

Ministère des enseignements secondaire, supérieur
et de la recherche scientifique

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple – Un État – Une Foi



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



Année Universitaire: 2007-2008

N°.....

THÈSE

**ÉVALUATION DU SYSTÈME RÉFÉRENCE/
ÉVACUATION
GYNÉCO-OBSTÉTRICALE
À L'HÔPITAL SOMINÉ DOLO DE MOPTI**

Présentée et soutenue publiquement le 2008

PAR

Mr Kounindiou DOLO

Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY:

Présidente : Pr. Amadou Ingré DOLO

Membre : Dr. Ibrahima TÉKÉTÉ

Membre: Dr. Binta KÉITA

Directeur: Dr. Niani MOUNKORO

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

<u>DOYEN</u> :	Anatole TOUNKARA PROFESSEUR
<u>1^{er} ASSESSEUR</u> :	Drissa DIALLO MAITRE DE CONFÉRENCES
<u>2^{ème} ASSESSEUR</u> :	Sékou SIDIBÉ MAITRE DE CONFÉRENCES
<u>SECRÉTAIRE PRINCIPAL</u> :	Yénimégué Albert DEMBÉLÉ PROFESSEUR
<u>AGENT COMPTABLE</u> :	Mme COULIBALY Fatoumata TALL CONTRÔLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARÉ	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARÉ	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histologie-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAÏDARA	Législation

Liste du personnel enseignant par D.E.R. & par grade

▪ D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

Mr Djibril SANGARÉ	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
MrTiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAÏGA	Gynécologie/ Obstétrique

▪ D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégue Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou Koné	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A THERA	Parasitologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARÉ	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie/ Parasitologie entomologie médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

▪ **D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARÉ	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAÏGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KÉITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KÉITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORÉ	Médecine Interne

Mr Siaka SIDIBÉ	Radiologie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Médecine Interne
Mr Mamady KANÉ	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBÉ Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORÉ Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATÉ	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CLISSÉ	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTÉ	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Boulkassoum HAÏDARA	Législation
Mr Alou KÉITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARÉ	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANÉ	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAÏGA	Législation
Mr Ousmane KOÏTA	Parasitologie Moléculaire

- **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURÉ Santé Publique
 Mr Adama DIAWARA Santé Publique
 Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
 Mr Massambou SACKO Santé Publique
 Mr Alassane A. DICKO Santé Publique
 Mr Mamadou Souncale TRAORÉ Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
 Mr Seydou DOUMBIA Épidémiologie
 Mr Oumar THIÉRO Biostatistique
 Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

- **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA Botanique
 Mr Bouba DIARRA Bactériologie
 Mr Salikou SANOGO Physique
 Mr Boubacar KANTÉ Galénique
 Mr Souleymane GUINDO Gestion
 Mme DEMBÉLÉ Sira DIARRA Mathématiques
 Mr Modibo DIARRA Nutrition
 Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
 Mr Mahamadou TRAORE Génétique
 Mr Yaya COULIBALY Législation
 Mr Lassine SIDIBÉ Chimie-Organique

- **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA Bromatologie
 Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
 Pr. Lamine GAYE Physiologie
 Pr. Mounirou CISSE Hydrologie
 Pr. Amadou Papa DIOP Biochimie

DIDICAGES ET REMERCIEMENTS

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

- **A mon Père** : ABINOM DOLO

Tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et de franchise dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice, et le respect de soit.

Puisse cette thèse soit un témoin de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

Que Dieu te donne santé et longévité. Amen.

- **A mes mères** : BALMON DOLO et YADA YALCOUYE

Pour la tendresse et l'affection que j'ai bénéficié de votre part.

- **A mes grand-mères** :

Merci pour vos soutiens et bénédictions. Santé et longue vie à vous.

- **A mes oncles** :

Merci pour le soutien moral, matériel. Soyez en remercié.

- **A mes tantes**

Vous m'avez apporté un grand soutien pendant ces longues années d'étude.

Ce travail est la finition de votre solidarité.

- **A mes frères, sœurs, cousins, et cousines**

Unissons nous et travaillons, l'union fait la force et seul le travail libère l'Homme.

REMERCIEMENTS

- **A DIEU** Le tout puissant, pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce travail. Gloire à toi Allah, car nul ne peut se passer de ton aide.

Le clément et miséricordieux.

- **A tout le corps professoral à la FMPOS**, ce travail est avant tout le votre.

- **Au feu Dr Amagolou Dolo** : merci de m'avoir dirigé les premiers pas dans la pratique de la médecine. Que Allah vous accorde son paradis et que votre âme repose en paix.

- **Au Dr. Famakan Kané** : Nous avons été touché de la gentillesse et de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Votre grande qualité de praticien fait de vous un modèle dans le domaine de la gynécologie obstétrique.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

- **Au Dr Adama Drabo** : vous avez été un frère, un ami, un maître incontestable. Votre soutien tant matériel que moral ne m'ont jamais fait défaut. Votre souci constant du bon déroulement de ce travail l'atteste. Puisse-t-il être une source de fierté pour vous. Puisse Allah vous accorder santé, longue vie, Amen.

- **Aux docteurs : Traoré, Kéita, Diallo, Touré, Guindo, Sidibé, Bouchratou** : nous avons bénéficié de vos expériences professionnelles, soyez ici en remercié.

- **A la brigade cubaine de l'HSD de Mopti** : merci pour vos enseignements.

- **La famille DOLO** à : Sangha, Bandiagara, Ségou, Sikasso et Bamako.

- **Aux docteurs** : Saye, Guirou, Coulibaly, Boré, Koné.

- **A mon oncle Ogoyo DOLO** : ce travail est le fruit de votre soutien matériel, moral et votre enseignement inlassable.

- **A ma tante Salimata DOLO** : ce travail est le fruit de votre effort matériel et moral. Acceptez ici mes reconnaissances et gratitude.

- **A Mr Apené DOUYON** : merci pour tout ce que tu as fait pour le bon déroulement de ce travail.

- **A Mr Ibrahim TAPO et sa famille** : merci de m'avoir accueillie, héberger pendant deux années. Tu m'as considéré comme un frère. Ce travail est le

votre.

- **A Mr THERA et sa famille** : merci pour votre soutien.
- **A mes amis et collègues internes** : merci pour la collaboration sans faille, le soutien matériel et moral. Ce travail est le votre.
- **A mes frères, ami(es), cousins, cousines et collègues** : merci pour la bonne collaboration et le soutien. Ce travail est le votre.
- **A tout le personnel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti** : merci pour la bonne collaboration.
- **Aux personnels du CSRéf, du plan, de la direction régional de la santé, des CSCOM** : merci de m'avoir facilité la collecte des données. Soyez ici en remercié, ce travail est le votre.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENTE DU JURY

Professeur DOLO Amadou Ingré

Professeur titulaire de Gynécologie-Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef de service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Gabriel TOURE

Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO)

Président du Réseau Malien de Prévention de la Mortalité Maternelle (RPMM)

Père fondateur de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves

Nous avons été impressionnés dès notre premier contact avec vous.

Vous êtes un homme en qui la supériorité intellectuelle s'allie à la noblesse de caractère.

Votre esprit de recherche, le talent de votre parole, la finesse de votre réflexion, votre mémoire prodigieuse associés à vos qualités humaines exceptionnelles font de vous une référence.

Que Dieu vous accorde bonne santé et longévité afin que l'école malienne de Gynécologie Obstétrique soit parmi les meilleures.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur BINTA KEITA

Médecin spécialiste de Gynécologie-Obstétrique

Chef de Division Santé de la Reproduction de la Direction Nationale de la Santé.

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail malgré votre emploi de temps chargé.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un maître admiré et admirable.

Puisse Dieu vous prêter heureuse et longue vie.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR TÉKETÉ Ibrahima

Médecin spécialiste de Gynécologie-Obstétrique.

Maître Assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

Cher Maître,

Nous avons été tous touchés de la gentillesse et de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile en dépit de vos multiples occupations ont permis la réalisation de ce travail.

Votre grande qualité de praticien fait de vous un modèle dans ce domaine.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur NIANI MOUNKORO

Maître Assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Praticien Hospitalier

Gynécologue-Obstétricien en service à l'Hôpital Gabriel TOURE

Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique en fonction au Centre Hospitalier Universitaire CHU de Gabriel TOURE.

Cher maître, votre simplicité et votre modestie font de vous un homme admirable.

Excellent homme de science, vous constituez pour nous un repère par votre rigueur et votre attachement au travail bien fait.

Veillez accepter cher maître nos sentiments d'estime et de respect..

Table des matières

I- Introduction	1
1. Objectif général.....	3
2. Objectifs spécifiques	3
II. GÉNÉRALITÉS	4
1. Système de référence / évacuation dans le cercle de Mopti :	4
1.3. Le mécanisme du financement du système.....	7
2. Les motifs d'évacuation :	8
2.1. Rupture utérine :	8
2.2. Placenta prævia.....	9
2.3. Hématome rétro-placentaire (HRP).....	9
2.4. La pré-éclampsie/éclampsie	10
2.5. Les dystocies	10
2.6 Procidence du cordon :	13
2.7 La souffrance fœtale :.....	13
3- Thérapeutiques obstétricales :	13
3.1 La césarienne :	13
3.2 Le Forceps :	14
3.3 Quelques manœuvres Obstétricales :	14
III. MÉTHODOLOGIE	17
1-Cadre d'étude :	17
1.1. Description de la région de Mopti :.....	17
1.2. Description du cercle de Mopti	18
1.3. Description de l'hôpital régional de Mopti.....	21
2. Type d'étude	24
3. Période d'étude.....	24
4. Population d'étude.....	24
5. Échantillonnage.....	25
5.1. Critères d'inclusion	25
5.2. Critères de non inclusion.....	25
6. Supports.....	25
7. Saisie et analyse des données.....	25
8. Définitions opératoires	25
IV. RÉSULTATS	26
1. Fréquence.....	26
2. Profil socio-démographique.....	27
3. Évacuation.....	31
4. Les antécédents.....	38
5. Les résultats cliniques.....	38
6. Diagnostics retenus	43
7. Mode d'accouchement.....	44
8. Pronostic maternel.....	45
10. Évaluation de la durée d'hospitalisation	50
V. Commentaire et discussion	51
1. Fréquence.....	51
2. Profil socio-démographique.....	51
3. Durée.....	52
4. Les antécédents.....	53
5. Traitements reçus	53
6. Suivi de la grossesse.....	53
7. Examen d'admission	53
8. Diagnostic retenu	54
9. Mode d'accouchement.....	54
10. Pronostic maternel.....	55
11. Pronostic fœtal.....	56
12. Durée d'hospitalisation	56
VI. Conclusion et Recommandations	56
1. Conclusion.....	56

2. Recommandation	57
VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
FICHE D'ENQUÊTE	67

ABRÉVIATION

Liste des abréviations

AMM = Association des Municipalités du Mali
ASACO = Association de Santé Communautaire
BCF = Bruits du Cœur Foetal
CPN = consultation Périnatale
CSCOM = Centre de Santé Communautaire
CSRéf = Centre de Santé de Référence
DFP = Disproportion Foeto-Pelvienne
DNSI = Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
EDM = Energie Du Mali
EDS = Enquête Démographique de Santé
FELASCOM= Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire du Mali
GEU = Grossesse Extra-Utérine
HRP = Hématome Rétro-placentaire
HU = Hauteur Utérine
MAP= Menace d'accouchement prématuré.
MDM = Médecin Du Monde
MSF = Médecin Sans Frontière
PMA = Paquet minimum d'activité
PP = Placenta Prævia
RAC = Réseau Administratif de Communication
RPM = Rupture Prématuré des Membranes
SAGO = Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique
SFA = Souffrance Foetale Aiguë
SOU = Soins Obstétricaux d'urgence

INTRODUCTION

I- Introduction

La mortalité maternelle constitue une des véritables tragédies. Son ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international. Ainsi plusieurs conférences internationales tenues visent à la réduction de ce fléau dont :

- la conférence sur l'initiative pour la maternité sans risque Nairobi 1987 ;
- la conférence internationale sur la population et le développement Caire 1994 ;
- le sommet mondial sur les femmes Beijing 1995 ;
- le sommet mondial pour l'enfance New York 1990.

La situation sanitaire au Mali est caractérisée par un taux élevé de mortalité maternelle et une forte mortalité infantile. L'enquête (EDSIII Mars 2003) a trouvé un taux de mortalité maternelle estimé à 582 p 100000 naissances vivantes et un taux de mortalité infantile à 123 p 100 000 et moins de 40% des naissances sont prises en charge par un personnel qualifié. Maguiraga dans sa thèse [29] a trouvé par la méthode des sœurs que le taux de Mortalité maternelle au Mali était de 1058,49 p 100 000 femmes en âge de procréer (1996).

Les causes directes de ces décès maternels sont connues. Il s'agit des hémorragies, des complications hypertensives, des infections, des accouchements dystociques et les complications des avortements. En plus toute femme en grossesse peut développer une complication sans qu'il ne soit possible de prédire avec exactitude celles qui présenteront effectivement ces complications. Pourtant des solutions techniques efficaces existent pour réduire significativement la mortalité maternelle et infantile. Cela dépend en grande partie de l'accès des femmes aux services dispensant les soins obstétricaux d'urgence et à la rapidité dans la prise en charge des urgences obstétricales. Le gouvernement de la république du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population en 1990 pour réduire ces problèmes. Dans cette lancée la mise en place des systèmes de référence entre dans les

stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

L'application de la politique sectorielle de santé et de population a abouti à la mise en place des CSCOM encadrés par des centres de santé de référence. L'organisation de ce système se heurte à un certain nombre de problèmes : l'accès des malades au centre de référence et la prise en charge rapide des urgences, l'inadéquation des soins obstétricaux d'urgence ; l'accessibilité financière des patients aux soins, la disponibilité d'un personnel qualifié.

La politique sectorielle de santé et de population au Mali préconise une décentralisation du système de santé avec participation effective des communautés dans la gestion et le financement. Pour cela elle met l'accent sur la promotion des soins de santé primaire.

L'objectif majeur de cette politique est la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cette situation au Mali est aggravée par des disparités de plus en plus grandes entre les niveaux central et périphérique.

Face à cette situation, les autorités sanitaires du pays ont mis en place un système de référence/évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux en prenant compte des aspects techniques organisationnels de communication logistique et financier pour faciliter l'accès aux soins des populations. La mise en œuvre de ce système permettra d'améliorer la couverture des besoins obstétricaux.

Pour le cercle de Mopti, le système de référence/évacuation organisé a débuté en 2005 et il n'y a pas eu d'étude d'évaluation de ce système.

C'est ainsi que le présent travail se propose d'évaluer le système de référence / évacuation à l'hôpital régional de Mopti en se fixant les objectifs suivants.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif général

Étudier le système de références/évacuations obstétricales à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

2. Objectifs spécifiques

- a- Déterminer la fréquence des évacuations obstétricales à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti ;
- b- Préciser les motifs des évacuations obstétricales ;
- c- Déterminer les conditions d'évacuation ;
- d- Déterminer le pronostic maternel et fœtal.

GÉNÉRALITÉS

II. GÉNÉRALITÉS

1. Système de référence / évacuation dans le cercle de Mopti :

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

La référence : c'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée.

La société Africaine de gynécologie-obstétrique (SAGO) lors de sa conférence biennale tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes :

La référence : concerne une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse.

L'évacuation : concerne une parturiente ou une gestante adressée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge urgente.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes dans nos régions. Le pronostic maternel et foetal est réservé.

Ce pronostic dépend :

- du suivi correct de la grossesse ;
- de la prise en charge des parturientes dans les centres de santé (CSCOM) ;
- l'accessibilité géographique des centres de santé de référence (cercle) ;
- des moyens logistiques, matériels et financiers.

Selon Maine D et col [20] il y a 3 types de retards qui aggravent le pronostic maternel et foetal :

- le 1^{er} retard : c'est le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) ;
- le 2^{eme} retard : c'est le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences ;

- le 3^{ème} retard : c'est le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 2000, la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé. La participation effective de la communauté au financement et à la gestion des centres de santé. La population se regroupe au tour d'une association appelée ASACO (association de santé communautaire) pour le financement et la gestion du CSCOM (centre de santé communautaire).

Le CSCOM est le 1^{er} échelon offrant le paquet minimum d'activité (PMA), il est géré par l'ASACO, composée de délégués représentant la population des villages d'une aire de santé bien déterminée.

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

La spécificité du cercle de Mopti (chef lieu de région) est la présence de l'hôpital régional, ce qui explique les particularités de l'organisation du système référence/évacuation par rapport aux autres cercles de la région.

1.1. Évacuation avant le démarrage du système référence/évacuation

Avant le démarrage du système, les évacuations obstétricales à Mopti étaient caractérisées par :

- le transport direct des parturientes, des CSCOM à l'hôpital régional sans support conventionnel et à des coûts élevés. Ce transport se caractérise par :
 - ⇒ la rareté de moyen de transport moderne ;
 - ⇒ l'état défectueux des véhicules et les pannes fréquentes ;
 - ⇒ le coût élevé du transport.

Ce transport est rendu difficile à cause du mauvais état des pistes entre les CSCOM et le centre de référence, la crue du fleuve pendant l'hivernage et l'inexistence des moyens de communication.

- ⇒ le coût élevé de l'ordonnance pour une césarienne estimé à plus de 60000 F CFA. Ce coût n'était pas à la portée de toutes les familles d'où le long

temps (plusieurs heures) observé souvent avant la prise en charge des urgences.

1.2.Évacuation après la mise en place du système référence/évacuation

Le démarrage effectif du système référence/évacuation a eu lieu pour le cercle de Mopti en octobre 2005.

Toutes les parturientes référées ou évacuées par les CSCOM sont directement conduites à l'hôpital régional où elles sont accueillies en priorité et ont un accès direct à la salle d'accouchement sur présentation de la fiche de référence/évacuation dûment signée. Le circuit de l'évacuation est le suivant :

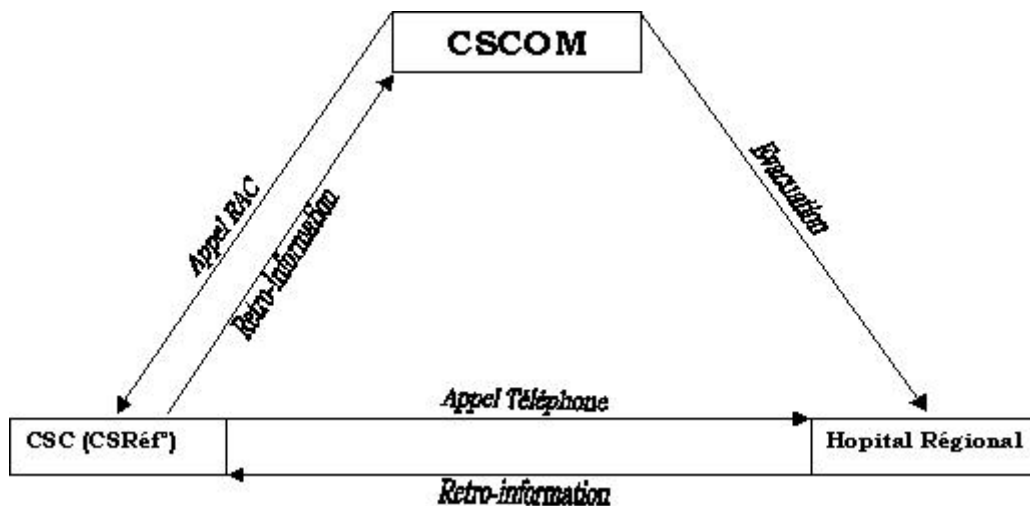


Figure 1 : système de référence/évacuation.

Le CSCOM qui évacue sur décision du chef de poste médical saisit le centre de santé de référence par RAC afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le chef de poste dans son message RAC donne des précisions sur la nature de la pathologie. Le centre de santé de référence informe par téléphone la maternité de l'hôpital de l'arrivée de la patiente dans les prochaines heures. La malade est directement évacuée sur l'hôpital, accompagnée de sa fiche d'évacuation et du partogramme. A l'arrivée de la parturiente un examen obstétrical est effectué par la sage-femme et l'interne de garde appuyés par le gynécologue-obstétricien.

En cas d'intervention chirurgicale le kit de césarienne est disponible à tout moment et gratuit pour la famille.

S'il n'y a pas d'indication opératoire, la sage-femme et l'interne de garde gèrent la situation sur recommandation du gynécologue-obstétricien.

Le gynécologue-obstétricien établit une fiche de rétro - information, qui sera transmise au Médecin-chef du CSRéf, qui à son tour envoie une copie au CSCOM concerné.

Le CSRéf joue le rôle de coordinateur du système de référence/évacuation.

NB : Au plus grand bonheur de la parturiente et de sa famille, l'évacuation est gratuite pour le cercle de Mopti ainsi que la césarienne.

1.3. Le mécanisme du financement du système

Afin d'assurer le bon fonctionnement du système et une prise en charge rapide des malades, une caisse de solidarité est mise en place. Cette caisse qui est alimentée à partir des cotisations versées par les municipalités, les ASACO, les CSRéf et l'hôpital régional, sert à assurer uniquement le transport des malades. La prise en charge chirurgicale étant faite par l'état donc gratuite pour la parturiente et sa famille.

Trois comités sont mis en place pour une meilleure gestion de la référence/évacuation. Il s'agit :

- **Un comité de surveillance** : composé de :

- deux membres de la FELASCOM ;
- deux représentants du CSRéf (Médecin-chef et chef de service du développement social et de l'économie solidaire) ;
- un représentant de l'hôpital ;
- deux représentants de l'AMM (Association des Municipalités du Mali) ;
- le président du conseil de cercle.

Ce comité de surveillance a comme mission de :

- ⇒ collecter les cotisations ;
- ⇒ faire trimestriellement le bilan du système ;
- ⇒ analyser les difficultés rencontrées ;
- ⇒ proposer des solutions en vue d'une amélioration du système ;
- ⇒ mettre en place le comité de gestion et procéder au contrôle périodique dudit comité.

Le comité de surveillance se réunit une fois par trimestre.

• **Un comité de gestion** : composé de :

- deux membres du centre de santé de cercle ;
- le président de la FELASCOM ;
- le président du conseil de cercle ;
- un membre de l'AMM ;
- le directeur de l'hôpital ;

Il assure le suivi quotidien du système. Le comité de gestion se réunit une fois par mois.

• **Un comité de recouvrement** : qui a pour mission de veiller au recouvrement régulier des différentes cotisations.

Ce comité est composé :

- du préfet du cercle ;
- du président du conseil de cercle ;
- des maires ;
- des sous préfets ;
- du président de la FELASCOM.

Les cotisations doivent être versées avant le début de chaque trimestre.

2. Les motifs d'évacuation :

2.1. Rupture utérine :

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

Parmi ces causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines ;
- les anciennes déchirures du col ;
- les obstacles prævia ;
- les présentations anormales ;
- les dystocies mécaniques ;
- les dystocies dynamiques.

Il s'agit d'une extrême urgence.

La laparotomie est obligatoire pour son traitement

2.2. Placenta prævia.

C'est l'insertion du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus.

Lors du saignement, la rupture des membranes a 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 expose le plus souvent le fœtus à la prématurité.

2.3. Hématome rétro-placentaire (HRP)

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

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

- les troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par défibrillation, moins rares, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elles entraînent.
- la nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro – placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.
- thrombophlébites des suites de couches.

2.4. La pré-éclampsie/éclampsie

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce de la pré-éclampsie dont l'éclampsie est une des complications majeures. L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes 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, au cours du travail, rarement dans les suites de couches.

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

2.5. Les dystocies

2.5.1. Les dystocies d'origine fœtale

2.5.1.1. La disproportion fœto-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 4.000g à défaut d'échographie [9]. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne [9].

2.5.1.2. Les présentations dystociques :

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

2.5.1.2.1. La présentation du siège :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12 % selon Delecour M. [9], 18 % au centre de Foch.

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

2.5.1.2.2. La présentation de la face :

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a 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 celui du fœtus est réservé.

2.5.1.2.3. 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 plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne.

2.5.1.2.4. La présentation transverse/oblique :

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

2.5.2. Dystocies d'origine maternelle :**2.5.2.1 La dystocie dynamique :**

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir :

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

Les dystocies secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

2.5.2.2 Bassins pathologiques :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie.

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

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

Pour un enfant de poids normal si :

le diamètre promonto-rétro pubien a moins de 8cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose ;

Si le diamètre promonto-rétro pubien est entre 8 – 9 cm, il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- o La femme doit être en travail
- o Le col dilaté (3 à 4cm)
- o La présentation doit être céphalique.

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit faire 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 sera de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne. Les dystocies peuvent être responsables :

- Chez la mère de :
 - rupture utérine
 - hémorragie de la délivrance
 - travail prolongé avec infection du liquide amniotique

- Chez le fœtus :
 - Souffrance fœtale ;
 - Mort fœtale in utero ;
 - Mortalité néonatale précoce.

2.6 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'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que les cordons non-battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus.

2.7 La souffrance fœtale :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal ; elle est suspectée aussi par découverte d'un liquide amniotique méconial.

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

3- Thérapeutiques obstétricales :

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 est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. 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 bassins généralement rétrécis ;
- ✓ Le placenta prævia hémorragique ;

- ✓ Les présentations dystociques ;
- ✓ L'éclampsie et la pré-éclampsie ;
- ✓ L'hématome rétro-placentaire.

Nous avons d'autres indications comme :

- ✓ La Procidence du cordon ;
- ✓ La disproportion fœto-pelvienne ;
- ✓ L'excès du volume fœtal ;
- ✓ L'utérus cicatriciel plus bassin limite ;
- ✓ Les bassins asymétriques ;
- ✓ La souffrance fœtale ;

3.2 Le Forceps :

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

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

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

3.3 Quelques manœuvres Obstétricales :

3.3.1 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 médium 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 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).

3.3.2 La manœuvre BRACHT :

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions 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.

3.3.3 La grande extraction du Siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction 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 saisi le pied le plus facilement accessible ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décomplète il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} Temps : L'accouchement du Siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bi trochantérien dans le 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 postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} 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^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est 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 antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras antérieur 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^{ème} Temps : Accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce temps particulièrement indiquée.

METHODOLOGIE

III. MÉTHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti au service de gynécologie Obstétrique.

1.1. Description de la région de Mopti :

- Caractéristiques générales de la région de Mopti :

La région de Mopti, d'une superficie de 79017 km², est la 5^{eme} région administrative du Mali. La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

La région de Mopti est divisée en deux grandes zones agro – écologiques, qui sont :

La zone exondée : située en grande partie à l'Est et comprenant les cercles de Bankass, Bandiagara et Koro ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, Mopti et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la partie montagneuse et rocheuse (Bandiagara) et la partie de la plaine.

La zone inondée ou le delta intérieur du Niger : est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 1 816090 habitants, soit plus de 15 % de la population totale du Mali. La plupart des ethnies y sont représentées : 26 % de Bambara, 23 % de Peulh et Diaoulamé, 18 % de Songhoï, 11 % de Bozo, 9 % de Dogon.

Le taux d'accroissement de la population pour l'année 2006 est de 1,30 %. Près de 50 % de la population de cette région a moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale. Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture, de l'élevage, du commerce et du tourisme.

L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du Niger. Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région semble être en croissance, largement grâce au tourisme. La région dispose, en effet, des sites touristiques les plus fréquentés au Mali qui sont Djenné et sa grande Mosquée, le pays Dogon et Mopti la Venise malienne.

En terme d'infrastructures de communication, la région de Mopti dispose de réseau routier, bien développé dans la zone exondée rendant accessible une grande partie de la région toute l'année. Tous les cercles disposent de radios rurales FM. Notons tout de même les difficultés d'accès de la zone inondée en période de crue même si les pinasses assurent à grands frais les transports de passagers et marchandises le long du fleuve.

La société civile de la région est marquée par un grand nombre d'associations ou de groupements souvent peu fonctionnels et ne disposant que de capacités limitées. Il existe également une soixantaine d'ONG de profils variables. La région compte au total 108 communes dont 5 urbaines et 103 rurales. Ces communes regroupent plus de 2000 villages et plusieurs fractions nomades. Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et mises en place depuis 1999 dans la politique de décentralisation du Mali.

1.2. Description du cercle de Mopti

1.2.1. Historique

1.2.1.1. Fondation

La ville de Mopti est fondée par Kiffou Nassiré qui habitait à l'emplacement actuel de l'hôtel Kanaga de Mopti, il pratiquait la pêche tout le long du fleuve Niger.

Kiffou Nassiré est originaire du village de Sina, situé à huit (8) km de Mopti. Il a accueilli à Mopti Assékou Touré et Yawo Kanta.

Assékou, commerçant originaire de Seiry dans le cercle de Niafunké pratiquait le commerce entre Tombouctou et Djenné.

Yawo Kanta (nom de famille en réalité Keïta) est un chasseur venu du mandé qui a trouvé hospitalité auprès de Kiffou Nassiré.

1.2.1.2. Évolution historique

Tous les empires et royaumes qui se sont succédés sur le territoire actuel du Mali ont influencé la vie politique et économique des populations qui habitent aujourd'hui le cercle de Mopti. Les influences les plus marquantes sur le cercle de Mopti ont été celles des empires Songhoï et Peulh du Macina, Sékou Amadou, fondateur de la Dîna a démocratisé la vie politique dans le Macina, par l'institution des organes législatif, exécutif et judiciaire. La capitale de l'empire du Macina était Hamdallaye, commune de Soufouroulaye, cercle de Mopti.

A la suite de la domination coloniale française, le cercle de Mopti a été créé en 1918.

Les villes de Bamako, Kayes, Ségou et Mopti accédèrent au statut de commune de plein exercice en 1919.

Depuis l'indépendance, Mopti est la capitale de la cinquième région administrative du Mali.

1.2.2. Aspects géographiques

Superficie : le cercle de Mopti couvre une superficie de 7 262 Km².

Limites : il est limité :

- Au Nord par les cercles de Youwarou et Niafunké ;
- Au Sud par le cercle de Djenné ;
- A l'Ouest par le cercle de Tenenkou ;
- A l'Est par les cercles de Bandiagara et Douentza.

Relief : il comporte deux zones, l'une basse englobant les principales plaines et l'autre haute centrée sur le plateau Dogon.

Hydrographie : Le réseau hydrographique est dominé par le fleuve Niger qui reçoit son affluent le Bani au niveau de Mopti et le Yamé au niveau de Konna, l'affluent Koli-koli alimente le lac Korientzé qu'il relie au lac Debo.

La circonscription se trouve divisée en deux zones géographiques bien distinctes :

- une zone exondée sur 2/3 de la superficie ;

- une zone inondée occupant le 1/3 de la superficie du cercle, d'accès difficile où le moyen de déplacement demeure exclusivement la pirogue ou la pinasse.

Ce qui pose au niveau du cercle la plus grande contrainte à la fréquentation des services de santé en période de crue du fleuve qui dure six à huit mois de l'année.

1.2.3. Données démographiques

Population totale : 324132 habitants en 2006 (DRPSIAP-M, Mars 2006, base DNSI 1998)

Hommes : 160239

Femmes : 163893

Densité : 35 hbts/km².

Principales Ethnies : Peulh, Bambara, Bozo, Dogon, Somono, Songhoï, Mossi et Sarakolé.

Population par tranche d'âge

Le nombre d'enfants de moins de 1 an: 12965

Les enfants de 1 à 4 ans sont au nombre de 45378

- 90757 ont entre 5 à 14 ans

- 175 032 ont plus de 15 ans

- Les femmes en âge de procréer sont au nombre de 77791

- le nombre de grossesse attendue est de 16207.

- le nombre de complication attendue est de 324.

Découpage sanitaire : le cercle de Mopti compte :

- un centre de santé de référence (csréf) et un hôpital régional ;

- vingt trois centres de santé communautaire.

1.2.4. Économie

Elle est essentiellement dominée par l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce, l'artisanat et le tourisme.

1.3. Description de l'hôpital régional de Mopti

L'hôpital de Mopti baptisé hôpital **Sominé DOLO le 1^{er} Mai 1995**, est excentré par rapport au cœur de la ville et des activités à forte densité de population. Situé dans une zone administrative, son accessibilité est rendue difficile par l'unique accès que constitue la route à double sens mais d'une largeur insuffisante pour permettre le croisement de deux véhicules. Celle-ci est construite sur la levée en bordure du fleuve longée de grands arbres.

1.3.1. Le terrain

L'hôpital est bâti sur un terrain d'une superficie totale de 2,9 hectares situé dans une zone inondable au bord du fleuve Niger. Le terrain est divisé en 4 zones fonctionnelles distinctes. Les parties Nord et Sud sont réservées aux logements d'astreinte (le logement du chirurgien au Nord et ceux du directeur et du gynécologue - obstétricien au Sud) ; la partie Est constitue la réserve foncière non viabilisée (cette partie est un bas fond à -1,5 m du niveau du sol de la partie construite de l'hôpital). La partie centrale Ouest est occupée par les services techniques de l'hôpital. La partie viabilisée du terrain est sécurisée au Nord, Sud et Ouest par un mur et à l'Est par un grillage. La partie non viabilisée est plantée d'arbres.

L'hôpital dispose d'une adduction d'eau de la ville et d'un château d'eau hors d'usage. Il possède un branchement électrique de l'Energie du Mali (EDM) et dispose d'un groupe électrogène de 82 KVA.

1.3.2. Les bâtiments

Les bâtiments sont construits sur un remblai de 2 mètres d'épaisseur et occupent plus de la moitié du terrain sur la partie avant (du côté de l'entrée de l'hôpital). La partie arrière du terrain est inondable sur plus du tiers de sa superficie (soit environ 1 hectare).

Les différents services de l'hôpital sont répartis dans des bâtiments de type pavillonnaire à rez-de-chaussée ou à un étage, le bloc technique occupant une position centrale.

L'hôpital a fait l'objet de travaux ponctuels d'amélioration et d'extensions successives au gré des financements disponibles. Il a fait l'objet d'une rénovation en 1986 par Médecins du Monde (MDM) qui a modifié la distribution intérieure des locaux. Elle a concerné principalement la

disposition actuelle de l'hospitalisation, la création de bureaux dans le pavillon de chirurgie et le morcellement du bloc technique. Au cours des dernières années, les investissements en terme d'infrastructures ont été limités. Toute fois, des travaux de réaménagement du bloc opératoire, du service d'ophtalmologie et des urgences ont été effectués de 2001 à 2003 par MSF et MDM.

L'hôpital est constitué de 4 bâtiments principaux qui sont :

- Le pavillon de Médecine/pédiatrie sur 2 niveaux d'une surface totale utile de 430 m² comprenant :
 - les salles d'hospitalisation de Médecine et de pédiatrie ;
 - le service d'ophtalmologie ;
 - le bureau de consultation de la pédiatrie ;
 - le bureau de consultation médicale ;
 - le bureau pour le concelling ;
 - la salle de garde et de soin ;
 - des toilettes ;
 - les salles de garde des chauffeurs et du personnel de surface.

- Le pavillon de chirurgie sur 2 niveaux d'une surface totale utile de 390 m² composé de :
 - les salles d'hospitalisation de la chirurgie générale : 3 grandes salles ventilées, équipées de 5 lits chacun et 2 petites salles. Une grande salle ventilée, équipée de 6 lits pour les opérées de fistules et enfin une salle ventilée de 2 lits pour les opérées de l'adénome de la prostate.

Le service de gynécologie-obstétrique logé dans le même pavillon que le service de chirurgie composée d'une grande salle ventilée équipées de 5 lits et 2 petites salles climatisées équipées chacune de 2 lits.

 - le bureau du gynécologue - obstétricien ;
 - la salle de garde des sages femmes ;
 - le bureau du chirurgien ;

- la salle de garde des anesthésistes ;
 - le bureau du surveillant général ;
 - la salle de garde des infirmiers ;
 - la salle de pansement ;
 - deux(2) toilettes à l'étage.
- Le bloc technique sur un niveau d'une surface utile d'environ 350 m² comprenant :
- le bloc opératoire (deux salles d'opérations : une septique, une aseptique) ;
 - la salle d'accouchement ;
 - la salle réservée aux soins intensifs ;
 - la salle de garde des infirmiers du bloc opératoire ;
 - le laboratoire ;
 - la radiologie ;
 - le cabinet dentaire.
- Le bâtiment administratif d'une surface totale utile de 255 m² comprenant :
- le bureau du Directeur Adjoint ;
 - le bureau de consultation médicale ;
 - le bureau de la comptabilité ;
 - le bureau de consultation chirurgicale ;
 - le bureau des entrées ;
 - la salle des urgences (1 salle de soins et 1 salle de garde).

Ces bâtiments de type colonial, construits dans les années 50, construits sur du remblai, certains murs de séparation des locaux, notamment dans le bloc technique, présentent des fissures.

L'hôpital est constitué de bâtiments secondaires à rez-de-chaussée, de construction plus récente, de moindre importance par leur taille ou l'intérêt de leur structure, et qui constituent des services complémentaires et les services généraux.

Ce sont :

- le bâtiment de la direction générale d'une surface totale utile de 55 m² abritant le bureau du directeur général, le secrétariat et la salle d'échographie.
- le bâtiment abritant la buanderie, la pharmacie, la salle informatique et la cuisine d'une surface totale utile de 255 m².
- le bâtiment abritant le bureau de consultation de MDM pour les fistules uro-génitales et la morgue d'une surface totale d'environ 120 m².
- les auvents abritant les cuisines des accompagnants d'une surface totale d'environ 60 m².
- les hangars abritant les accompagnants d'une surface totale d'environ 300 m² ainsi que des blocs de latrines.

Ces bâtiments disséminés sur le pourtour des pavillons et du bloc technique pourront être réhabilités et réaménagés. En dehors des infrastructures de l'hôpital, les 3 logements de fonctions d'une surface totale d'environ 355 m² nécessitent également des rénovations.

Les infrastructures de l'hôpital Sominé DOLO représentent au total une surface utile d'environ 2850 m² pour une surface hors œuvre d'environ 3 225 m².

Le service de Gynécologie - obstétrique a quatre jours de consultation externe et un jour d'activité chirurgicale. La visite des malades hospitalisées a lieu tous les jours ouvrables après le staff.

2. Type d'étude

Notre travail est une étude longitudinale, descriptive et prospective.

3. Période d'étude

Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006, soit une période de 12 mois.

4. Population d'étude

Il s'agit de toutes les patientes admises en salle d'accouchement.

5. Échantillonnage

5.1. Critères d'inclusion

Toutes les patientes portant une grossesse de 28 SA au moins adressées en urgence par un centre de santé et admise en salle d'accouchement de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti qu'elles aient accouchées en cours de route ou en salle d'accouchement.

5.2. Critères de non inclusion

- Les femmes évacuées pour avortement ;
- Les femmes évacuées pour GEU ;
- Les femmes venues d'elles mêmes.

NB : notre étude a porté sur 417cas d'évacuation.

6. Supports

Le recueil de données a été fait à partir de la lecture des dossiers obstétricaux, du carnet de consultation prénatale, du registre d'accouchement, du registre de référence/évacuation, du registre de la césarienne, du registre des urgences obstétricales, du registre de décès maternel et des supports d'évacuation (fiche d'évacuation, partogramme).

7. Saisie et analyse des données

Les données ont été enregistrées sur la fiche d'enquête, traitées et analysées par SPSS 12.0. Le traitement de texte a été fait par Word 2003 ; les figures et les tableaux par Excel 2003.

8. Définitions opératoires

Travail prolongé :

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

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

RISULTATS

IV. RÉSULTATS

1. Fréquence

Tableau I : Répartition des évacuées du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2006.

Mois	Évacuées	Fréquence (%)
Janvier	38	9,11
Février	28	6,71
Mars	30	7,19
Avril	28	6,71
Mai	42	10,07
Juin	38	9,11
Juillet	23	5,51
Août	36	8,63
Septembre	32	7,67
Octobre	51	12,23
Novembre	31	7,43
Décembre	40	9,59
Total	417	100

Il y avait une répartition presque similaire du nombre d'évacuation au cours de l'étude.

2. Profil socio-démographique

Pourcentage (%)

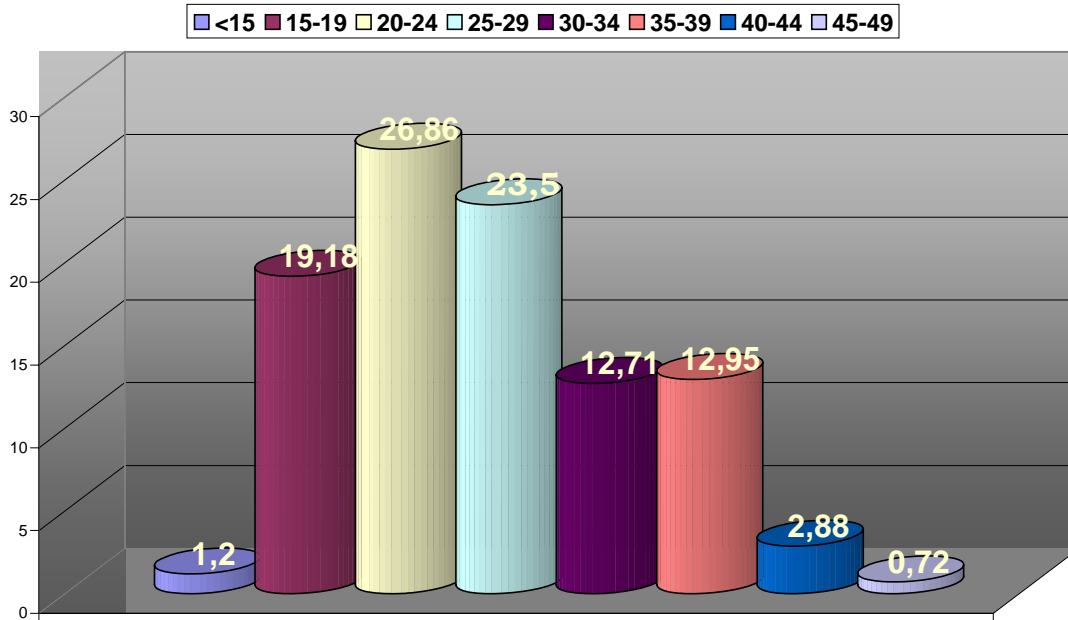


Figure 2 : Répartition des évacuées en fonction de la tranche d'âge.

La plus jeune patiente avait 14 ans et la plus âgée 44 ans.

L'âge moyen était de 29 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-24 ans avec 26,86 % des cas.

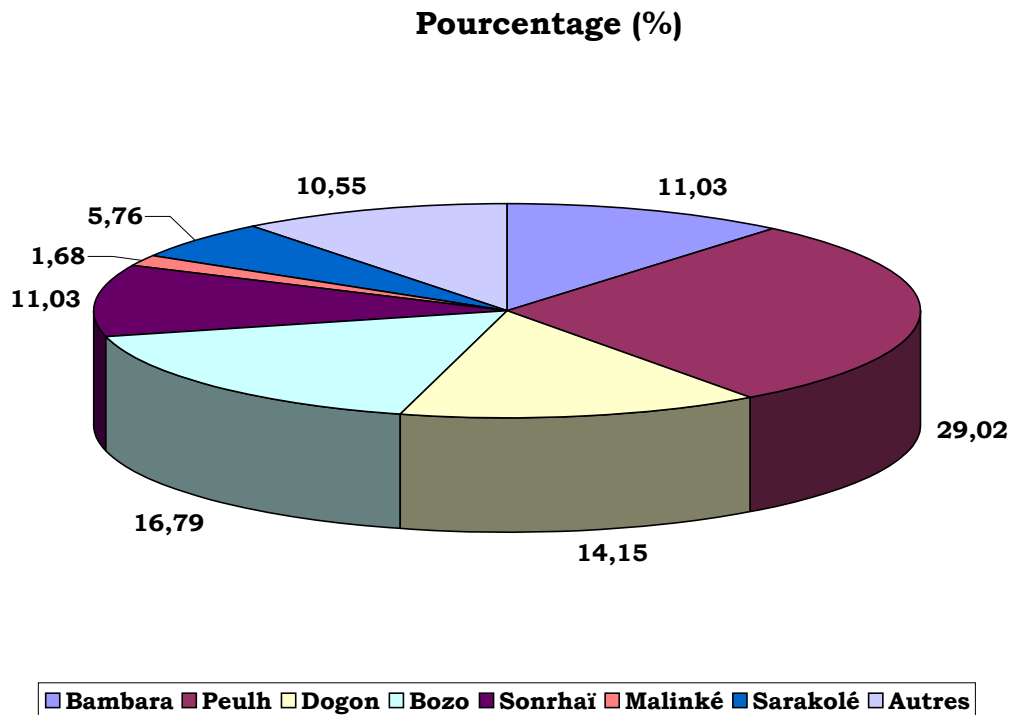


Figure 3 : Répartition des évacuées en fonction de l'ethnie.

L'ethnie Peulh a été plus représentée au cours de l'étude sur la référence évacuation.

Tableau II: Répartition des évacuées en fonction de la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménagère	380	91,13
Vendeuse	18	4,32
Fonctionnaire	7	1,68
Élève	9	2,16
Coiffeuse	3	0,72
Total	417	100

Les ménagères ont été plus évacuées durant notre période d'étude.

Tableau III : Répartition des évacuées en fonction de la provenance

Provenance	Effectifs	%
CSRéf/Mopti	140	33,57
ASCOTAMB	55	13,18
CSCOM/ Sévaré III	37	8,87
CSCOM/ Sévaré II	24	5,75
CSCOM/ Konna	23	5,51
CSCOM/ Fatoma/Somadougou	13	3,11
CSCOM/ Médina-Coura	11	2,63
CSRéf/Bankass/CSCOM Dialoubé/Diambacourou/Korientzé	8	1,91
CSCOM/ Socoura/Soufouroulaye/Sindégué	7	1,67
CSCOM/ Goundaka/Sofara/Niankongo	6	1,43
CSRéf/ Douentza	4	0,95
CSCOM/Kakagna/Severy/N'Gouma/Maternité du camps	3	0,71
CSCOM/ Soye/Kontza	2	0,47
CSRéf/Djenné/Bandiagara/Cscom	1	0,23
Borko/Toguerè/Kadial/Pel/Yougonsiré/Koubaye/Cabinet		
Duflot/Hôpital Mali Gavardo		
Total	417	100

Les évacuées au cours de cette étude venaient pour la majorité des cas du CSRéf de Mopti.

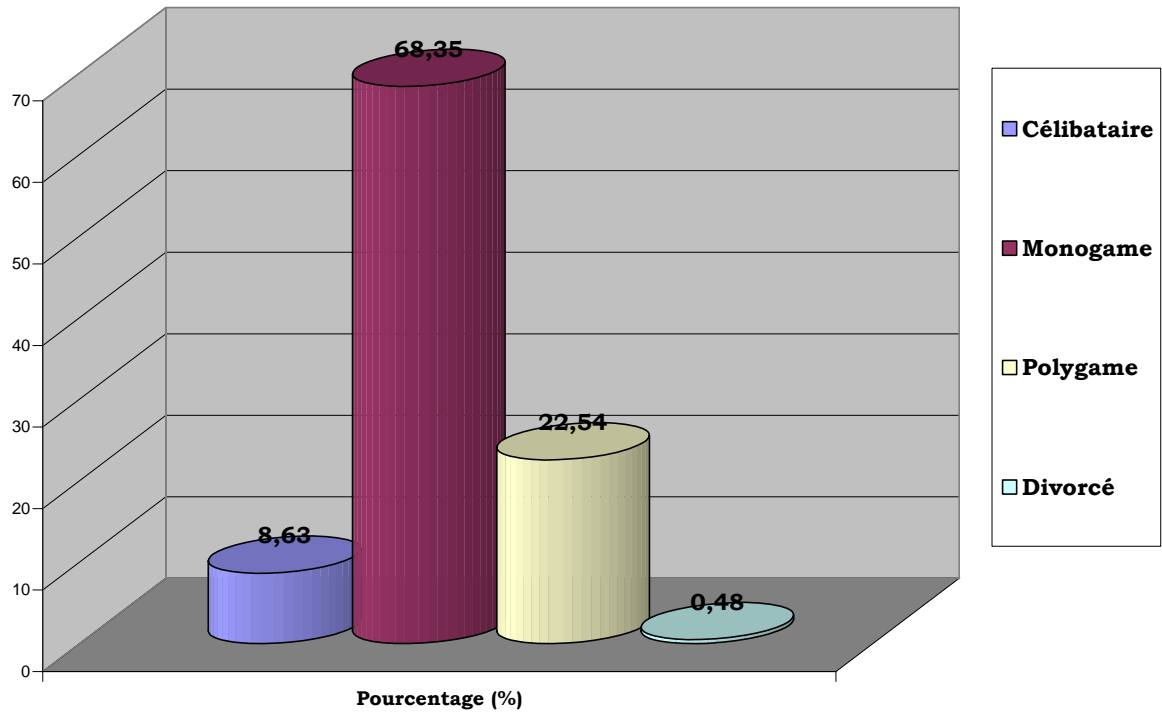


Figure 4 : Répartition des évacuées en fonction du statut matrimonial.

Les femmes monogames étaient plus nombreuses dans cette étude.

Tableau IV : Répartition des évacuées en fonction du niveau d'instruction.

Instruction	Effectifs	Pourcentage (%)
Primaire	41	9,83
Secondaire	10	2,40
Supérieure	0	0
Alphabétisation	1	0,24
Non instruite	363	87,05
Medersa	2	0,48
Total	417	100

Les femmes non instruites étaient très nombreuses parmi les évacuées.

3. Évacuation

Tableau V : Répartition des évacuées en fonction de l'utilisation de la fiche d'évacuation.

Utilisation de fiche d'évacuation	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	278	66,67
Non	139	33,33
Total	417	100

66,67 % des évacuées étaient accompagnés de fiche d'évacuation.

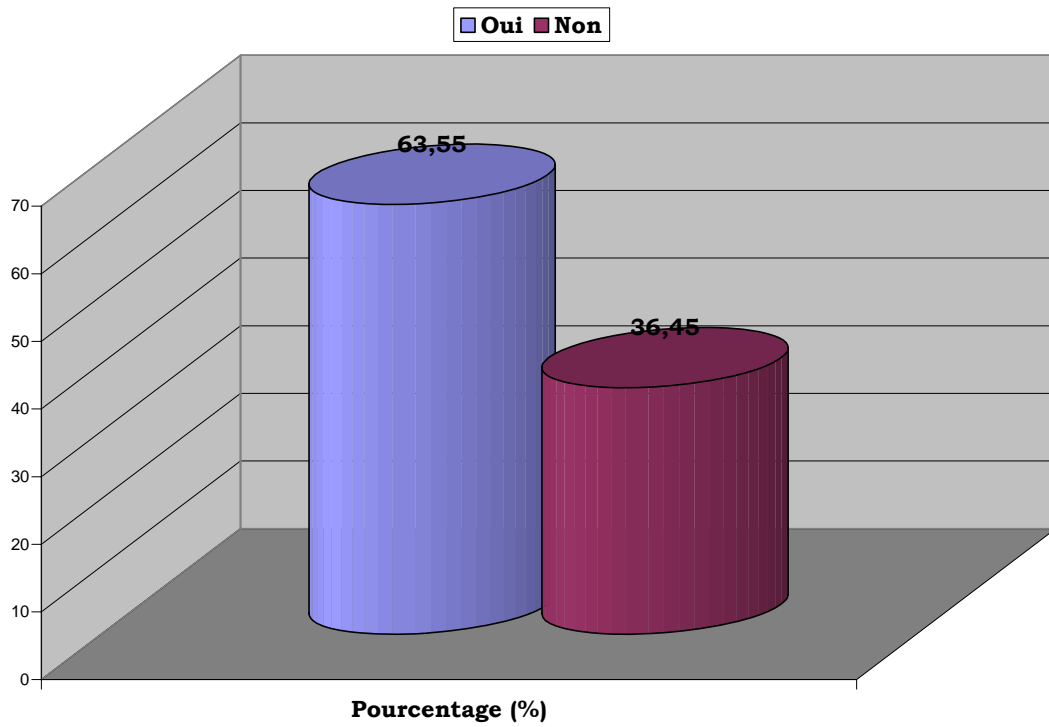


Figure 5 : Répartition des évacuées accompagnées ou non d'un partogramme.

Dans plus de 36 %, le partogramme n'a pas été utilisé.

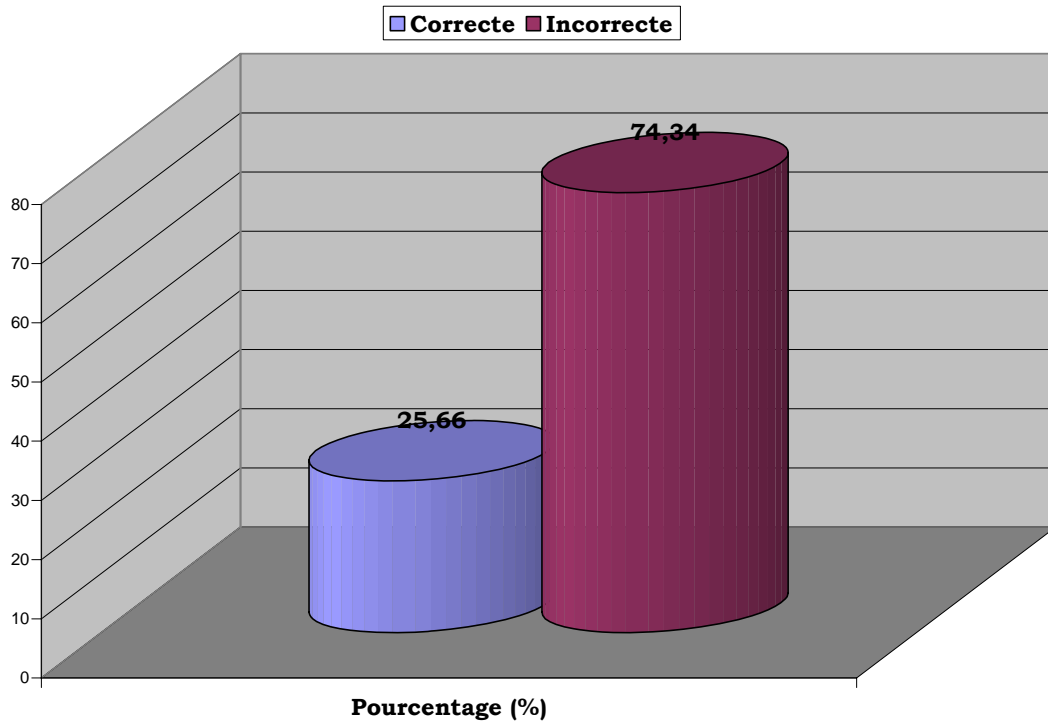


Figure 6 : Répartition des évacuées en fonction de l'utilisation du partogramme

Dans plus de 74 % des cas, le partogramme a été mal utilisé.

Tableau VI : Répartition des évacuées en fonction de la durée d'évacuation.

Durée d'évacuation en heure	Effectifs	Pourcentage (%)
imprécise	228	54,68
0-1 heure	109	26,14
1-2 heures	45	10,79
2-3 heures	8	1,92
3-4 heures	13	3,12
4-5 heures	1	0,24
5 heures et plus	13	3,12
Total	417	100

Dans plus de 50 % des cas l'heure de départ n'était pas précisée.

Tableau VII : Répartition des évacuées en fonction du motif d'évacuation.

Motif d'évacuation	Effectifs	Pourcentage (%)
Hémorragie sur grossesse	56	13,43
Panne dynamique	21	5,04
Bassin anormal	52	12,47
HU élevée	48	11,51
Pré éclampsie/éclampsie	42	10,07
Demande parents	12	2,88
Procidence du cordon	12	2,88
Utérus cicatriciel	18	4,32
Rétention du 2 ^{eme} jumeau	7	1,68
Anémie	15	3,60
Dilatation stationnaire	35	8,39
Souffrance fœtale aiguë	13	3,12
Présentation anormale	31	7,43
RPM	8	1,92
Imprécis	47	11,27
Total	417	100

Parmi les motifs d'évacuation venaient en première position les hémorragies.

Tableau VIII : Répartition des évacuations en fonction de la concordance des motifs d'évacuation.

Concordance des motifs	Effectifs	Pourcentage (%)
Corrects	95	22,78
Incorrects	275	65,95
Imprécis	47	11,27
Total	417	100

Moins de 23 % des motifs d'évacuation étaient correct.

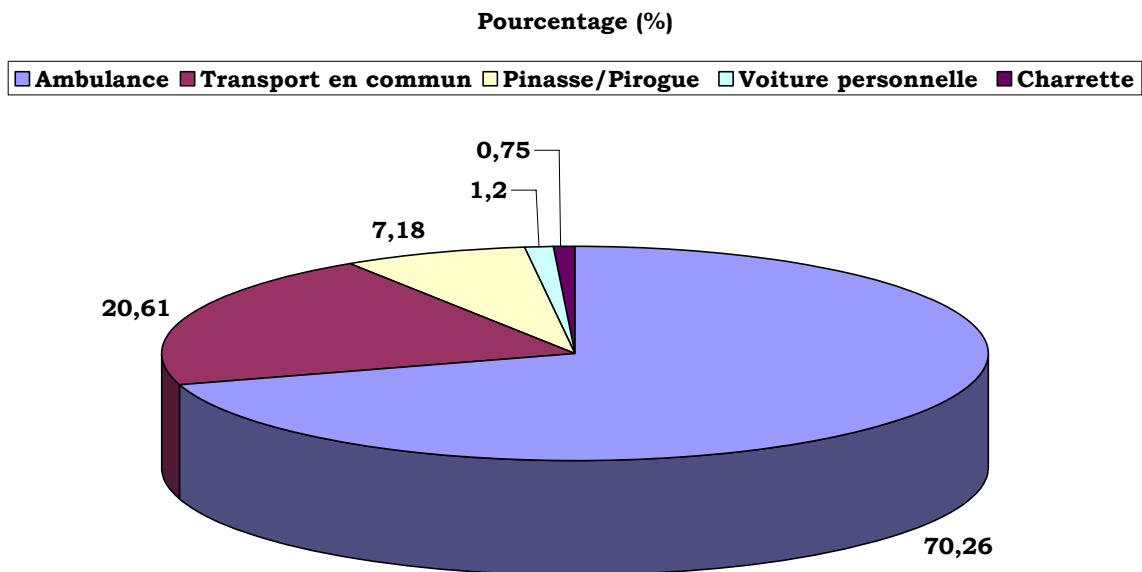


Figure 7: Répartition des évacuées en fonction du moyen de transport.

Selon le moyen de transport, les évacuées par l'ambulance étaient plus représentées.

Tableau IX : Répartition des évacuées en fonction du statut du centre

de santé de provenance.

Centre de santé de provenance	Effectifs	Pourcentage (%)
Cscom	266	63,78
CSRéf	147	35,25
Autres centres	4	0,97
Total	417	100

La plus part des évacuées provenaient des CSCOM.

4. Les antécédents

Tableau X : Répartition des évacuées en fonction de leurs antécédents chirurgicaux.

Antécédent chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucun	389	93,28
Césarienne	26	6,23
Appendicectomie	2	0,47
Myomectomie	0	0
GEU	0	0
Total	417	100

La majorité des évacuées n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux.

5. Les résultats cliniques

Tableau XI : Répartition des évacuées en fonction de la parité.

Parité	Effectifs	Pourcentage (%)
Nullipare	154	36,93
Primipare	57	13,67
Paucipare	109	26,14
Multipare	52	12,47
Grande multipare	45	10,79
Total	417	100

Par rapport à la parité, les nullipares étaient plus représentées.

Tableau XII : Répartition des évacuées en fonction du nombre de CPN effectuées.

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage (%)
Non fait (CPN=0)	175	41,97
Insuffisant (1 et 2)	69	16,55
Normal (3 et plus)	173	41,49
Total	417	100

Seulement 41,49 % des évacuées ont fait des CPN relativement normales.

Tableau XIII : Répartition des évacuées en fonction de l'état du fœtus à l'admission.

BCF	Effectifs	Pourcentage (%)
Présent	268	64,27
Absent	114	27,34
Déjà accouchées	35	8,39
Total	417	100

A l'évaluation de l'état du fœtus, les BCF étaient absents dans 27,34 %.

Tableau XIV : Répartition des évacuées en fonction de l'état des membranes.

Poche des eaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Rompue	310	74,34
Intacte	72	17,27
Déjà accouchées	35	8,39
Total	417	100

Dans 74,34 % des cas, les évacuées venaient avec la poche des eaux rompues.

Tableau XV : Répartition des évacuées en fonction de la phase du travail.

Travail	Effectifs	Pourcentage (%)
Phase active	284	68,10
Phase de latence	67	16,07
Déjà expulsé	35	8,39
Phase expulsive	29	6,95
Non en travail	2	0,48
Total	417	100

Dans 68,10 % les femmes évacuées sont venues à la phase active du travail.

Tableau XVI : Répartition des évacuées en fonction du terme de la grossesse.

Terme de la grossesse	Effectifs	Pourcentage (%)
Pré-terme	72	17,27
Terme	319	76,50
Post-terme	1	0,24
Imprécis	25	5,99
Total	417	100

Les femmes évacuées à terme étaient plus nombreuses avec 76,50 %.

Tableau XVII : Répartition des évacuées en fonction de la durée du travail.

Durée du travail	Effectifs	Pourcentage (%)
Normale	240	57,56
Prolongée	142	34,05
Déjà expulsé	35	8,39
Total	417	100

Parmi les évacuées 34,05 % présentaient une durée de travail prolongée.

Tableau XVIII : Répartition des évacuées en fonction de la présentation.

Présentation	Effectifs	Pourcentage (%)
Céphalique	332	79,62
Transverse	33	7,91
Siège	24	5,76
Indéterminée	28	6,71
Total	417	100

La présentation céphalique a dominé avec 79,62 % des cas.

6. Diagnostics retenus

Tableau XIX : Répartition des évacuées en fonction du diagnostic retenu.

Diagnostics	Effectifs	Pourcentage (%)
DFP	78	18,70
Examen normal	75	17,99
SFA	47	11,27
Éclampsie	28	6,71
Présentation vicieuse	27	6,48
Effort expulsif insuffisant	26	6,24
Rupture utérine	24	5,76
Hémorragie de la délivrance	21	5,04
PP hémorragique	20	4,80
Dystocie dynamique	18	4,31
HRP	13	3,12
Syndrome de pré - rupture	11	2,64
RPM	8	1,91
MAP	8	1,91
Cicatrice utérine de mauvaise qualité	7	1,67
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	6	1,40
Total	417	100

La disproportion foëto-pelvienne a dominé le diagnostic retenu à l'hôpital.

7. Mode d'accouchement

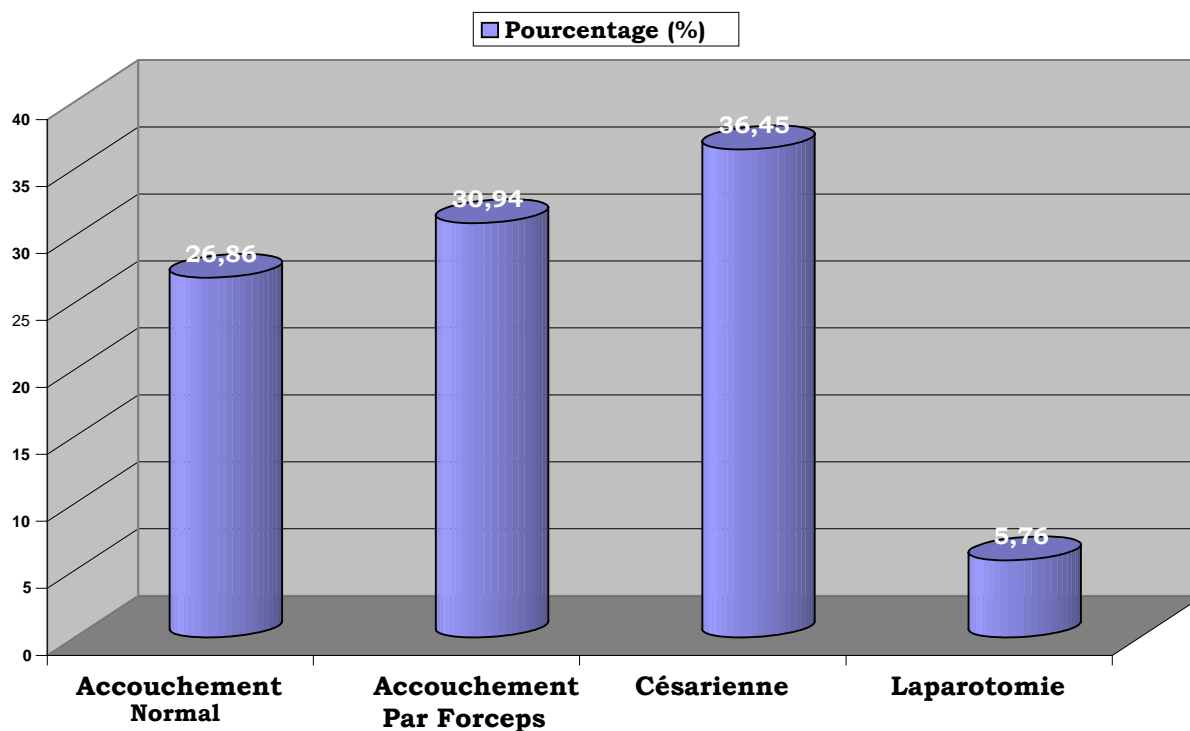


Figure 8: Répartition des évacuées en fonction du mode d'accouchement.

La césarienne a été la plus pratiquée comme mode d'accouchement.

8. Pronostic maternel

Tableau XX : Répartition des évacuées en fonction de l'état général à l'admission.

État général	Effectifs	Pourcentage (%)
Bon	291	69,78
Passable	57	13,67
Mauvais	69	16,55
Total	417	100

Dans 16,55 % des cas, les évacuées avaient déjà une complication.

Tableau XXI : Répartition des évacuées en fonction des complications.

Complications	Effectifs	Pourcentage (%)
Anémie	80	63,49
Hémorragie	34	26,98
Infection	12	9,52
Total	126	100

L'anémie a été la complication la plus observée avec 63,49 % des cas.

Tableau XXII : Répartition des évacuées en fonction des suites de couches.

Suites de couches	Nombre	Pourcentage (%)
Simple	335	80,34
Anémie	13	3,12
Endométrite	6	1,44
Suppuration	7	1,68
Paludisme	32	7,67
Décès maternels	24	5,76
Total	417	100

Dans plus de 80 % des cas, les suites de couches ont été simples.

Tableau XXIII : Répartition des décès maternels en fonction de l'étiologie.

Décès Maternel	Effectifs	Pourcentage (%)
Rupture utérine	7	29,17
État de mal éclamptique	5	20,83
Hémorragie du post-partum	4	16,67
HRP	3	12,50
Arrêt cardiaque	1	4,17
Processus néoplasique	1	4,17
Embolie amniotique	1	4,17
PP Hémorragique	1	4,17
Choc septique	1	4,17
Total	24	100

Les ruptures utérines ont dominé les causes de décès maternel.

Tableau XXIV : Répartition des évacuées en fonction de la conclusion à la sortie.

Conclusion à la sortie	Effectifs	Pourcentage (%)
État satisfaisant	384	92,09
Complication	9	2,16
Décédé	24	5,76
Total	417	100

Lors de notre conclusion à la sortie nous avons observé 89,69 % d'état satisfaisant.

9. Pronostic fœtal

Tableau XXV : Répartition des nouveaux nés des évacuées en fonction du score d'Apgar

Apgar	Effectifs	Pourcentage (%)
8-10	218	50,35
1-7	90	20,79
0	125	28,87
Total	433	100

Nous avons constaté un taux important de mort intrapartum.

Tableau XXV : Répartition des nouveaux nés en fonction de leur état à la naissance.

État du nouveau-né	Effectifs	Pourcentage (%)
Enfant vivant non réanimé	218	50,35
Enfant vivant réanimé	90	20,79
Mort né frais	93	21,48
Mort né macéré	32	7,39
Total	433	100

Nous avons constaté que 50,35 % des nouveaux nés n'ont pas eu besoin de réanimation.

Tableau XXVI : Répartition des nouveaux nés des évacuées en fonction du sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Masculin	238	54,97
Féminin	195	45,03
Total	433	100

Le sexe masculin était plus représenté dans la population des enfants nés des mères évacuées.

Tableau XXVII : Répartition des nouveaux nés des évacuées en fonction du poids à la naissance.

Poids	Effectifs	Pourcentage (%)
Normal	308	71,13
Petit poids	70	16,17
Gros fœtus	44	10,16
Macrosomie	11	2,54
Total	433	100

Dans la population des nouveaux nés la plus part avait un poids normal.

Tableau XXVIII : Répartition des nouveaux nés des évacuées en fonction de la cause de référence pédiatrique.

Motif	Effectifs	Pourcentage (%)
Souffrance cérébrale	121	77,07
Macrosomie	26	16,56
Hypotrophie	10	6,37
Total	157	100

La souffrance cérébrale représentait plus de 77 % des motifs de référence en néonatalogie.

10. Évaluation de la durée d'hospitalisation

Tableau XXIX : Répartition des évacuées en fonction du séjour au service de gynéco - obstétrique de l'hôpital de Mopti.

Durée d'hospitalisation en jour	Effectifs	Pourcentage (%)
0	86	20,62
1	69	16,55
2	34	8,15
3	22	5,28
5	152	36,45
Plus de 5	54	12,95
Total	417	100

La durée de séjour de 5 jours a dominé.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V. Commentaire et discussion

1. Fréquence

Durant la période de notre étude nous avons enregistré 1676 entrantes en salle d'accouchement, 845 accouchements dont 417 cas d'évacuation, soit une fréquence de 49,59 %. Cette fréquence est largement supérieur à celle rapportée par MACALOU [21] à l'hôpital régional de Kayes avec 6,14 %, celle de THIERO [34] à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako avec 11,50 %, de FALL [16] au Sénégal avec 12,97 % et de BALDE [4] en Guinée Conakry avec 5,82 %.

Cette fréquence élevée s'expliquerait du fait que l'hôpital Sominé Dolo est la seule structure compétente pour la réanimation et la chirurgie dans le cercle de Mopti et les accouchements normaux n'étaient pas permis à l'hôpital. Les évacuations sont exceptionnelles dans les pays développés. Dans ces pays il existe presque toujours annexé à la maternité un plateau chirurgical, qui permet d'agir en urgence.

2. Profil socio-démographique

La tranche d'âge de 20-24 ans est la plus représentée soit 26,86 %. Cette fréquence élevée s'expliquerait du fait de la grande activité de procréation dans cette tranche d'âge.

Pour la tranche d'âge de 20-35 ans, MACALOU [21] trouve 53,90 % et FALL a obtenu 55,60 %. Pour cette même tranche d'âge nous avons trouvé 63,07 %.

Les adolescentes occupent 20,38 % des cas d'évacuations. L'adolescence chez la femme a comme conséquence : la dystocie mécanique au cours de l'accouchement due à l'immaturité du bassin, mais également de l'immaturité psychique.

Parmi les évacuées, les célibataires ont présenté une fréquence de 8,63 %, tout en sachant que ce statut est un facteur de risque.

Cependant, il a été observé 90,89 % de femmes mariées. Cette fréquence se rapproche de celle rapportée par MACALOU : 96,80 %.

Les ethnies peulh et Bozo sont plus représentées dans notre étude avec respectivement 29,02 % et 16,79 % des évacuées. Ces taux élevés s'expliqueraient du fait que ces deux (2) sont les ethnies dominantes dans le cercle de Mopti.

Les ménagères étaient les plus représentées avec 91,13 % des cas évacuées, sachant que l'aspect économique de la parturiente et de la famille influe le pronostic materno-fœtal.

Ce résultat est voisin de celui de MACALOU avec 92,8 % et de FALL avec 92,24 %.

La prise en charge par le système de référence/évacuation n'est pas complète soit 70,26 % des cas et 29,74 % sont venues de leur propre moyen. Il serait important d'améliorer le système pour que la prise en charge soit assurée dans 100% des cas par le système de référence/évacuation du cercle. Ceci pourra améliorer le pronostic maternel et fœtal du fait que le système est doté de moyens adéquats : ambulance, accompagnée par un agent plus ou moins qualifié à la matière.

Cette prise en charge par le cercle de Mopti est gratuite pour la famille, ce qui permet d'éviter le retard à l'évacuation.

Ce résultat est supérieur à celui de MACALOU avec 60,60 %.

Les non instruites ont dominé notre échantillon soit 87,05 % et seulement 2,40 % ont fait une étude secondaire. Il faut signaler que l'instruction est facteur influençant le pronostic.

3. Durée

La durée : dans 54,68 % des cas l'heure d'évacuation n'a pas été signalée sur la fiche d'évacuation. Par conséquent chez ces évacuées la durée d'évacuation n'a pu être déterminée.

Celles pour, qui cette durée à été déterminée les extrêmes ont été de 30 mn (parturiente venant de la ville de Mopti) et 12 heures venant de Korientzé, localité située à 140 km de Mopti.

La non prise en compte de la durée d'évacuation et sa prolongation aggrave le pronostic maternel et fœtal.

4. Les antécédents

6,23 % des évacuées avaient un utérus cicatriciel, ce taux est non négligeable. Lorsqu'on sait que l'épreuve utérine ne peut être tentée que dans une structure équipée de plateau chirurgical.

La gestité et la parité sont deux facteurs très importants dans le travail de l'accouchement.

Dans notre étude 36,93 % des évacuées étaient des primipares et n'avaient aucune expérience de l'accouchement alors que 18,23 % étaient des grandes multipares et avaient déjà accouché plus de six fois.

5. Traitements reçus

Nous avons constaté que les antispasmodiques étaient couramment utilisés, ainsi 27,10 % l'avaient déjà reçu. Même si ce n'est pas toujours signalé, les perfusions d'oxytocine nous ont été rapportées par les femmes évacuées comme « accélérateur du travail ».

6. Suivi de la grossesse

Nous avons constaté que 41,97 % des évacuées n'avaient fait aucune consultation prénatale. Ce suivi s'il était fait aurait permis de dépister les grossesses à risque avant toute situation d'urgence et d'entreprendre une référence.

La non fréquentation des structures de santé au cours de la grossesse est un facteur influençant de façon négative sur le pronostic maternel et fœtal.

Ce taux est inférieur à celui de MACALOU [21] : 48,1 %, mais largement supérieur à celui de THIERO : 21,3 % et de FALL [17] : 5,8 %.

7. Examen d'admission

Les bruits du cœur fœtal n'ont pas été perçus dans 27,34 % des cas.

Ce résultat est proche de celui obtenu par THIERO : 27,6 % et MACALOU : 29,60 % des cas.

La poche des eaux était rompue dans 74,34 % des cas. Ce qui est un facteur de risque d'infection ascendante.

Nous avons obtenu au cours de notre analyse que 6,71 % des évacuées avaient saigné abondamment nécessitant la transfusion sanguine.

La présentation céphalique a dominé au cours de notre étude avec 79,62 %, la fréquence de présentation transverse a été de 7,91 % des cas, ce qui est non négligeable. Cette présentation n'est pas commode avec l'accouchement par la voie basse.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de MACALOU, qui obtenait 84,2 % des cas de présentation céphalique.

8. Diagnostic retenu

Nous avons obtenu 18,70 % de disproportion fœto-pelvienne.

Dans 17,99 % le travail d'accouchement était sans particularité.

La souffrance fœtale aiguë est rencontrée dans 11,27 %, l'éclampsie dans 6,71 %, la présentation vicieuse 6,48 %, l'effort expulsif insuffisant 6,24 %, la rupture utérine 5,76 %, l'hémorragie de la délivrance 5,04 %, et les placentas prævia hémorragiques : 4,80 %.

MACALOU dans son étude a obtenu 19,48 % des cas de travail d'accouchement sans particularité, 12,99 % de cas de souffrance fœtale aiguë, qui est supérieur à notre résultat, THIERO a obtenu un résultat largement inférieur : 3,1 % des cas.

La concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu n'était pas notable (Seulement dans 22,78 % des cas) du fait de la qualification de l'agent évacuateur.

L'identité et la qualification de l'agent étaient rarement précisées sur la fiche d'évacuation.

9. Mode d'accouchement

La conduite à tenir dépend dans la plupart des cas du diagnostic et de l'état de la mère et du fœtus. Au cours de notre étude, la césarienne a été dominante avec 36,45 % des cas, suivi de l'accouchement instrumental : 30,94 % et des accouchements normaux dans 26,86 %, dans 3,12 % des cas la transfusion sanguine était associée à la césarienne.

Dans 5,76 % des cas, nous avons fait recours à la laparotomie pour rupture utérine. Ce taux est loin d'être négligeable, quant on sait que le pronostic materno-fœtal est mauvais.

MACALOU, lors de son étude a trouvé 44,80 % des cas de césarienne, qui est supérieure à la notre, 3,2 % de laparotomie pour rupture utérine.

THIERO a obtenu 81/160 (soit 50,62 %) de cas de césarienne et 11/160 (soit 6,87 %) de cas de laparotomie. Ces résultats sont supérieurs aux nôtres.

Commentaire : cette baisse pourrait s'expliquer par l'amélioration du système référence/évacuation.

10. Pronostic maternel

Nous avons constaté que 30,22 % des cas évacués sont admis avec complications.

Parmi ces complications, l'anémie était la plus fréquente avec un taux de 63,49 % des cas, suivi des hémorragies et des infections.

Dans la majorité des cas les suites de couches ont été simples avec 80,34 % des cas, suivi du paludisme (constaté en hospitalisation) : 7,67 %, de suppurations pariétales et les endométrites ont été moins fréquentes dans 1,44 % des cas.

Ce résultat peut être amélioré en agissant sur certains facteurs comme l'administration rapide du SOU, l'amélioration des conditions d'évacuation, la disponibilité d'une banque de sang permanente et les conditions d'hygiène.

Ce taux est inférieur à celui obtenu à l'hôpital régional de Kayes par MACALOU soit 90,9 %.

Au cours de notre étude, nous avons constaté 24 cas de décès maternel soit un taux de 5,76 %. La rupture utérine est la cause la plus fréquente avec 29,17 %, suivi du mal éclamptique : 20,83 %, l'hémorragie du post partum : 16,67%, l'hématome rétro placentaire : 12,50 % des cas.

Ce taux de décès maternel est anormalement élevé, doit être réduite en améliorant le système de référence /évacuation.

Ce taux est inférieur à celui rapporté par MACALOU : 6,50 %, THIERO : 7,5%, LANCOANDE : 11,3 % et de OUEDRAGO : 16,6 % des cas.

Les causes les plus fréquentes sont le choc hypovolémique, l'anémie sévère, et le coma dû au mal éclamptique.

Nos résultats sont similaires à celui de MACALOU, DAKUO, et THERO.

11. Pronostic fœtal

Le pronostic fœtal dépend de la pathologie obstétricale, au type de dystocie, à la prise de décision d'évacuer et aux conditions de l'évacuation.

Au cours de l'analyse des résultats de notre étude, nous avons constaté chez 114/417 de cas d'évacuées les bruits du cœur fœtal n'ont pas été perçus à l'auscultation au stéthoscope de Pinard. D'où un taux élevé de mort-nés, soit 30,41 % (125/433 naissances).

Ce résultat est proche de celui de MACALOU : 31,44 %, inférieur à celui de THIERO : 37,5 % et supérieur à celui de SANKARE [31] : 17 %.

A la naissance, 21,90 % des nouveau-nés ont été réanimés.

Ce taux est inférieur à celui de THIERO : 37,5 % et celui de CAMARA [5] : 33 % en zone urbaine et 40 % en zone rurale.

12. Durée d'hospitalisation

Le séjour le plus représenté a une durée de 5 jours avec un taux de 39,69 % des cas. Les césariées faisant le même nombre de jours de durée d'hospitalisation, ce taux s'expliquerait par le fait du nombre relativement élevé de césariennes, suivi du séjour de 6 heures, qui concerne les accouchements normaux avec un taux de 22,45 % des cas. Il faudrait noter un long séjour de 111 jours au service de gynécologie obstétricale pour suppuration pariétale associée à une fistule vésico-vaginale, puis référée au service de chirurgie pour prise en charge spécialisée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. Conclusion et Recommandations

1. Conclusion

Les évacuations obstétricales constituent un problème de santé publique dans le cercle de Mopti.

Dans le cadre de notre étude nous avons enregistré 417 cas d'évacuations obstétricales durant 12 mois d'étude.

La fréquence des évacuations obstétricales par rapport à l'ensemble des accouchements enregistrés pendant cette période était de 49,59 %.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées constituant des facteurs de risque : la distance parcourue, les conditions d'évacuation, les facteurs socio - démographiques (l'âge, la parité, la gestité, la profession, le niveau d'instruction).

Dans notre étude nous avons été frappés par le jeune âge des parturientes dont les plus jeunes n'avaient que 14 ans.

Les ménagères étaient plus représentées : 91,13 % des cas d'évacuées.

Parmi les parturientes évacuées à l'hôpital Sominé Dolo, les nullipares représentaient 36,93% (154 cas). Elles étaient les plus nombreuses.

Les causes d'évacuations les plus fréquentes sont : la disproportion fœto-pelvienne (18,70%), la souffrance fœtale aiguë (11,27%), l'éclampsie (6,71%).

La majorité des femmes évacuées sont analphabètes (363/417) ; le niveau d'instruction est important et justifie le comportement des femmes pendant l'évolution de la grossesse et de l'accouchement ; par exemple le suivi des consultations prénatales.

La césarienne a été le mode d'accouchement le plus pratiqué (dans 152cas/417).

A leur sortie, dans 92,02% des cas nous avons conclu à un état satisfaisant, mais ce taux élevé ne doit pas cacher le taux de mortalité anormalement élevé (24 cas/417) soit 5,76 %.

2. Recommandation

Pour alléger la souffrance des évacuées et leur famille et améliorer le pronostic materno-fœtal nous formulons les recommandations suivantes :

a. Pour le personnel sanitaire :

- Pratiquer les consultations prénatales de qualité ;
- Une surveillance adéquate du travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du partogramme.
- Informer la population au risque encourt par la femme enceinte et surtout des signes de danger sur la grossesse.
- Expliquer à la population l'importance des consultations prénatales.
- Associer les agents qui évacuent au staff quotidien.

b. Pour la population :

- Le respect absolu de l'emploi de temps des CPN.
- Se présenter au centre de santé dès l'apparition d'un signe de danger : saignement, crise convulsive, contractions utérines, perte des eaux.....
- La gestion correcte des fonds du CSCOM pour que le système référence/évacuation ne souffre pas de manque de financement.
- S'organiser au tour d'associations pour le don de sang en permanence pour éviter les pénuries de sang au laboratoire.

c. Pour les autorités :

- Encourager la scolarisation des filles.
- Empêcher le mariage précoce pour éviter la grossesse des adolescentes (immaturité du bassin et du psychique).
- Assurer la formation des agents de santé capable de s'occuper des urgences obstétricales.
- Améliorer le plateau technique (aussi bien en matériel qu'en personnel qualifié).
- Assurer la formation continue et adéquate des agents qui évacuent.
- Continuer à assurer la disponibilité du kit de césarienne.

- Doter le pays en infrastructures (centres de santé, ambulances, routes, pistes) pour faciliter le transport des parturientes des CSCOM aux centres de référence.

RIFIRENCES

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Admson P.

Le monde est lourd.

Le progrès des nations 1996.

2- Akpadza K et al.

La mortalité maternelle au CHU de Tokoin, Lomé de 1990 à 1992.

Rev Fr. Gynecol obstet 1994; **89** : 81-85.

3- Alihonou E, Takpara I.

Mortalité maternelle en République populaire du Bénin : causes et stratégies de luttes.

Actes du séminaire «réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement».

Centre international octobre 1988; Edit INSERM.

4- Baldé M D, Bastet G.

Decrease in uterine rupture in Conakry, Guinea by improvement in transfert management.

Int J Gynecol obstet 1990 ; **31** :21-24.

5- Camara S (épouse Kaba).

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

Thèse Med, Bamako 2000, N°714.

6- Cissé I.

La Césarienne à la maternelle de l'hôpital régional de Kayes. A propos de 215 cas.

Thèse Med, Bamako 2001 ; 37.

7- Coulibaly P M.

Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au Mali.

Thèse Med Bamako 1986 ; 6.

8- Dekuo G.

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle (1976-1988).

Thèse Med, Bamako 1990 ; 40.

9- Delecour M.

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves?

Entretien de Bichat-chirurgie et spécialité ; **1980** :177-179.

10- Dembélé R, Diabaté L, Hachemi M, Sidibé D H, Ba S A, Shesoko E.

Evaluation du fonctionnement du système de référence/évacuation dans le cercle de Bla, d'avril 1996 à décembre 1998.

11- Diallo M S et al.

Mortalité et facteur de risques liés au mode de vie.

Rev Fr. Gynecol obstet 1996 ; **91** : 7-5.

12- Diarra O.

Les urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point-G.

Thèse Med, Bamako 2001 ;101.

13- Dicko S.

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes à propos de 160 cas.

Thèse Med, Bamako 2001 ;101.

14- Dolo O G.

Accouchement du gros fœtus dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point-G : à propos de 206 cas.

Thèse Med, Bamako 2001; 85.

15- Drabo A.

Les ruptures utérines de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : facteurs influençants le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 25 cas.

Thèse Med. Bamako 2000 ; 17, 132p.

16- Fall F S.

Mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la 2^{ème} région du Mali 1987-1990.

Thèse Med, Bamako 1990 ; N°6.

17- Fall G (épouse Kandji).

Problème posé par les parturientes évacuées dans un centre de référence. Recours d'Afrique sub-saharienne.

Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996.

Thèse Med, Dakar, 1996.

18- Fernandez H Ville Y, Frydman R.

Les grandes urgences maternelles : problèmes d'actualité.

H.A. BECLERE, Med urgence 1995 ; ISSN, **11** : 34-39.

19- Lankoandé J, Ouédraogo A, Bouaré B, Dao B, Soudo B, Koné B.

Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité foetomaternelle au Burkina-faso.

Med Trop 2000 ; 60, 3.

20- Maine D et col

La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. École de santé publique, Université de Columbia. Int. J Gynaecol. Obstet. 1997 Nov, 59 Suppl 2 : 5259-65.

21- Macalou M.

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.

Thèse Med Bamako 2002 ; 142.

22- Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique.

Edit Masson, paris, 6^{eme} Edit, 1995.597p.

23- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées : cellule de planification et de statistique.

Enquête démographique de santé au Mali, 1995-1996 (EDS II).

24- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées : DSFC

Cadre conceptuel du système de référence au Mali.

Atelier national d'harmonisation des systèmes de référence et contre-référence, 2000.

25- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées :

Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population 1990.

26- Ouédraogo CMM et al.

Fréquence et causes de la mortalité maternelle à propos de 300 observations à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou, Burkina-faso. Rev Fr. Gynecol & obstet 1997; **59** : S75-S81.

27- Picaud A et al.

La mortalité maternelle au centre hospitalier de Libreville (1984-1987).
J Gynecol obstet Biol Reprod 1989 ; **18** : 450-454.

28- Royston E, Amstrong S.

La prévention des décès maternels.
OMS, Genève 1990.

29- Sacko M, Diawara A B T, Drabo A, Maguiraga M, Sidibé A, Dolo A I.

La problématique des soins obstétricaux dans le cercle de Kati. Une analyse de la situation, septembre 2000.
Rap. Réseau de prévention de la mortalité maternelle du Mali, 2000.

30- Sangaret M et al.

Problèmes obstétricaux d'urgences au CHU de Treichville.
Etude Med 1974 ; **3** : 137-145.

31- Sankaré I

Organisation du système de référence au CSRéf de la CV du district de Bamako.
Thèse Med, Bamako 2001 ; 39.

32- Saye M.

Étude des urgences obstétricales à l'hôpital Sominé Dolo.
Thèse Med. Bamako 2005 ;

33- Tégueté I, Diallo MS, Kokain, Koné B, Sidibé A.

Évaluation du système de référence dans le cercle de Bougouni.
Programme national de périnatalité du Mali, DSFC, 1998.

34- Thiéro M.

Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétriques à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas.

Thèse Med, Bamako 1995 ;17.

Index des tableaux et figures

Index des tableaux

Tableau I : Répartition des évacuées du 1 ^{er} Janvier au 31 Décembre 2006.....	26
Tableau II: Répartition des évacuées en fonction de la profession.	28
Tableau III : Répartition des évacuées en fonction de la provenance.....	29
Tableau IV : Répartition des évacuées en fonction du niveau d'instruction.....	31
Tableau V : Répartition des évacuées en fonction de l'utilisation de la fiche d'évacuation. ...	31
Tableau VI : Répartition des évacuées en fonction de la durée d'évacuation.....	34
Tableau VII : Répartition des évacuées en fonction du motif d'évacuation.....	35
Tableau VIII : Répartition des évacuations en fonction de la concordance des motifs d'évacuation.....	36
Tableau IX : Répartition des évacuées en fonction du statut du centre de santé de provenance.....	36
Tableau X : Répartition des évacuées en fonction de leurs antécédents chirurgicaux.	38
Tableau XI : Répartition des évacuées en fonction de la parité.	38
Tableau XII : Répartition des évacuées en fonction du nombre de CPN effectuées.....	39
Tableau XIII : Répartition des évacuées en fonction de l'état du fœtus à l'admission.....	39
Tableau XIV : Répartition des évacuées en fonction de l'état des membranes.	40
Tableau XV : Répartition des évacuées en fonction de la phase du travail.....	40
Tableau XVI : Répartition des évacuées en fonction du terme de la grossesse.	41
Tableau XVII : Répartition des évacuées en fonction de la durée du travail.	42
Tableau XVIII : Répartition des évacuées en fonction de la présentation.....	42
Tableau XIX : Répartition des évacuées en fonction du diagnostic retenu.	43
Tableau XX : Répartition des évacuées en fonction de l'état général à l'admission.	45
Tableau XXI : Répartition des évacuées en fonction des complications.	45
Tableau XXII : Répartition des évacuées en fonction des suites de couches.	46
Tableau XXIII : Répartition des décès maternels en fonction de l'étiologie.....	47
Tableau XXIV : Répartition des évacuées en fonction de la conclusion à la sortie.	47
Tableau XXV : Répartition des nouveaux nés en fonction de leur état à la naissance.....	48
Tableau XXVI : Répartition des nouveaux nés des évacuées en fonction du sexe.	49
Tableau XXVII : Répartition des nouveaux nés des évacuées en fonction du poids à la naissance.....	49
Tableau XXVIII : Répartition des nouveaux nés des évacuées en fonction de la cause de référence pédiatrique.	50
Tableau XXIX : Répartition des évacuées en fonction du séjour au service de gynéco - obstétrique de l'hôpital de Mopti.....	50

Index des figures

Figure 1 : système de référence/évacuation.	6
Figure 2 : Répartition des évacuées en fonction de la tranche d'âge.	27
Figure 3 : Répartition des évacuées en fonction de l'ethnie.....	28
Figure 4 : Répartition des évacuées en fonction du statut matrimonial.....	30
Figure 5 : Répartition des évacuées accompagnées ou non d'un partogramme.....	32
Figure 6 : Répartition des évacuées en fonction de l'utilisation du partogramme.....	33
Figure 7: Répartition des évacuées en fonction du moyen de transport.....	36
Figure 8: Répartition des évacuées en fonction du mode d'accouchement.....	44

Fiche signalétique

Nom et Prénom : DOLO Kounindiou

Titre : Évaluation du système de la référence/évacuation à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique ; Santé publique.

Résumé

L'évacuation des parturientes pose un problème de santé. A l'hôpital régional de Mopti les évacuées représentaient 49,59 % des parturientes du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006.

La tranche d'âge 20-24 était dominante avec 26,86 %.

La césarienne a été le mode d'accouchement le plus utilisé avec 36,45 %.

La mortalité est très élevée 30,41 %.

Le taux de décès maternel était de 5,76 %.

La principale cause de décès maternel était la rupture utérine.

La mise en place du système évacuation a permis de :

- diminuer le coût de la prise en charge
- améliorer les conditions d'évacuation
- réduire le retard dans l'évacuation et la prise en charge.
- diminuer le taux de décès maternel et fœtal.

Mots clé : *Évacuation ; Urgence, Obstétrique*

ANNEXES

Annexes

FICHE D'ENQUÊTE

N° d'identification.....

I. Renseignement démographique

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Q₁ Nom : | Q₄ Age : |
| Q₂ Prénom : | Q₅ Profession : |
| Q₃ Adresse : | Q₆ Résidence : |

II. Renseignements généraux

Q₇ Situation Matrimoniale

- | | | |
|----------------|--------------------|--------------------|
| a) Célibataire | b) Mariée Monogame | c) Mariée Polygame |
| d) Divorcée | e) Veuve | f) Imprécis |

Q₈ Ethnie :

- | | | | |
|----------------|------------|-------------|---------|
| a) Bambara | b) Peulh | c) Dogon | d) Bozo |
| e) Sonrhäi | f) Malinké | g) Sarakolé | |
| k) autres..... | | | |

Q₉ Niveau d'instruction

- | | | |
|----------------------------------|---------------|--------------|
| a) Primaire | b) secondaire | c) supérieur |
| d) Alphabétisation fonctionnelle | e) aucun | f) autre |

Q₁₀ Profession du mari

Q₁₁ Date / heure d'évacuation

Q₁₂ (a) Date et heure d'admission

(b) Date et Heure du Début des soins

Q₁₃ Motif d'évacuation

Q₁₄ Mode d'évacuation :

- | | |
|--------------|------------------------|
| a) Ambulance | b) Voiture personnelle |
| c) Taxi | d) Autre..... |

Q₁₅ Lieu de provenance

III. Antécédents

Q₁₆ Médicaux

- | | | | |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------|
| a) hémopathie : | a ₁) drépanocytose | a ₂) hémophilie | a ₃) |
| autres..... | | | |
| b) Cardiopathie | c) HTA | d) Diabète | |
| e) Tuberculose | f) asthme | g) autres pathologies..... | |

Q₁₇ Chirurgicaux

- | | | | |
|-------------------------|--|------------------------------|------------------|
| a) Utérus cicatriciel : | a ₁) Césarienne | a ₂) myomectomie | a ₃) |
| autres..... | | | |
| b) GEU | c) autre intervention chirurgical..... | | |

Q₁₈Obstétricaux :

- a. Nombre d'enfant vivant.....
- b. Nombre d'enfants décédés.....
- c. Nombre d'enfant mort née.....
- d. Nombre d'avortements spontanés.....
- e. Nombre d'avortements provoqués.....
- f. Nombre d'accouchements prématurés.....
- g. Nombre de macrosome.....

Q₁₉Traitement déjà recus :

.....

.....

.....

.....

IV. Examen de la femme**Q₂₀Examen Général :**

- a. État général
- b. Conjonctives : b₁) Bien colorées b₂) Moyennement colorées
- b₃) Peu colorées b₄) Pâleur
- c. TA :
- d. Pouls :
- e. Température
- f. Taille (m)
- g. poids (kg)

Q₂₁Examen Gynéco-obstétrical :

- a) DDR :
- b) CPN : Non Oui nombre
- c) HU :
- d) BDCF : Oui Non
- e) Contractions utérines : e₁) **Oui** e₂) **Non**
- f) État de la vulve
- g) État du col : g₁) dilatation g₂) déchirure
- h) Poches des eaux : h₁) Intacte h₂) Rompue
- i) Coloration du liquide amniotique i₁) clair i₂) jaunâtre i₃) verdâtre
- j) Hémorragie : j₁) Petite j₂) Moyenne j₃) abondante
- k) Age gestationnel : k₁) Pré-terme k₂) Terme k₃) Post-terme
- l) Durée du travail
- m) Etat du bassin : m₁) BGR m₂) B- limite m₃) B- asymétrique B – normal
- n) Présentation : n₁) céphalique n₂) siège n₃) autres.....

Q₂₂Diagnostic retenu à l'hôpital :**Q₂₃Pronostic maternel :**

a) Complications : a₁) Non a₂) Oui (Précisez).....

Q₂₄Pronostic fœtal

a) APGAR (1 mn) j₁ : APGAR (5mn) j₁ :
j₂ : j₂ :

b) Traumatisme b₁) Non b₂) Oui (Précisez).....

c) Etat de l'enfant à la naissance : c₁) Vivant c₂) Réanimé c₃) Mort née
c₄)

Malformations.....

d) Poids (g) j₁ :
j₂ :

e) Taille (cm) : f) PC (cm) : g) PT (cm) :
j₁ (cm) : j₁ (cm) : j₁ (cm) :
j₂ (cm) : j₂ (cm) : j₂ (cm) :

h) SEXE J₁
J₂

i) Délivrance : i₁) Naturelle i₂) Dirigée i₃) Artificielle

j) Complications de la délivrance : j₁) Non j₂) Oui

Si Oui préciser :

j₃) Rétention placentaire

j₄) Atonie Utérine

j₅) Autre.....

k) Référé en PEDIATRIE

k₁) Oui k₂) Non

Si oui préciser :

k₃) hypotrophie

k₄) prématuré

k₅) souffrance fœtale aiguë :

k₆) Mère diabétique

k₇) autres.....

Q₂₅ Conduite à tenir :

- a. Accouchement naturel
- b. Césarienne
- c. Manœuvres obstétricales

Q₂₆ Suite opératoire ou de couche :

- a. Durée de l'hospitalisation
- b. Diagnostic de sortie
- c. Conclusion à la sortie

Serment d'Hippocrate

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai pas 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 honneur si je suis fidèle à mes promesses.

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

Je le jure !