIBE

Année 2006

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'FMPOS. BP : 1805 BAMAKO Mali.

Secteur d'intérêt : Gynéco- obstétrique

Résumé : l'évacuation des parturientes pose un problème de santé publique.

Au CS Réf de Bougouni, ce phénomène est fréquent et le pronostic maternel et fœtal le plus souvent est mauvais. Les femmes évacuées sont âgées en majorité de 19 à 35 ans : 78,72.

Les conditions dans lesquelles se font ces évacuations ne sont pas satisfaisantes. Le préjudice psychologique n'est pas négligeable.

- La mortalité maternelle est élevée soit 2,4%
- La mortalité fœtale est trop élevée soit 26,7%
- Les femmes évacuées ont fait en moyenne 8 à 14 jours d'hospitalisation.

Mots clés

- Evacuation, Urgence, Hémorragie, bassin pathologique, ocytocine, césarienne, Hystérectomie, Rupture utérine.

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'**Etre 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 leur père.

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