



ANNEE UNIVERSITAIRE: 2008-2009

N°...../

Titre

**Etude épidémiologique-clinique des urgences
obstétricales au centre de santé de
référence de la commune VI à propos de
507 cas**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Monsieur Boubakar A KODIO

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLÔME D'ETAT)

Jury

Président : **Professeur SY Assitan SOW**
Membre : **Docteur Hammadoun SANGHO**
Codirecteur de thèse : **Docteur Boubacar TRAORE**
Directeur de thèse : **Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

DEDICACES

Je dédie ce travail :

* A mon père : **AMADOU ABDOULAYE KODIO.**

Vous nous avez toujours appris que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Vos infatigables conseils ont porté fruit ; vous nous avez guidé avec rigueur mais aussi avec amour.

Votre présence à chaque étape de notre vie, votre ferme volonté de nous voir réussir et votre soutien font de vous un père exemplaire.

QUE DIEU VOUS RECOMPENSE.

*A ma chère mère : **KADIDIA DIARRA**

-Douce mère - tendre mère.

Brave femme, animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable.

Vous resterez toujours pour nous une femme modèle. Recevez à travers ces quelques lignes toute mon affection profonde et ma reconnaissance.

Puisse ALLAH vous accorder encore une longue vie pour « goûter, aux fruits de l'arbre que vous avez planté ».

*A mon grand frère : **GAOUSSOU AMADOU KODIO**

Je te témoigne toute ma reconnaissance, car sans ton soutien je ne serai pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir cru et de m'avoir aidé. Tes encouragements et tes conseils ont rendu possible ce travail. Tu as été un père pour moi ; que Dieu te prête encore une longue vie pour que tu puisses goûter aux fruits de ce travail.

Puisse ce modeste travail te donner une légitime fierté.

*A mes autres frères et sœurs : (**Salimata, Abdoulaye, Mahamadou**)

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

*A ma chère grande sœur : feue **MADINA KODIO.**

A qui je rends un hommage très particulier et à qui je dédie ce travail.

J'aurai souhaité te voir là assise en ce jour solennel. Hélas Dieu en a décidé autrement. Dors en paix.

*A ma tante : **DJENEBA KODIO**

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut.

Aucun mot ne traduira ce que je pense de vous.

*A mon grand père maternel : feu **YAMBA DIARRA** et sa famille à SAN

Les mots me manquent pour te signifier ma reconnaissance et mon admiration. Tu as donné le meilleur de toi pour que je puisse réussir.

Puisse ce travail contribuer au couronnement de tes sacrifices.

REMERCIEMENTS

A DIEU, pour avoir permit de mener a terme ce modeste travail.

A tous mes camarades de la FMPOS : **Dr SEYDOU TOURE, Dr MANIAN DIAKITE, Dr TRAORE DRAMANE, Dr JACOB COULIBALY, Dr ABDOUL KANE, Dr KAMOYE CISSE, Dr BOUREIMA KODIO.**

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut, recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur,

Merci pour tous.

Au **Dr SAMBA TOURE** :

Tu as été pour nous un frère, un formateur, ayant le souci du travail bien fait. Que Dieu te prête encore une longue vie.

*A tout le personnel du **service de gynécologie** obstétrique de l'hôpital du point G pour leur soutien et leur conseil.

*A tout le personnel du **centre de santé** de référence de la commune VI de Bamako ;

merci pour toute votre collaboration.

*A tous les **professeurs** de la FMPOS pour la qualité de l'encadrement.

*A toutes les familles **KODIO** à Kita, Bamako, San et Mopti

*Aux familles Diarra à San, Bamako, Burkina Faso.

*A mon tonton et ami **LADJI DIAKITE** ;

merci pour votre soutien.

*A mes aines de la **FMPOS** ;

merci pour vos conseils.

*A tous mes collègues du CSREF Commune VI : **MOUTAKA KANE, SOULEYMANE SANOGO, LAMINE CAMARA, BABOU** ;

merci pour ces moments passés ensemble.

*Au **Médecin chef** et tout le personnel du CSREF de la commune VI, merci de m'avoir accueilli dans votre service et d'avoir permis la réalisation de ce travail.

A notre Maître et Président du jury : **Professeur Sy Assitan Sow**

Professeur en gynécologie obstétrique à la F.M.P.O.S (Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie)

Chef du service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

Présidente de la SO MA GO (Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique).

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher Maître, c'est un immense plaisir que vous nous fait en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, votre qualité humaine et sociale et la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté font de vous un maître, admirable.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais une mère.

Cher Maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et de toute notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge : **Docteur Hamadoun Sangho**

Maître Assistant en Santé Publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Directeur du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant.

Cher maître, nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail.

Votre dévouement, votre dynamisme, votre esprit d'ouverture, votre sens élevé du dialogue, sont des atouts dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.

Croyez ici cher maître à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Codirecteur de thèse : **Docteur Boubacar Traoré**

Gynécologue obstétricien

Médecin-chef du centre de **santé de référence** de la commune **VI** du District de Bamako.

Cher Maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A coté de vous, nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique, à apprécier le maître dans sa modestie, sa disponibilité. Vous êtes et vous resterez pour notre génération, un exemple à suivre.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude.

A notre Maître et directeur de thèse : **Professeur Sidi Yaya Simaga**

Professeur Honoraire de Santé Publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (F.M.P.O.S)

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre rigueur et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour en nous de la médecine.

Respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ATCD** : Antécédent
- **BDCF** : Bruits du cœur foetal
- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- **Cm** : Centimètre
- **CPN** : Consultation prénatale
- **CSCOM** : Centre de santé communautaire
- **CSRéf** : Centre de santé de référence
- **DER** : Département d'enseignement et de recherche
- **DFP** : Disproportion foeto-pelvienne
- **EDSM** : Enquête démographique et sanitaire du Mali
- **ESS** : Ecole secondaire de la santé
- **FMPOS** : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
- **H** : Heures
- **HGT** : Hôpital Gabriel Touré
- **HPG** : Hôpital du Point G
- **HRP** : Hématome rétro placentaire
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **INFSS** : Institut national de formation en sciences de la santé
- **Mn** : Minute
- **OAP** : Œdème aigu du poumon
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PPH** : Placenta praevia hémorragique
- **PDS** : Programme de développement sanitaire
- **SFA** : Souffrance foetale aigue
- **TA** : Tension artérielle
- **RU** : Rupture utérine
- **ND** : Non défini
- **%** : Pourcentage

- $<$: Inférieur à
- $>$: Supérieur à
- \leq : Inférieur ou égal à
- \geq : Supérieur ou égal à

SOMMAIRE

| | |
|--|-------|
| I Introduction | 1 |
| II Objectifs..... | 2 |
| III Généralités..... | 3à17 |
| IV Méthodologie..... | 18 |
| V Résultats..... | 27à44 |
| VI Commentaires et discussion..... | 45à51 |
| VII Conclusion et recommandations..... | 52à53 |
| VIII Références..... | 54à60 |
| IX Annexes..... | 61 |

I. INTRODUCTON

Les femmes enceintes courent le risque de subir des complications obstétricales parfois mortelles et souvent imprévisibles. Le dépistage prénatal n'identifie pas toutes les femmes qui connaîtront des complications. Les femmes qui ne sont pas identifiées comme faisant parties des groupes à « **risque élevé** » peuvent cependant présenter des complications obstétricales [19].

Les complications obstétricales se rencontrent partout dans le monde. Elles sont fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité foeto- maternelle élevée [23]. Dans ces pays les femmes enceintes sont très souvent exposées à des risques graves dont l'évolution se fait vers une issue fatale ; cela est étroitement lié aux facteurs suivants :

- L'insuffisance des structures hospitalières ;
- Le bas niveau d'instruction et le bas niveau socio-économique de la population.

L'OMS a estimé que sur un total de 536 000 morts maternelles dans le monde en 2005, la part des pays en développement s'élevait à 99% (553 000 décès). Un peu plus de la moitié des décès maternels (270 000 décès) sont survenus dans la seule région d'Afrique subsaharienne suivie par l'Asie du sud (188 000 décès). L'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud ont donc représenté à elles deux 86% de l'ensemble des décès maternels dans le monde en 2005(site www.who.int.fr).

Au Mali, selon l'EDSM IV le taux de mortalité maternelle est estimé à 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Des études faites par THIERO [51] en 1995 au CHU Gabriel TOURE, par DIARRA [19] en 2000 au CHU du Point-G, par DISSA [22] en 2005 au centre de santé de référence de la commune V de Bamako et récemment par COULIBALY [14] en 2007 au centre de santé de référence de la commune IV de Bamako ont trouvé une fréquence des complications obstétricales respectivement de 11,5 % ; 25 % ; 10,16 % et 12,24 %. Compte tenu de l'importance du drame que peuvent entraîner les complications obstétricales, le présent travail est entrepris en visant les objectifs suivants :

II OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les urgences obstétricales dans le service de gynéco- obstétrique au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales
- Identifier le profil socio démographique des patientes
- Décrire les aspects cliniques des patientes
- Décrire les modes de prise en charge des patientes
- Déterminer le pronostic foeto-maternel .

III. GENERALITES

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement dus entre autres à des facteurs d'insuffisance d'infrastructures socio-sanitaires et le bas niveau d'instruction.

L'évacuation obstétricale d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert d'une parturiente d'un centre médical vers un autre mieux équipé.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que foetal réservé, la plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et au non respect de la surveillance du travail d'accouchement par le partogramme.

Les urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies ; les souffrances foetales aiguës ; les hémorragies, l'éclampsie et la pré-éclampsie.

1. PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT :

« L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du foetus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) ».

Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois ; on parle d'avortement.

L'accouchement prématuré se produit entre la 28^e semaine et la 37^e semaine d'aménorrhée.

S'il se produit entre la 38^e semaine et la 42^e semaine, il est dit à terme. L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par voie basse. L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le foetus (position, présentation, volume) ou ses annexes [41]. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile foetal doit progresser à travers un élément statistique : Le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines).

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes : dont l'un phénomène dynamique et l'autre mécanique.

1-1 PHENOMENE DYNAMIQUE :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal. Des estrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux estrogènes. Les contractions utérines ont pour effet :

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

1-2. PHENOMENE MECANIQUE :

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

Le bassin osseux se compose :

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'INDICE DE MAGNIN: est égal à la somme du diamètre antéropostérieur et du diamètre traverse médian.

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

1-3. LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. ; Il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et nous avons une modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses, l'administration d'un anti- spasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail. Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes :

1ere **Période** :

Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

2eme **Période**

Elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus l'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement 15 minutes

3eme **Période** :

C'est la délivrance. Elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes. La surveillance active du travail d'accouchement permet :

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

1.3.1. Pronostic mécanique : IL est basé sur l'étude du bassin et du volume foetal dont l'échographie sera un recours appréciable. IL faut identifier aussi la présentation et la variété de position.

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

1.3.3. Pronostic foetal: La vitalité foetale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe.

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

Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

L'obstétricien « aux mains nues » selon Delecour et Thoulon à l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques [15]:

- * Les contractions utérines
- * Les modifications du col

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

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

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

Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [4].

- * L'évolution de la présentation :

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

- * L'état du fœtus :

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

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

2- Les Pathologies Obstétricales :

2-1. Les dystocies :

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

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine.
- Dystocie mécanique en relation avec :
 - * Un rétrécissement de la filière pelvienne.
 - * Un obstacle praevia ou anomalie des parties molles.

Ainsi on distingue les dystocies d'origine foetale et les dystocies d'origine maternelle.

2-1-1. Les dystocies d'origine foetale :

2-1-1-1 La disproportion foeto -pelvienne (D F P):

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

Selon Delecour 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 4000g à défaut d'échographie. La disproportion foeto- pelvienne est une indication de césarienne.

2-1-1-2. Les Présentations Dystociques :

***La présentation du siège :** La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (foetus) au contenant (utérus).l'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11à12% selon DELECOUR, 18% au centre 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 le pronostic foetal est incertain.

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

***La présentation du front :** C'est une présentation intermédiaire 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.

***La présentation transversale ou présentation de l'épaule :** Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

2-1-2. La Providence du cordon :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux .C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'il fait courir au fœtus.

Si c'est un cordon battant, l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que le cordon non battant ne signifie pas obligatoirement la mort du fœtus.

2-1-3. La souffrance fœtale :

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

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

2-1-4. Dystocies d'origine maternelle :

2-1-4-1. 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 contractilité utérine 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 dynamiques secondaires peuvent être diagnostiquées par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret, de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façons précoces et peuvent être évitées.

2-1-4-2. Bassins pathologiques :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. 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 trois (3) catégories selon l'état de leur bassin :

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

Pour un enfant de poids normal si :

- Le promonto-retro pubien à moins de 8 cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.
- Le 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 meilleure sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve de travail sont [41]:

- La femme doit être en travail
- Le col dilaté à 4 cm
- 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 être l'objet d'une surveillance.

Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col.

L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables :

- Chez la mère de :
 - Rupture utérine
 - Hémorragie de la délivrance
 - Travail prolongé avec infection du liquide amniotique
- Chez le fœtus
 - Souffrance fœtale
 - Mort fœtale in utero
 - Mortalité néonatale précoce

2-2 .Les Hémorragies : [9 ; 12 ; 19 ; 22 ; 25 ; 31 ; 36 ; 46 ; 48]

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

2-2-1. La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine [41]. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

C'est l'urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare si non exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiés.

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructures socio sanitaires.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou pendant le travail.

Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : Utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel.

La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le travail chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par la correction du choc hypovolémique et par la prévention de l'infection.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention. Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante, compliquée de lésions de voisinage ; rupture confuse, irrégulière et étendue, accompagnée de lésions vasculaires ; rupture datant de plus de 6 heures même lorsqu'elle est moins grave. Elles surviennent chez une multipare relativement âgée, c'est l'opération de sécurité.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (ovaires et trompes laissés en place), cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

2-2-2. L'hématome rétro placentaire : HRP

Cette pathologie réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus en 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'infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser [41].

La cause de l'hématome rétro- placentaire n'est pas connue avec précision.

Cliniquement considérée comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence an acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire. Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP :

- Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtent à confusion avec le placenta praevia.
- Les formes moyennes, dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.
- Les formes latentes, peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.
- Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible par définition, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Elle peut se compliquer aussi de nécrose corticale : sur le plan hémodynamique, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero- placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire. Celle-ci va provoquer une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

En présence de L.H.R.P il faut :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.
- Effectuer une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

2-2-3. Placenta praevia hémorragique : P.P.H

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

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

Le placenta praevia apparaît au 3^e trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

C'est une extrême urgence obstétricale pour pronostic fœtal et maternel. Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vif, abondante, indolore et inopinée.

En présence d'un PPH : il faut :

- Prendre une voie veineuse efficace
- Rompre les membranes à but d'arrêt d'hémorragie

Extraire le fœtus le plus rapidement possible si vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

2-2-4. Les hémorragies du post-partum immédiat :

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

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

2-3. L'utérus cicatriciel :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturé ou non..

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

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la dystocie temporaire ou l'indication qui a conduit à la présente césarienne n'existe plus et que la cicatrice est solide, c'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta praevia.

2-4. L'hypertension artérielle et ses complications :

2-4-1. La toxémie gravidique ou pré-éclampsie :

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure.

La protéinurie se définit comme un taux d'albumine supérieure ou égal à 300g par 24 heures ou un taux d'albumine aux moins égal à 1g / L à 3 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et collaborateurs [41] décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores. Les oedèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister. L'évolution peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et help syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD), une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

2-4-2. L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail, ou plus rarement les suites de couches . Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparus dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardiorespiratoire contemporain de la phase tonique de la crise de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications du décubitus ou d'accident iatrogène lié au coma post-critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux (2) volets :

- Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le diazépam et le sulfate de magnésium. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le pentothal en cas d'échec de ces traitements.
- La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilat) et les diurétiques si post - partum.

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 :

- 3.1.1 Les présentations dystociques
- 3.1.2 Le placenta praevia hémorragique
- 3.1.3 L'hématome rétro placentaire
- 3.1.4 L'éclampsie et la toxémie gravidique
- 3.1.5 La procidence du cordon
- 3.1.6 La disproportion foeto- pelvienne
- 3.1.7 L'utérus cicatriciel plus bassin limite
- 3.1.8 Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques
- 3.1.9. La souffrance fœtale
- 3.1.10. Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires
- 3.1.11. Le gros siège
- 3.1.12. Primigeste plus siège

3-2. Le forceps :

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

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. IL 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 9,5 cm, manque d'effort expulsif. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et le fœtus.

3-3. Quelques manœuvres obstétricales :

- **La Manœuvre de Mauriceau :**

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le 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 la dégager de l'anneau vulvaire tout en relevant doucement le corps du fœtus.

La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent être exécutés sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullaire- bulbaire)

- **La Manœuvre de Bracht :**

Elle est indiquée pour prévenir les retentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante :

Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé a des mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

- **La Grande extraction du siège:**

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2eme jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement.

Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aigue 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.

Il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les pieds et par traction douce l'amène à la vulve.

Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{eme} Temps : L'accouchement du siège

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bi trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation, des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

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

3^{eme} Temps : Accouchement des épaules

L'attraction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placées sur le sacrum, les 2^{eme} et 3^{eme} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bis-acronial 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 antero-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. La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, les 2^{eme} et 3^{eme} doigts 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 le bras antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

4^{eme} 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 4^{eme} temps particulièrement indiquée.

IV/ METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune VI et environnant.

1.1 Données historiques et géographiques :

Situé sur la rive droite du fleuve Niger le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako.

Il faut noter que la ville de Bamako, capitale de la république du Mali, est composée de six communes dotées chacune d'un centre de santé de référence de deuxième niveau.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

Il est situé dans la plus grande et plus peuplée commune de Bamako avec 94 km² de superficie et 620.360 habitants en 2008 et une densité de 7.137 habitants par km².

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a en son sein un CSCOM excepté Sokorodji - Dianéguela qui ont en commun un CSCOM, Niamakoro et Yirimadio qui en ont deux chacun.

1.2 **Données socio- démographiques :**

Les principales activités menées par la population sont :

- ☞ L'agriculture,
- ☞ le maraîchage, pêche, élevage.
- ☞ Le petit commerce, transport et artisanat
- ☞ Existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

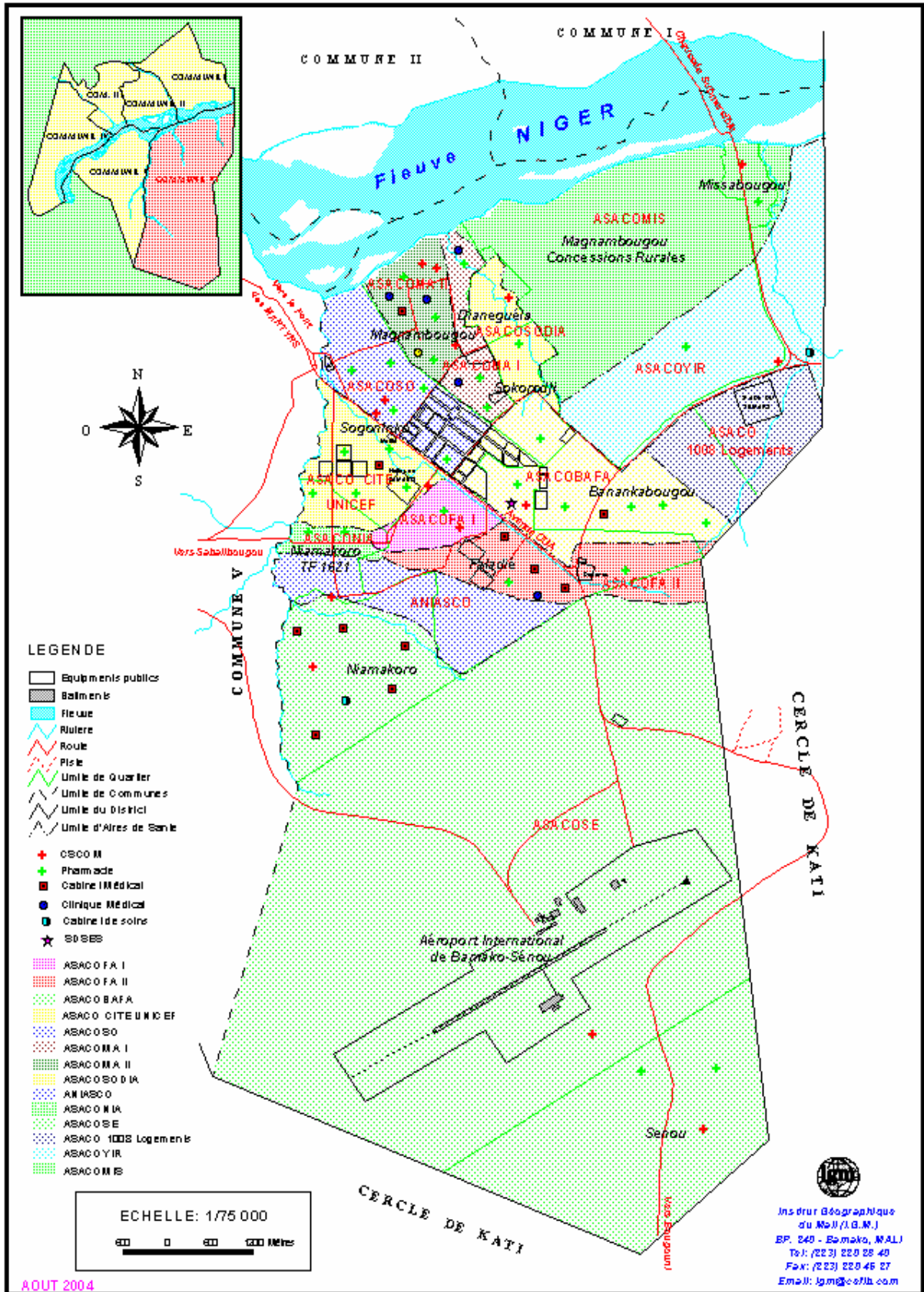
Bamako connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre) qui correspond à la haute période de transmission du paludisme.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais aussi de certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) mais aussi de son ancienneté plus vieux centre de santé du district.

La maternité du centre fait en moyenne 15 accouchements par jour.

CARTE SANITAIRE DE LA COMMUNE VI



AOUT 2004

2. Organisation du service :

a) Infrastructure du service

Le service se compose de deux bâtiments :

- **Premier bâtiment** qui est le bloc opératoire, est composé de :
 - Deux salles d'opération,
 - Une salle de réveil,
 - Une salle de préparation pour chirurgien
 - Une salle de consultation pré anesthésique,
 - Une salle de nettoyage des instruments,
 - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- **Un second bâtiment** en étage :
 - Au **rez-de-chaussée** se trouvent :
 - **La maternité** composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.
 - Une **unité de consultation** prénatale
 - Deux **salles de consultation** pour médecin généraliste.
 - Une **salle de consultation** pour médecin chirurgien.
 - Une **unité ORL**.
 - Une **unité ophtalmologique**
 - Une **unité odonto-stomatologique**.
 - Un **laboratoire**
 - Une **salle d'injection**.
 - Une **salle de pansement**
 - Une **unité PEV**
 - Une **pharmacie** pour médicaments génériques

- **A l'étage** se trouvent :

- Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène}
- Une salle de consultation gynécologique
- Une salle de consultation pédiatrique
- Une salle d'hospitalisation pédiatrique.
- Une unité de planning familial.
- Une unité de consultation post natale.
- Une salle de réunion
- Des toilettes.

Existent aussi:

- Une maison pour le gardien.
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre
- Des toilettes.

b) Le personnel :

| Qualification | Nombre |
|--|------------------------------|
| Médecin gynécologue | 2 |
| Médecin généraliste | 3 |
| Médecin chirurgien | 1 |
| Pharmacien | 0 |
| Médecin santé publique | 0 |
| Etudiants thésards | 18 |
| Radiologue | 0 |
| Médecin ophtalmologue | 0 |
| Infirmier diplômé d'Etat | 12 |
| Technicien de laboratoire | 3 |
| Infirmiers de premier cycle | 9 |
| Sages femmes | 27 |
| Infirmières obstétriciennes | 2 |
| Matrones | 4 |
| Techniciens spécialisés en santé mentale | 0 |
| Techniciens spécialisés en soins dentaires | 2 |
| Techniciens spécialisés en radiologie | 0 |
| Techniciens spécialisés en ophtalmologie | 2 |
| Techniciens spécialisés en ORL | 2 |
| Techniciens spécialisés en kinésithérapie | 1 |
| Techniciens spécialisés en santé publique | 3 dont 2 assistants médicaux |
| Assistants médicaux | 10 |
| Techniciens sanitaires | 3 |
| Secrétaire dactylo | 1 |
| Gestionnaire | 1 |
| Comptable | 1 |
| Adjoint administratif | 1 |
| Gardiens | 2 |
| Chauffeurs | 3 |
| Chauffeurs mécaniciens | 0 |
| Aide soignant | 16 |
| Manœuvres + gardien | 9 |
| Total | 138 |

c) Fonctionnement du service :

Une réunion se tient tous les jours à huit heures trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service

Des consultations gynécologiques les Lundis et Mardis

Le dépistage du cancer du col les Mercredis

Deux séances d'échographies par semaine

Un programme opératoire réservé aux jeudis

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé

Une équipe de garde qui assure la permanence du centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours

Les activités de santé publique sont menées

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi

⇒ Une salle de réveil,

⇒ Une salle de préparation pour chirurgien

⇒ Une salle de consultation pré anesthésique,

⇒ Une salle de nettoyage des instruments,

⇒ Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.

⇒ Un second bâtiment en étage :

⇒ Au rez-de-chaussée on a :

⇒ La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.

⇒ Une unité de consultation prénatale

⇒ Deux salles de consultation pour médecin généraliste.

⇒ Une salle de consultation pour médecin chirurgien.

⇒ Une unité ORL.

⇒ Une unité ophtalmologique

⇒ Une unité odonto-stomatologique.

⇒ Un laboratoire

⇒ Une salle d'injection.

⇒ Une salle de pansement

⇒ Une unité PEV

⇒ Une pharmacie pour médicaments génériques

- ⇒ A l'étage on a :
- ⇒ Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, système informatique sanitaire, service d'hygiène}
- ⇒ Une salle de consultation gynécologique
- ⇒ Une salle de consultation pédiatrique
- ⇒ Une salle d'hospitalisation pédiatrique.
- ⇒ Une unité de planning familial.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée de janvier 2007 à décembre 2007 soit 12mois.

4. Population d'étude :

Les patientes admises en urgence dans le service de Gynéco obstétrique.

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusions :

-Toute patiente admise en urgence dans le service de gynéco –obstétrique pour une affection obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital maternel et / ou fœtal.

5.2. Critères de non inclusion :

-Toute patiente admise dans le service pour toute autre raison d'urgence en dehors de l'obstétrique.

Au total 507 patientes ont été retenues.

6. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir des registres de référence, des accouchements, des comptes rendus opératoires, des partogrammes et des fiches de suivi post-opératoire, et ont été portées sur une fiche d'enquête dont un exemplaire est porté en annexe.

7. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info 6.04 version dsr.

RESULTATS

I. Fréquence

Tableau I : Répartition des patientes selon la fréquence des urgences obstétricales

| Fréquence | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|-------------|
| Urgences obstétricales | 507 | 9,67 |
| Nombre total d'accouchement | 5246 | |

II. Caractéristiques socio démographiques des patientes

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

| Tranches d'âge (ans) | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|-------------|
| ≤ 19 | 93 | 18,3 |
| 20-29 | 263 | 51,9 |
| 30-39 | 139 | 27,4 |
| ≥ 40 | 12 | 2,4 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau II : Répartition des patientes selon la résidence

| Résidence | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------|-----------------|-------------|
| Commune I | 4 | 0,8 |
| Commune II | 3 | 0,6 |
| Commune III | 6 | 1,2 |
| Commune IV | 3 | 0,6 |
| Commune V | 3 | 0,6 |
| Commune VI | 404 | 79,7 |
| Hors de Bamako | 84 | 16,5 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau III : Répartition des patientes selon la Nationalité

| Nationalité | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------|-----------------|-------------|
| Maliennne | 503 | 99,2 |
| Autres * | 4 | 0,8 |
| Total | 507 | 100 |

*Autres : Russe 2, Congolaise 1, Togolaise 1

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'ethnie

| Ethnie | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------|-----------------|-------------|
| Bamanan | 228 | 44,9 |
| Peuh | 83 | 16,4 |
| Malinké | 45 | 8,9 |
| Dogon | 40 | 7,9 |
| Soninké | 32 | 6,3 |
| Sonrhaï | 26 | 5,1 |
| Sénoufo | 15 | 3 |
| Bobo | 15 | 3 |
| Autres* | 15 | 3 |
| Bozo | 8 | 1,5 |
| Total | 507 | 100 |

*Autres : Minianka 5, Maures 3, Russe 2, Congolaise 1, Togolaise 1, Sarakolé 2, Mossi 1

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession

| Profession | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------|-----------------|-------------|
| Ménagère | 393 | 77,5 |
| Commerçante | 34 | 6,7 |
| Elève /Etudiante | 28 | 5,6 |
| Fonctionnaire | 26 | 5,1 |
| Autres | 26 | 5,1 |
| Total | 507 | 100 |

*Autres : Aide ménagère 9, Coiffeuse 4, Couturière 6, Monitrice 3, Teinturière 4

Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation en français

| Niveau de scolarisation | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------------------|-----------------|-------------|
| Non scolarisé | 442 | 87,1 |
| Secondaire | 39 | 7,7 |
| Supérieur | 13 | 2,6 |
| Primaire | 13 | 2,6 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

| Profession du conjoint | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|-------------|
| Commerçant | 173 | 34,1 |
| Ouvrier | 162 | 31,9 |
| Cultivateur | 78 | 15,4 |
| Fonctionnaire | 67 | 13,2 |
| Sans profession | 8 | 1,6 |
| Gardien | 8 | 1,6 |
| Elève/Étudiant | 7 | 1,4 |
| Autres | 4 | 0,8 |
| Total | 507 | 100 |

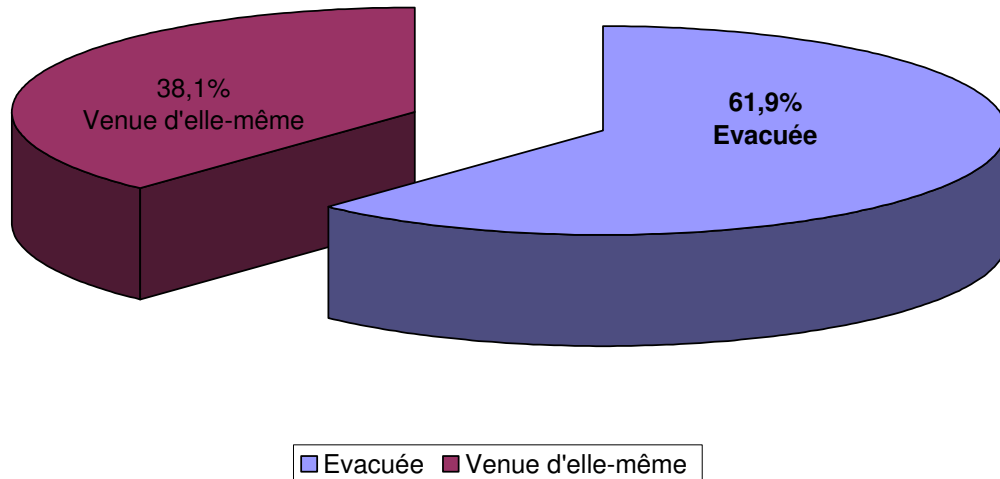
*Autres : Retraité 1, Pêcheurs 2, Eleveur 1

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Marié | 462 | 91,1 |
| Célibataire | 43 | 8,5 |
| Divorcé | 2 | 0,4 |
| Total | 507 | 100 |

II. Caractéristiques cliniques

Figure I : Répartition des patientes selon le mode d'admission



- 314 patientes ont été évacuées soit 61,9%

Tableau IX : Répartition des patientes selon le motif d'admission des patientes venues d'elles-mêmes

| Motif d'admission | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| Douleurs abdomino-pelviennes | 180 | 93,3 |
| Métrorragie sur aménorrhée | 12 | 6,2 |
| Crise convulsive | 1 | 0,5 |
| Total | 193 | 100 |

Tableau X : Répartition des patientes selon les structures de santé ayant procédé à l'évacuation.

| Structures ayant procédé à l'évacuation | Effectif absolu | Pourcentage |
|--|-----------------|-------------|
| CSCOM | 298 | 94,9 |
| Structure privée | 7 | 2,2 |
| CS Réf du District | 5 | 1,6 |
| Structure confessionnelle | 4 | 1,3 |
| Total | 314 | 100 |

Figure II : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation

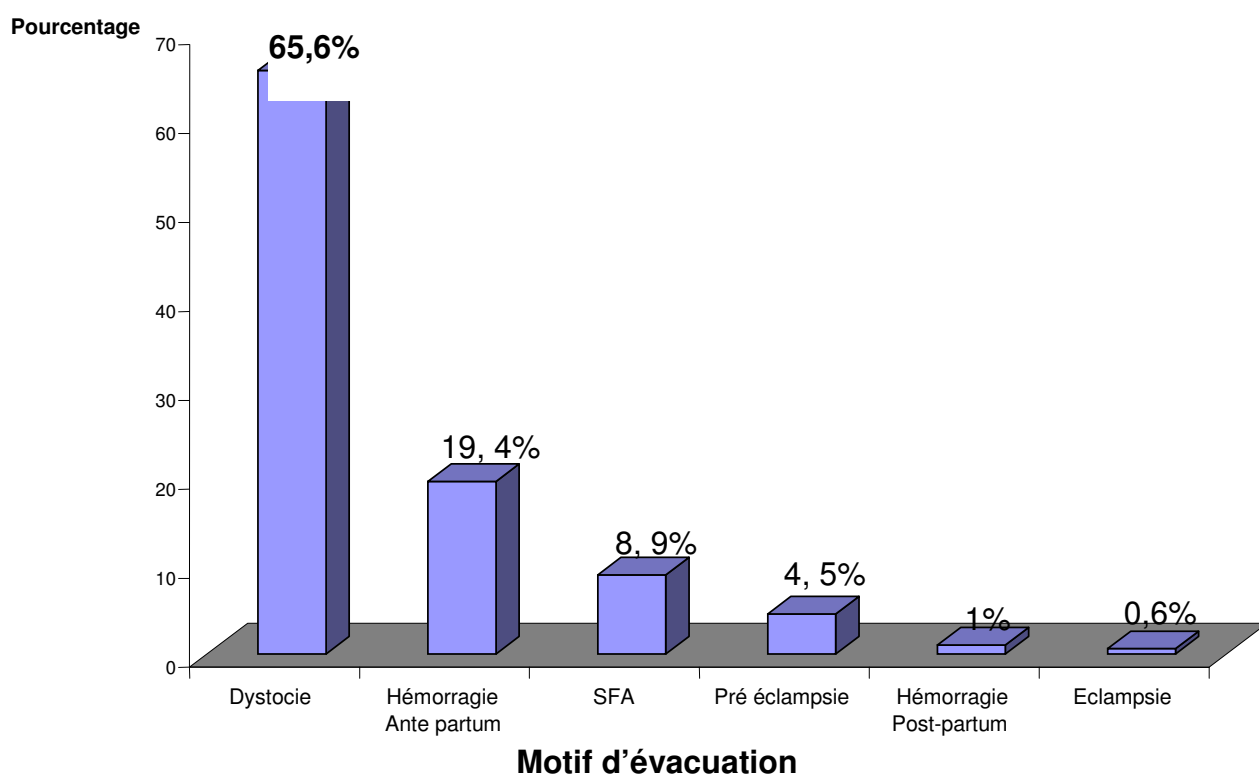


Tableau XI : Répartition des patientes selon les moyens logistiques utilisés pour l'évacuation

| Moyen d'évacuation | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------|-----------------|-------------|
| Ambulance | 147 | 46,8 |
| Taxi | 97 | 30,9 |
| Voiture personnelle | 65 | 20,7 |
| Transport en commun | 5 | 1,6 |
| Total | 314 | 100 |

Figure III : Répartition des patientes selon la présence de support lors de l'évacuation

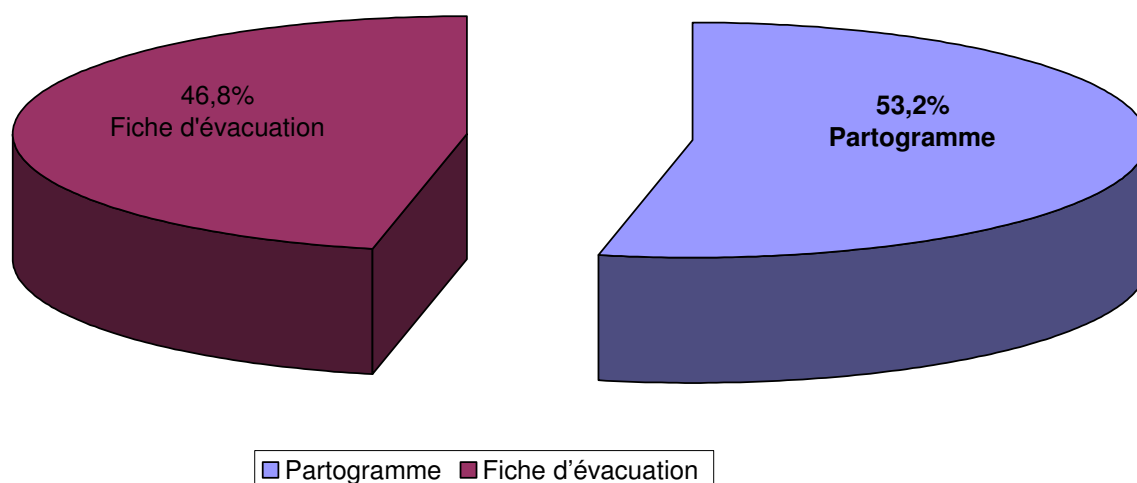


Tableau XII : Répartition des patientes selon la qualité des prestataires

| Qualité de l'agent | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| Sage-femme | 124 | 39,5 |
| Médecin généraliste | 75 | 23,9 |
| Infirmière obstétricienne | 60 | 19,1 |
| Matrone | 35 | 11,1 |
| FF Interne | 20 | 6,4 |
| Total | 314 | 100 |

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la gestité

| gestité | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Primigeste | 153 | 30,2 |
| Paucigeste | 157 | 31 |
| Multi geste | 102 | 20,1 |
| Grande multi geste | 95 | 18,7 |
| Total | 507 | 100 |

Figure IV : Répartition des patientes selon la parité

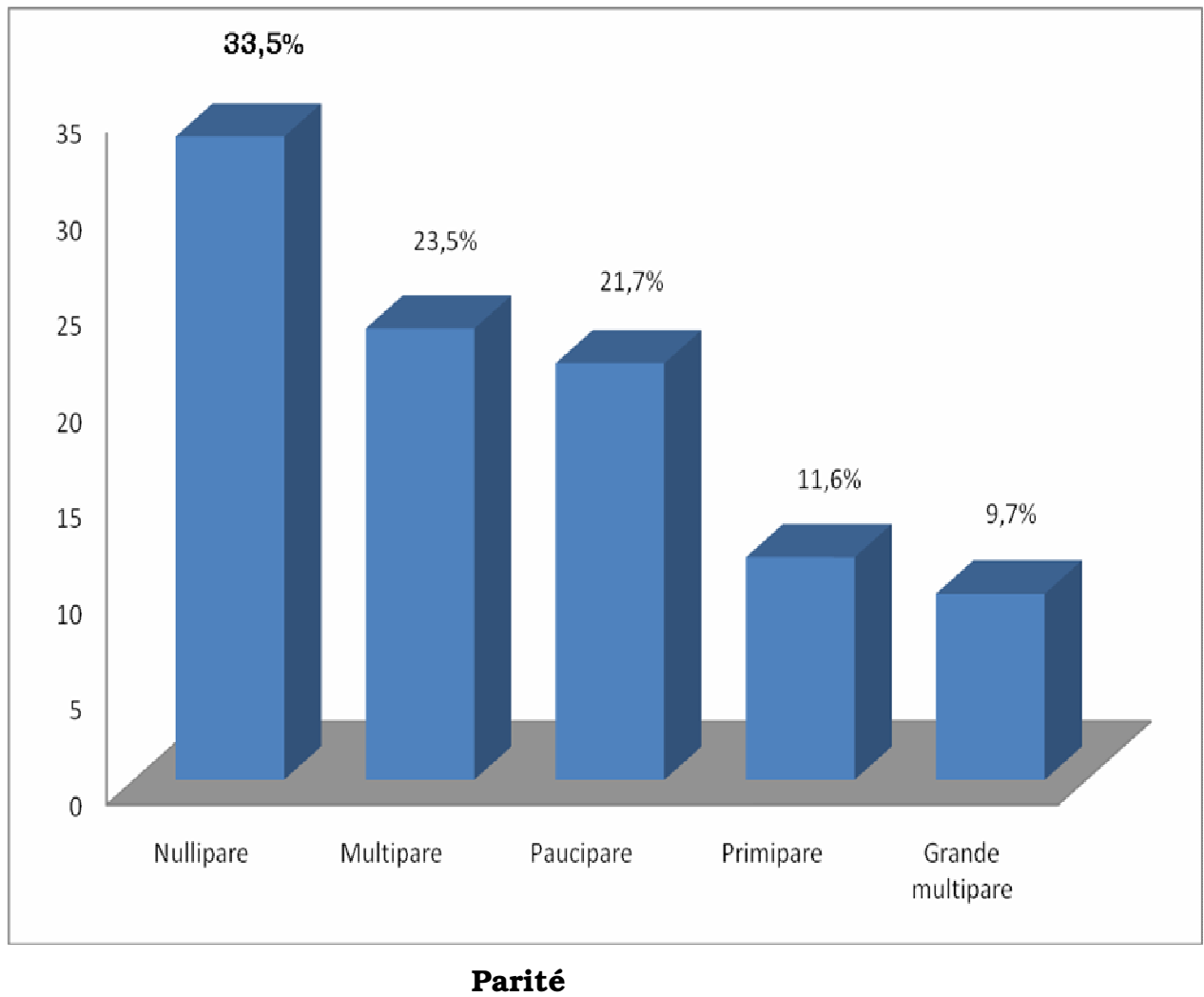


Tableau XIV : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

| Antécédents médicaux | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|-------------|
| Aucun | 469 | 92,5 |
| HTA | 13 | 2,6 |
| Asthme | 8 | 1,5 |
| Diabète | 5 | 1 |
| Anémie | 3 | 0,6 |
| Autres | 9 | 1,8 |
| Total | 507 | 100 |

*Autres : UGD 6, Drépanocytaire 3

Tableau XV : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

| Antécédents chirurgicaux | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------|-----------------|-------------|
| Aucun | 396 | 78,1 |
| Césarienne | 108 | 21,3 |
| Appendicite | 2 | 0,4 |
| GEU | 1 | 0,2 |
| Total | 507 | 100 |

Figure V : Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale (CPN) effectuée

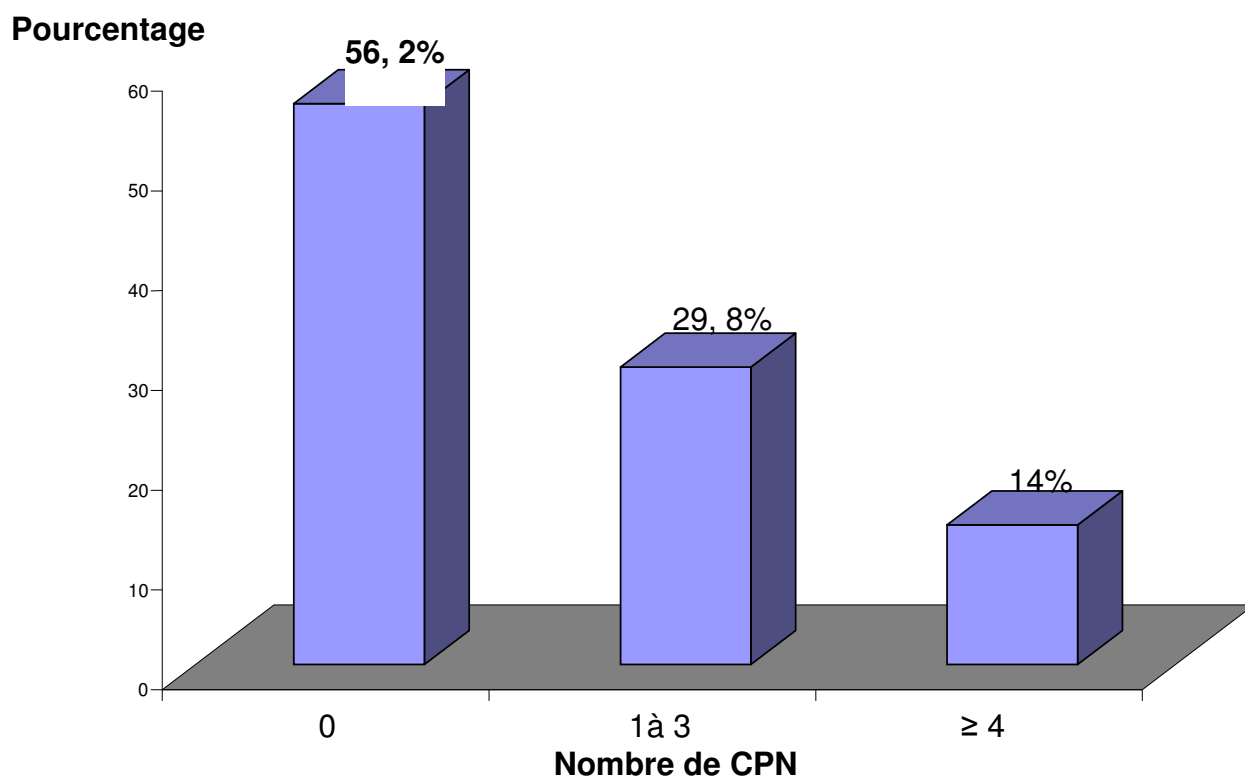


Tableau XVI : Répartition des patientes selon les pathologies médicales associées

| Pathologie médicale associée | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| Aucun | 489 | 96,4 |
| HTA | 13 | 2,6 |
| Diabète | 5 | 1 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

| Age gestationnel (SA) | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| 28 – 36 SA + 6 jours | 3 | 0,6 |
| Entre 37-42 SA | 504 | 99,4 |
| > 42 SA | 0 | 0 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'état général à l'entrée

| Etat général | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------|-----------------|-------------|
| Bon | 494 | 97,4 |
| Altéré | 8 | 1,6 |
| Passable | 5 | 1 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

| Coloration des conjonctives | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|-------------|
| Colorées | 500 | 98,6 |
| Légèrement pâles | 5 | 1 |
| Très pâles | 2 | 0,4 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XX : Répartition des patientes selon la température

| Température (°C) | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------|-----------------|-------------|
| 36,5-37,5 | 368 | 72,6 |
| >37,5 | 139 | 27,4 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le pouls

| Pouls | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------|-----------------|-------------|
| <100 | 495 | 97,6 |
| ≥100 | 12 | 2,4 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'état de la conscience

| Etat de la conscience | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| Conservé | 490 | 96,6 |
| Agité | 13 | 2,6 |
| Obnubilé | 4 | 0,8 |
| Total | 507 | 100 |

Examen physique

Figure VI : Répartition des patientes selon la nature de la présentation du fœtus

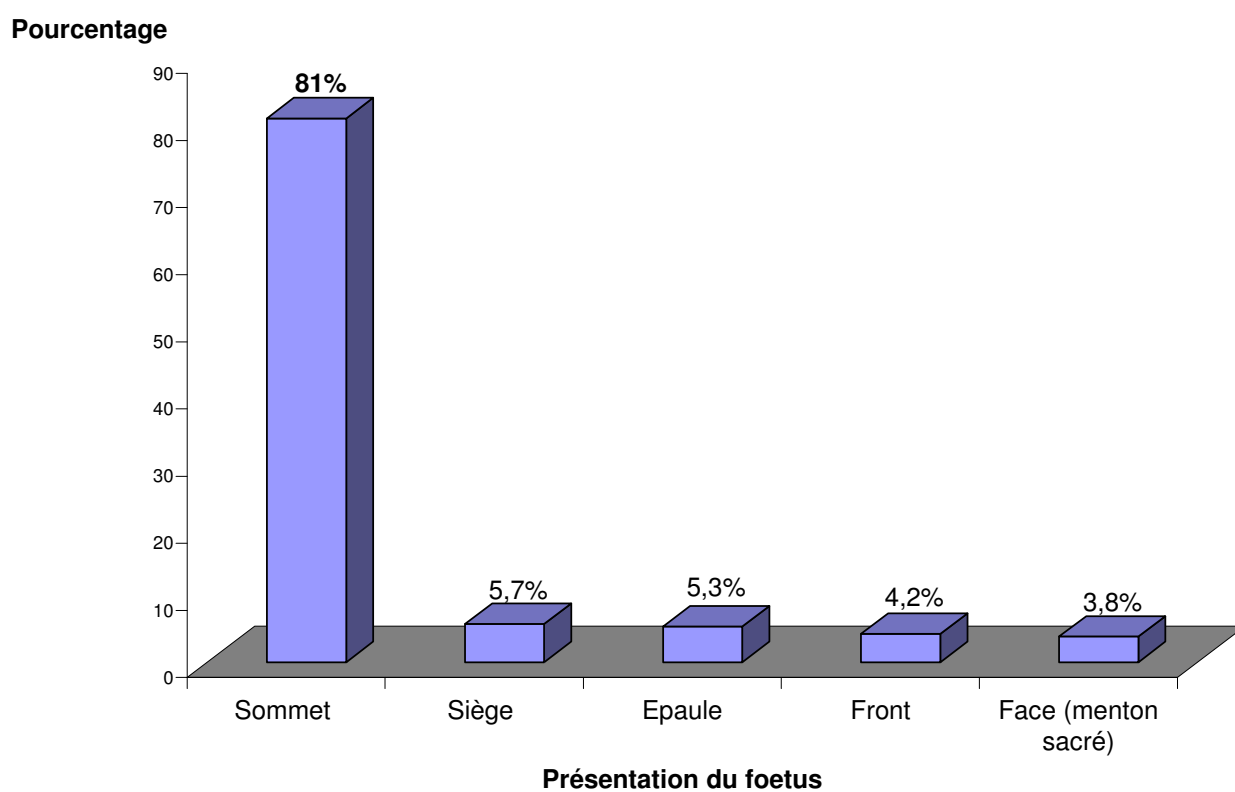


Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'aspect du col

| Col sain | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------|-----------------|-------------|
| Oui | 504 | 99,4 |
| Non | 3 | 0,6 |
| Total | 507 | 100 |

Examens para cliniques

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le groupage rhésus

| Groupage rhésus | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Non groupé | 293 | 57,8 |
| Groupé | 214 | 42,2 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'échographie effectuée

| Echographie | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------|-----------------|-------------|
| Non Fait | 484 | 95,5 |
| Fait ailleurs | 15 | 3 |
| Fait au CS Réf de la CVI | 8 | 1,5 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu à l'entrée

| Diagnostic retenu | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------------|-------------|
| Dystocie mécanique | 209 | 41,2 |
| Dystocie dynamique | 124 | 24,4 |
| Souffrance fœtale aiguë | 100 | 19,7 |
| Procidence cordon | 24 | 4,7 |
| Pré éclampsie - Eclampsie | 14 | 2,8 |
| Placenta praevia hémorragique | 12 | 2,4 |
| Hématome retroplacentaire | 10 | 2 |
| Hémorragie post-partum | 8 | 1,8 |
| Pré rupture Rupture utérine | 6 | 1 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la nature de l'intervention pratiquée

| Nature de l'intervention | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------|-----------------|-------------|
| Césarienne | 486 | 95,8 |
| Forceps | 11 | 2,2 |
| Hystérorraphie | 5 | 1 |
| Révision utérine | 5 | 1 |
| Total | 507 | 100 |

Figure VII: Répartition des patientes selon la pratique de la transfusion sanguine

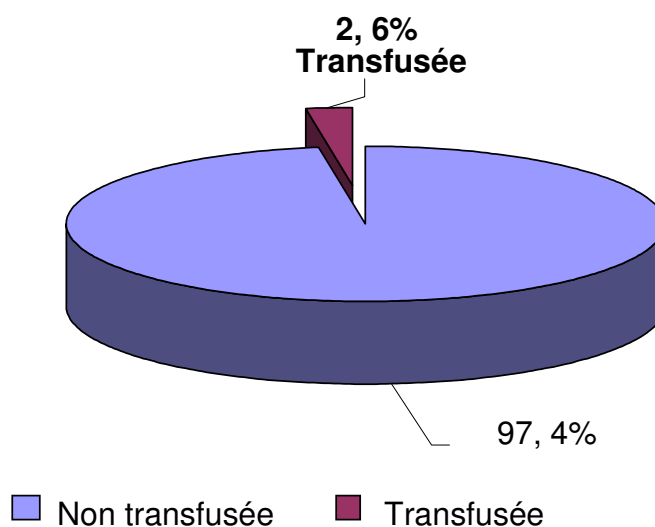


Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la nature des suites de couches

| Nature des Suites | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Suites simples | 500 | 98,6 |
| Suites compliquées | 7 | 1,4 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la nature de la Complication des suites de couches

| Nature de la complication | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| Anémie | 2 | 28,6 |
| Endométrite | 2 | 28,6 |
| Décès | 2 | 28,6 |
| Suppuration pariétale | 1 | 14.2 |
| Total | 7 | 100 |

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

| Pronostic maternel | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Vivante | 505 | 99,6 |
| Décédée | 2 | 0,4 |
| Total | 507 | 100 |

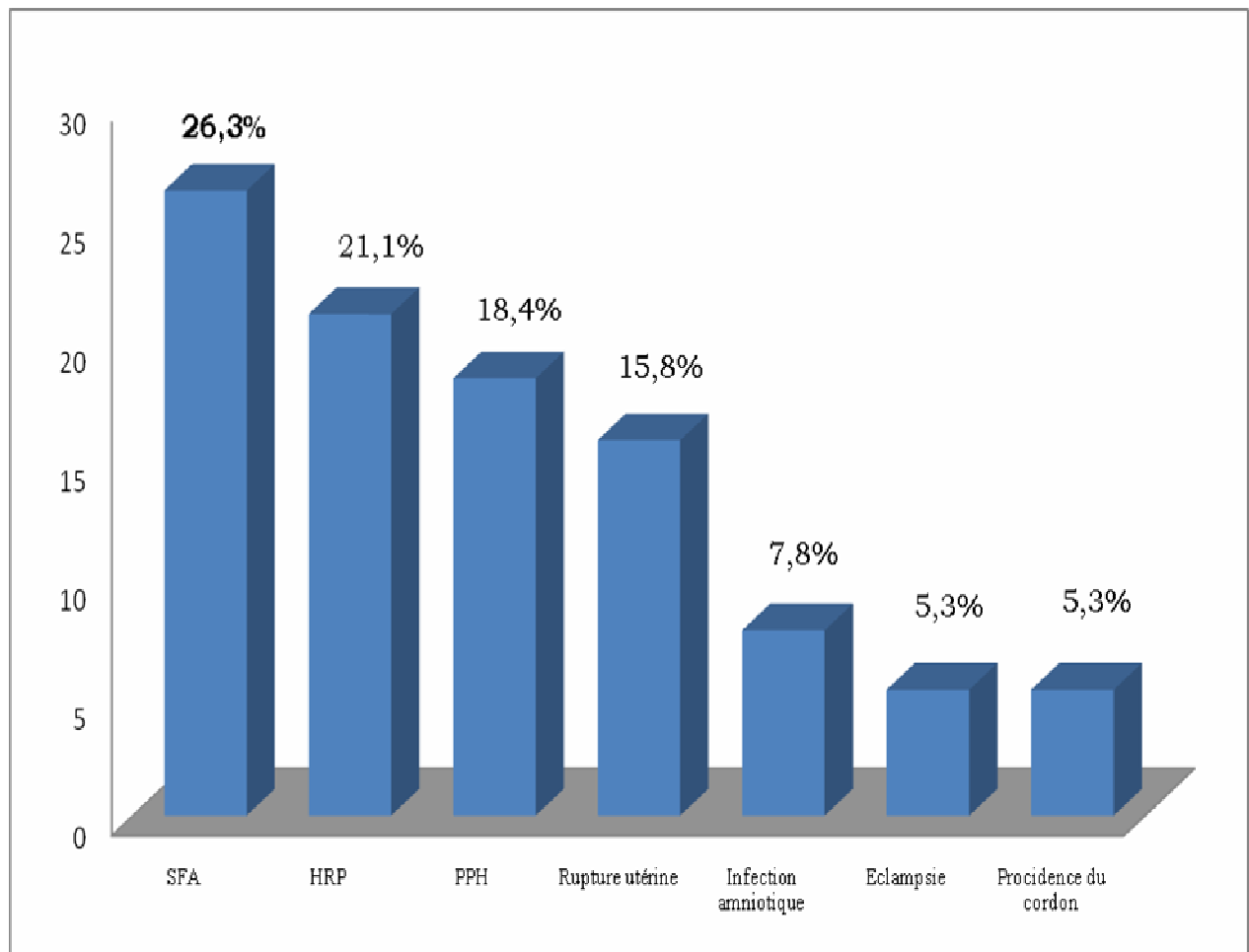
Tableau XXXI: Répartition des patientes selon les causes de décès

| Causes de décès | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Hémorragie | 1 | 50 |
| Cardiopathie | 1 | 50 |
| Total | 2 | 100 |

Tableau XXXII : Répartition des nouveaux-nés selon leur état à la naissance

| Etat du nouveau-né | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Vivant | 469 | 92,5 |
| Mort-né | 33 | 6,5 |
| Décès néonatal | 5 | 1 |
| Total | 507 | 100 |

Figure VIII : Répartition des nouveaux nés décédés en fonction du motif de décès



Cause de décès périnatal

Tableau XXXIV : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

| Score d'Apgar | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------|-----------------|-------------|
| ≥ 8 | 351 | 69,2 |
| ≤ 7 | 123 | 24,3 |
| 0 | 33 | 6,5 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XXXV : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute

| Score d'Apgar | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------|-----------------|-------------|
| ≥ 8 | 474 | 93,5 |
| 0 | 33 | 6,5 |
| Total | 507 | 100 |

Tableau XXXIV : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar et la nature de l'acte effectué.

| Nature de l'intervention Score d'Apgar | Césarienne | Forceps | Hystérorraphie | Révision utérine | p |
|---|----------------|----------------|----------------|------------------|---------|
| | ≥ 8 | 215 (61,2%) | 6 (54,5%) | 0 | 0 |
| ≤ 7 | 113 (32,2%) | 3 (27,3%) | 0 | 2 (40%) | p=0,454 |
| 0 | 23 (6,6%) | 2 (18,2%) | 5 (100%) | 3 (60%) | P=10-8 |
| Total | 351 (100%) | 11 (100%) | 5 (100%) | 5 (100%) | - |

Tableau XXXV : Répartition des nouveaux-nés selon la pratique de la réanimation

| Nouveau-né réanimé | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Non | 369 | 72,8 |
| Oui | 138 | 27,2 |
| Total | 507 | 100 |

VI. Commentaires et Discussion :

1- Caractéristiques socio- démographiques des patientes :

***. Tranche d'âge :**

- La tranche d'âge de 20-29 ans est la plus élevée dans notre série avec 51,9%. Elle correspond à la période d'activité obstétricale intense.
- 18,3% de nos patientes avaient moins de 18 ans. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par l'immaturité psychologique des patientes du jeune âge ainsi que le mariage précoce des filles.

Dans l'étude effectuée par COULIBALY [14] 3,8%, avaient moins de 16 ans.

***. Niveau Socio- Professionnel :**

Notre société est confrontée à certaines réalités dont le fait que l'on doit faire des enfants quand on est marié.

- Notre étude fait état de la prédominance des ménagères soit 77,5%, et une tranche non négligeable des élèves et étudiantes soit 5,6%.

-La même source affirme que 8,5% de nos gestantes étaient célibataires.

*** Parité :**

Les nullipares représentaient la tranche la plus importante avec 33,5%. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravi do puerpéralité des femmes n'ayant aucune expérience de la parturition.

Il en est de même dans l'étude de DISSA.L en 2005 au CS Réf CV [22] et de COULIBALY.D en 2007 au CS Réf CIV [14] où les nullipares représentaient respectivement 36,9% et 32,8%.

Les grandes multipares représentaient 9,7% dans notre série. Le risque chez ces patientes est du à la fragilité de l'utérus par suite de multiples grossesses et rapprochées.

Notre taux est inférieur à celui retrouvé par DISSA.L 12% et supérieur à celui retrouvé par COULIBALY.D 7,8%.

2-Fréquence :

Pour 5246 accouchements en 12 mois, nous avons enregistré 507 urgences obstétricales soit une fréquence de 9,67%.

Cette fréquence s'explique par le fait que notre service est le seul qui prend en charge les urgences obstétricales dans notre commune et environnant et aussi par sa situation géographique (situé à Sogoniko sur la rive droite du fleuve Niger au bord de l'avenue de l'OUA) qui le rend plus accessible.

Confrontée aux données de la littérature, ce taux se rapproche à ceux retrouvés par :

- Thiero [52] au CHU Gabriel Touré (11,5%) soit 520 urgences sur 4531 accouchements en 10 mois.
- DISSA [22] au centre de santé de référence de la commune V de Bamako (10,16%) soit 1265 urgences en 12448 accouchements en 24 mois.
- COULIBALY [14] au centre de santé de référence de la commune IV de Bamako (12,24%) soit 293 urgences sur 2393 accouchements en 6 mois.

Par contre notre taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de :

- DIARRA [19] au CHU du point G (25%) soit 300 urgences sur 1200 accouchements en 18 mois.

Cette différence s'explique par le fait que l'hôpital étant la structure de 3^e référence effectue moins d'accouchement que la structure de 2^e référence.

3- Aspects Cliniques :

*** Caractéristiques obstétricales :**

L'analyse de nos résultats a montré que 56,2% de nos patientes n'avaient pas fait de consultations prénatales et cela pour des raisons économiques et socioculturelles (grossesses non désirées, faible niveau d'instruction des patientes).

***- Caractéristiques selon le mode d'évacuation :**

Nous avons constaté que 61,9% de nos patientes ont été évacuées, parmi lesquelles 94,9% nous ont été adressées par un CSCOM.

Cela explique le respect du système de référence/évacuation recommandé.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par DISSA 63% et supérieur à celui retrouvé par COULIBALY 39%.

L'analyse de nos résultats a montré que 53,2% des évacuations ont été faites avec un partogramme, cela a facilité la prise de décision car la lecture du partogramme permettrait de situer l'anomalie.

Cette étude nous a permis également de constater certaines insuffisances dans le système de référence / évacuation telles que : le mauvais remplissage du partogramme et les évacuations par lettre et verbale.

* Les diagnostics retenus étaient représentés par :

- Dystocies = Elles sont plus fréquentes avec 65,6% et sont représentées par :
 - Dystocies mécaniques= 41,2% (209 cas)

Ce sont les bassins généralement rétrécis, les bassins limites, les bassins asymétriques, les présentations dystociques et la disproportion fœto pelvienne. Le bassin généralement rétréci a constitué une cause de césarienne dans 100% des cas.

Le taux de dystocie mécanique qui a représenté 41,2% dans notre série est plus élevé que ceux retrouvés par CAMARA [9], DISSA [22], THIERO [52] et COULIBALY [14].

Les pourcentages plus élevés à Bamako qu'Abidjan s'expliquent par la fréquence des rétrécissements pelviens dans notre pays dus à la malnutrition et à la poliomyélite.

- Dystocies dynamiques : 24,4% (124 cas) :

Elles sont représentées par les hypercinésies de fréquence, les dilatations stationnaires et les hypocinésies sur utérus cicatriciel. La dynamique utérine est souvent perturbée dans les maternités périphériques par l'emploi abusif d'ocytocine. Ce taux de 24,4% est nettement supérieur à ceux retrouvés dans les études de :

- THIERO [52]
- CAMARA [9]
- TRAORE [56]
- DISSA [22]

Par contre notre taux est inférieur à ceux retrouvés par DIARRA [19] et COULIBALY [14].

- **Souffrances fœtales aiguës (SFA) : 19,7% (100 cas).**

La césarienne a été effectuée dans 89 cas soit 89% et le forceps a été appliqué dans 11 cas soit 11%. Ces indications de souffrance foetale ont été posées en fonction de la couleur du liquide amniotique (méconial) et de la modification des bruits du cœur fœtal (bradycardie ou tachycardie).

Notre taux est supérieur à celui retrouvé dans l'étude de DIARRA [19]. Tous ces nouveaux nés ont été réanimés. Le taux de mortalité fœtale (mortinatalité et néonatale précoce) de 7,5%.

- **Procidence du cordon** : 4,7% (24 cas) :

La césarienne a été effectuée dans tous les cas de procidence du cordon battant sur présentation céphalique. Notre taux se rapproche à ceux retrouvés dans les études de DIARRA [19], de DIASSA [22] et de COULIBALY [14].

- **Hémorragies** : Les causes d'hémorragies étaient dues à :

* **La rupture utérine** : a représenté 1% (6 cas), du total des urgences et (0,11%) du total des accouchements. Elles sont la conséquence des dystocies méconnues, d'expressions abdominales dans les maternités périphériques et de l'emploi abusif d'ocytocine. Ce taux est comparable à ceux retrouvés par certains auteurs notamment :

- . DIARRA [19].
- . DEMBELE [16].
- . COULIBALY [14].

Par contre ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de LANKOANDE à Ouagadougou [36].

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème de santé publique exposant à une lourde mortalité foeto-maternelle.

* **Placenta praevia hémorragique** (PP) : a représenté 2,4% (12 cas) du total des urgences et (0,23%) du total des accouchements.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de DIARRA, à celui de DISSA et à celui de COULIBALY.

Cependant ce taux est supérieur à celui de KONE [34].

Cet accident est rare en Europe en témoignent les chiffres entre 0,28% et 0,5% ; en Asie les taux varient entre 0,41% et 1% ; sur le continent Américain le PP reste relativement rare, les chiffres variant entre 0,33% et 0,99%.

***Hématome retro-placentaire** (HRP) : a représenté 2% (10 cas) des urgences et 0,19% du total des accouchements. La prévalence retrouvée est supérieure à celle retrouvée par OUATTARA [44] ; par TOURE [53].

Par contre ce pourcentage est inférieur à celui retrouvé par DISSA ; par DIARRA et par COULIBALY.

Cependant DIARRA a eu un taux de mortalité maternelle de 7,14% soit 1 cas sur 14 HRP.

COLAU JC et V. ZAN.S rapportent un taux de 4,28% (34 cas) [12] pour une série de 810 HRP en France.

* **Hémorragie du post- partum immédiat** : 1,8% (8 cas). Les principales causes de ces hémorragies ont été :

- Les lésions des parties molles (col, vagin et périnée) ayant nécessité des sutures.
- Les retentions placentaires ou de débris placentaires ayant nécessité une délivrance artificielle ou une révision utérine.

Sur 2 décès maternels on note 1cas par suite d'hémorragie suivie d'1 arrêt cardiaque.

Ce qui est conforme aux résultats de beaucoup d'auteurs notamment :

- DISSA 10,38% d'hémorragie et 17,5% d'anémie.
- DIARRA 40% d'hémorragie et 26,66% d'infection.
- Dans une étude de 212 décès constatés au CHU de Conakry en 7 ans, DIALLO.A et collaborateurs ont trouvé que l'hémorragie occupe la première place dans les causes obstétricales directes avec une fréquence de 43% [18].

Nous constatons que la mortalité maternelle par hémorragie est un problème de santé publique dans les pays en voie de développement.

- **Hypertension artérielle et ses complications :**

L'éclampsie : a représenté 2,8% du total des urgences et 0,27% du total des accouchements. Elle a été retrouvée chez une gestante jeune qui n'a pas fait de CPN. Elle a été mise sous anti-hypertenseur (nifédipine).

La prévalence retrouvée dans notre étude est supérieur à celle retrouvée par PAMBOU.O et collaborateurs au CHU de Brazzaville de 1993 à 1996 (0,3%) [45], à celle retrouvée par Faye et collaborateurs (0,12%) à Libreville (Gabon) et inférieure à celle de nombreux auteurs notamment :

- DISSA.L 4,35% [22]
- DIARRA.O et DOUGNON.F qui ont retrouvé chacune 3,7% [19].

- **Mode de prise en charge :**

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques et étiologiques. Dans le souci de réduire la mortalité fœtale et / ou maternelle, un système de Kit opératoire était mise en place (kit césarienne, kit forceps) pour faire face à l'urgence dès qu'elle se présentait. Ainsi :

- 95,8 % de nos patientes ont subit la césarienne, ce taux est supérieur à celui retrouvé par DISSA [22], à celui de DIARRA [19], à celui de THIER [52] et à celui de COULIBALY [14].

- Le forceps a été pratiqué dans 2,2% des cas. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par DISSA [22] et à celui retrouvé par DIARRA [19].
- La fréquence de la laparotomie (hysterorrhaphie d'hémostase) est de 1%. La prévalence dans notre étude est égale à celle retrouvée par COULIBALY [14].

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par DISSA [22] et par celui retrouvé par DIARRA [19].

- La révision utérine et /ou délivrance artificielle ont été effectuées dans 1% des cas. Ces patientes ont reçu de l'ocytocine dont la voie d'administration et la posologie étaient fonction de l'état de chacune.

Au cours de cette étude 42,2% de nos patientes ont effectué un groupage sanguin rhésus et 2,6% ont été transfusées.

- **Pronostic maternel :**

Morbidité : 1% de nos patientes ont eu des suites de couche compliquées.

Elles ont été dominées par l'anémie qui a nécessité la transfusion sanguine dans 2,6%.

Notre taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de DISSA [22] et celui de DIARRA [19]

Cela pourrait s'expliquer par une amélioration de la qualité de l'asepsie.

Mortalité :

L'état général altéré aggravé des patientes par les conditions difficiles de la référence explique ce taux de mortalité maternelle à 0,4%.

Ce taux est inférieur à ceux retrouvés dans les études de DISSA [22], de DIARRA [19] et de THIERO [52].

Les principales causes de ces décès ont été : (Hémorragie 1% et arrêt cardio – vasculaire 1%).

- **Pronostic fœtal :**

Morbidité :

Elle est encore difficile à définir mais par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur ou égale à 7 à la 1^{ère} minute comme décrit par de nombreux auteurs. Ces nouveaux –nés ont été réanimés puis référés à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré.

Mortalité :

Nous avons recensé 38 cas de décès fœtal sur 507 naissances soit une fréquence de 7,50 %, ces décès pourraient s'expliquer par :

- Le retard dans la prise de décision de référence / évacuation.
- Certaines complications imprévisibles (HRP, PP, Rupture utérine).

Cette prévalence est inférieure à celle retrouvée par DISSA [22], et à celle de DOUGNON [23].

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1 Conclusion:

Au terme de cette étude on peut retenir les points principaux suivants :

- Une fréquence de 9,67% pour les urgences obstétricales.
- La jeunesse était la population la plus touchée avec une tranche d'âge de 14 à 29 ans soit une fréquence de 70,2% et une tranche non négligeable de cette population est non scolarisée.
- Pour les causes de dystocies, elles sont dominées par les dystocies mécaniques puis dynamiques ; et dans l'évolution les hémorragies se placent en tête.
- Au cours de cette étude nous avons surtout remarqué que dans la prise en charge de ces parturientes la césarienne a été la méthode thérapeutique la plus pratiquée avec une fréquence de 95,8%.
- On a déploré 2 décès maternels et 38 décès foetaux.

2. Recommandations :

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement aux :

Ministre de la Santé :

- Doter les centres de santé communautaire de médecins à compétences obstétricales pour réduire le taux de mortalité foeto maternelle.
- Organiser au niveau de chaque structure de référence une mini banque de sang.

Directeur national de la santé :

- Assurer la formation continue des sages femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaire (CSCOM) pour améliorer la qualité de prise en charge des urgences.

Prestataires de la CVI :(sages femmes et infirmières obstétriciennes)

- Pratiquer les consultations prénatales correctement afin qu'elles puissent répondre à leur but de prévention, de dépistage et de traitement des pathologies recherchées.
- Utiliser correctement le partogramme au cours de la surveillance du travail d'accouchement pour éviter le retard dans la prise de décision afin de limiter les complications.
- Référer ou évacuer à temps tous les cas de grossesse à risque à un niveau supérieur pour réduire les complications maternelles et / ou fœtales.
- Intensifier l'éducation pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la méconnaissance des signes de complications de la grossesse.

Population :

- Suivre régulièrement les consultations prénatales et ce dès le début de la grossesse dans le but de prévenir les complications.
- Eviter le plus possible l'accouchement à domicile dans le but de réduire la survenue des complications surtout chez les multi gestes.

1- Alihonou E.

Causes et stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et foetale.

République Populaire du Bénin.

Séminaire de C.I.E sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

CHATEAU DE LONGCHAMP Paris 1988 ; 3 – 7 Octobre.

2- Altanata S.A.

Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako.

these med. Bamako 2005 P n °145

3- AMADD

Manuel sur l'utilisation des indicateurs à processus des Nations Unies en matière de services obstétricaux d'urgence 2003.

4- Berland M.

Le choc en obstétrique.

Enc Med 1983. N° 2 Bamako.

5- Berthe S.

Condition à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako.

thèse med Bamako 1983. N°2

6- Bertrand et collaborateurs

Souffrance foetale aigüe au cours du travail.

Précis d'obstétrique, Médecin, science flammariion.

Edition septembre 1995-1143-1144.

7- Boutaleb Y. et collaborateurs

Mortalité maternelle à l'hôpital de Casablanca (Maroc)

J Gynéco obst Biol. Rép. 1982 11 (1) 100-102.

8- Bouvier et collaborateurs M. A.

La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale.

Revue du centre international de l'enfance.

Paris ,1990 n°187 / 188 (1) =6

9-Camara S.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique, bilan de 2 années d'études au CHU de Cocody.

thèse ; Med. Abidjan 1986 N°714

10- Canable B.B.

La maternité sans risque

Forum mondial de la santé OMS Genève 1978 Volume 8 n°2164 -170.

11-Cissé C.T. et collaborateurs

Eclampsie en milieu africain, épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar.

12- COLAU JC et V. Zan

Hématome rétro placentaire ou D.P.P.N.I

En Med chir. (Paris France) obstétrique 5071 A 106 – 1985

13- Correa P. et collaborateurs

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

Afrique Médicale 1981 20 (189) 215 - 221

14- Coulibaly D.

Etude epidemio clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 293 cas- Bamako

Thèse de Med. Bamako 2007-2008 ; n°479 M.

15-Delecour M. et Collaborateurs

Conduite à tenir au cours d'une dystocie.

Rapport du 27 Congrès de gynécologie et obstétrique de la langue française.

Rabat 21-24 Mai 1978

16-Dembélé B.T.

Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 114 cas.

thèse med. Bamako 2002; 87 P n°28.

17-Diakité.M.

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

thèse med. Bamako 47-1985- n°15.

18- Diallo A.O.

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

thèse med. Bamako 1990 - n°38.

19- **Diarra O.**

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'Hôpital du Point G.

thèse med. 2000 - n°117 Bamako.

20- **Dicko S.**

Etude epidemio clinique des urgences obstétricales à l'Hôpital Régional Fousseny Daou de Kayes. A propos de 160 cas.

thèse med. Bamako 2001, n°101, 65 P.

21-**Diouf A et Collaborateurs**

L'hystérectomie obstétricale d'urgence.

Contraception fertilité sexualité 1998 26 (2) 167 – 172

22- **Dissa L.**

Etude epidemio clinique des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

thèse med Bamako 2005.

23- **Dougnon F.**

Contribution à l'étude des urgences gynéco obstétricales à la maternité de l'hôpital du point G.

thèse med Bamako n° 64 1989.

24- **Drabo A.**

Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti :

Facteurs influençant le pronostic foeto-maternel et mesures prophylactiques. A propos de 25 cas. thèse med. 2000 n° 17, 132 P.

25- **Fernandez H.**

Hémorragies graves en obstétrique : 35eme congrès National d'anesthésie et réanimation, conférence d'actualisation.

Paris, Maisson, 1993 : 511-529.

26- **Ferchrou M. et collaborateurs**

L'éclampsie ; une urgence obstétricale toujours d'actualité.

Maghreb médical 1995.

27- **Ghazli M. et collaborateurs**

Placenta preavia et pronostic foetal à propos de 200 cas.

Revue Française de gynécologie et d'obstétrique 1998- 93 (6) 457-463.

28- **Honessou H.**

Contribution à l'étude du placenta preavia en République du Bénin (à propos de 698 cas)

29- **Kane M.**

Ruptures utérines à propos de 61 cas observés à l'hôpital du Point G de Bamako (du 1^{er} janvier 1976 au 30 juin 1979).

thèse med. Bamako 1979 n° 10.

30- **Keita N. et collaborateurs**

Ruptures utérines à propos de 155 cas observés à Conakry.

J. gyneco-obstétrique. Biol., Rép. ? 1980 – 1041.

31- **Keita S.**

Etude des hémorragies du post partum dans le service de gynéco- obstétrique de l'HPG de 1991 à 2001.

thèse med. Bamako 2003 – 99 P 47

32- **Keiti NUM S. et collaborateurs**

Urgence obstétricale et la morbidité maternelle sévère.

Paris 25 Mars 1994 colloque National.

33- **Kodio S.**

Les urgences gynéco -obstétricales dans les services de gynéco obstétrique de l'hôpital du point G à propos de 210 cas.

thèse med Bamako 2006 N °188.

34- **Ko né F.**

Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'hôpital Gabriel TOURE à propos d 56 cas.

thèse med. Bamako 1989 n°48,64 P

35 **Kotionga A.M. et collaborateurs**

Ruptures utérines à la maternité du CHIN-YO :

Aspect épidémiologique et clinique.

Médecine d'Afrique Noire 1998 45 (8-9) 508 – 510

36- **Lankoandé J. et collaborateurs**

Mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995.

Médecine d'Afrique Noire 1998 L5 (3) 187 – 190.

37- Magin G. et collaborateurs

La dystocie dynamique.

Enc. med Chir. (Paris France) obstétrique 5064 n° 51989 – 13 P.

38- Magin G. et collaborateurs

La mortalité maternelle existe-t-elle encore ?

Revue med. De tous 1982 16 (9 -1) 1 – 331 – 333.

39- Magin G.

Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse : orientation diagnostic hôpital Jean Bernant 86021 Poitiers.

Revu praticien (Paris) ISSN 0035 2640. Vol 47.

40- Malinas Y.

Pré éclampsie et éclampsie.

Enc. med. Chir. (Paris) urgences 24.208 A 102 2984.

41- Merger R. et collaborateurs

Précis d'obstétrique

6eme édition Masson Paris 1995.

42- Ministère de la Santé du Mali

L'approche des besoins obstétricaux non couverts au Mali Décembre 2000.

43- Mou lit net M.

Particularité de la grossesse et de l'accouchement en fonction de l'âge et les conditions socio-économiques.

En. med. Chir. Paris obstétrique 1977 12 – 5049 C.10

44- Ouattara M. A.

Hématome rétro placentaire : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako.

thèse med Bamako 2000 58 P. n° 126.

45- Pambou O. et collaborateurs

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (à propos de 100 cas) de 1993 à 1996.

Médecine d'Afrique Noire 1999 46.

46- Pelage J.P. et collaborateurs

Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par ambolisation artificielle.

J.Gynéco- obstétrique, Biologie Reproduction 1999, 28 : 55 – 61.

47- **Saye M.**

Les urgences obstétricales à l'Hôpital Régional Sominé DOLO de Mopti à propos de 140 cas.

thèse med. Bamako 2005 n° 120, 82 P.

48- **Suzanne Fy et collaborateurs**

Hémorragies obstétricales graves (du post partum immédiat)

Encycl. Médecine chirurgicale.

Précis d'obstétrique S.103 A 10. 12. 1982.

49- **Sissoko M.**

Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerperalité.

thèse med. Bamako 1980 n° 190.

50- **Tall F.S.**

Contribution à la mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement dans les Centres de Santé de cercle de la 2eme Région.

thèse med. 1980 Bamako n° 154.

51- **Thiero M.**

Les évacuations sanitaires d'urgence à l'Hôpital Gabriel TOURE.

thèse med. 1995 n° 17 Bamako.

52- **Touré M.**

Les hystérectomies de sauvetage et les ruptures utérines :

Formation des matrones rurales.

Afrique médicale 1975 14 (126) 35 – 38.

53- **Touré et collaborateurs**

Le déroulement prématuré du placenta normalement insère : pronostic foetal – maternel à propos de 1062 cas à la clinique du CHU de TREICHVILLE 1995.

Médecine d'Afrique noire ISSN 0465-4668 vol 42.

54- **Traoré A.F.**

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital GABRIEL TOURE

thèse med. Bamako 1989 N° 46.

55- **Traoré B. M.**

Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynécologie obstétrique à l'hôpital du Point G de Mai 1984 en Avril 1986.

thèse med. Bamako -1986 N°14.

56 – **Traoré H.**

Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako
thèse med. Bamako.1976 N °21.

FICHE D'ENQUETE

Identité du malade :

Nom & Prénom :N°

Dossier.....

I/Caractéristiques Sociodémographiques

1°) Date d'admission :

2°) Age en Année :

- Inférieur ou égale à 18
- 19-29 ans
- 30-39 ans
- Supérieur ou égale à 40 ans

3°) Résidence :

a) Commune I, b) Commune II, c) Commune III, d) Commune IV,
e) Commune V, f) Commune VI, g) Hors Bamako h) Hors du Mali

4°) Nationalité :

5°) Ethnie :

a) Senufo b) Bamanan c) Peulh d) Sonrhäï e) Malinké f) Bobo
g) Soninké h) Dogon i) Minianka k) autres

6°) Profession :

a) Sans Profession (Ménagère ?) b) Commerçante c) Fonctionnaire
d) élève e) Etudiante f) autres

7°) Niveau de scolarisation en Français :

a) Non scolarisé b) Fondamental c) Secondaire d) Supérieur
e) autres

8°) Profession du conjoint :

a) Cultivateur b) Commerçant c) Ouvrier d) Etudiant ou Elève
e) Sans Profession f) Fonctionnaire g) Gardien h) autres

9°) Statut Matrimonial :

a) Marié b) Célibataire c) Veuf d) divorcé

II/ Caractéristiques Cliniques

10°) Mode d'admission

a) Evacuée b) Venue d'elle-même

DONNEES CLINIQUES

11°) Si venue d'elle-même (motifs ou signes fonctionnels)

- a) Douleurs abdomino-pelviennes ou CUD b) métrorragie sur aménorrhée
c) crises convulsives d) signes sympathiques de la grossesse e) autres

12°) la structure ayant procédé à l'évacuation

- a) CSCOM b) CS de référence du district c) structure privée
d) structure confessionnelle e) autres

13°) Motifs d'évacuation

- a) dystocie b) hémorragie antépartum c) pré éclampsie d) éclampsie
e) SFA f) GEU g) hémorragie post partum h) autres

14°) Moyens d'évacuation

- a) ambulance b) taxi c) personnel

15°) Durée de l'évacuation en heure

16°) Document d'accompagnement

- a) Partogramme g) Fiche d'évacuation c) Partogramme+Fiche
d) sans document e) autres

17°) Agent ayant autorisé l'évacuation

- a) Médecin b) DES c) FF/Interne d) sage femme e) Infirmière
f) Matrone g) autres

18°) Gestité

- a) Primigeste b) Pauçi geste c) multi geste d) grande multi geste

19°) Parité

- a) (0 - 1) b) (2 - 3) c) (4-5) d) supérieur ou égale à 6

20°) Antécédents médicaux

- a) HTA b) anémie c) diabète d) asthme e) autres

21°) Antécédents chirurgicaux

- a) Appendicite b) Péritonite c) Coelioscopie d) plastie tubaire
e) myomectomie f) césarienne g) salpingectomie h) kystectomie
i) Antécédents traumatiques j) autres

22°) Antécédents gynéco obstétricaux

- a) avortement spontanée b) aspiration c) Curetage

23°) Facteurs de Risque

- Taille < 150cm
- Dystocie du bassin
- Ancienne césarienne
- Ancienne Cerclage
- Parité
- Caractéristiques obstétricales

24°) En cas de grossesse

a) age gestationnel (DDR échographie) b) Nbre de CPN c) pathologie associée à la grossesse

25°) Age gestationnel

a) premier trimestre b) 2^{ème} trimestre c) 3^{ème} trimestre

III/ EXAMENS CLINIQUES A L'ENTREE

A) Signes généraux :

26°) Etat général

a) bon b) passable c) altéré

27°) Coloration des conjonctives

a) colorées b) légèrement pales c) très pales

28°) Fièvre :

a) (37,5 – 38,5) b) supérieur à 38,5 c) pas de fièvre

29°) Hypertension artérielle :

a) Oui b) Non

30°) Pouls :

a) inférieur à 100 btt/mn b) supérieur ou égale à 100 c) imprenable
d) filant

Signes cardio vasculaires

31°) Etat de choc : pouls filant TA effondrée état de la conscience

Signes neurologiques

32°) Agitation **1** Oui **2** Non

33°) Obnubilation **1** Oui **2** Non

34°) Coma **1** Oui **2** Non

B) Signes Physiques

Palpation

35°) Abdomen Fluctuant **1** Oui **2** Non **3** Autres

36°) Cri de l'ombilic **1** Oui **2** Non **3** Autres

Toucher vaginal : Si travail

1 phase de latence **2** phase active **3** phase expulsive

4 durée total du travail **5** type de présentation **6** variété de position

7 Cri du Douglas

37°) Métrorragie

1 minime **2** moyenne **3** très abondante **4** abondante **5** non

Examen au spéculum :

38°) col sain **1** Oui **2** Non

39°) lésion de col à type de :

EXAMENS PARACLINIQUES EFFECTUES

40°) Taux d'hémoglobine

1 normal **2** inférieur ou égale à 4 **3** (4-7) **4**(7-10,5)

5 supérieur à 10, 5 **6** non fait

41°) Groupage Sanguin Rhésus

1 Oui **2** Non

42°) Echographie

1 Oui **2** Non

IV/ DIAGNOSTIC RETENU

- | | | | |
|--|------------------------|---|----------------------------|
| 1 SFA | 2 GEU non rompu | 3 GEU rompu | 4 ruptures utérines |
| 5 placenta praevia hémorragique | | 6 hématome rétro placentaire | |
| 7 pré éclampsie ou éclampsie | | 8 présentations dystociques (Transverse, gros siège, F) | |
| 9 hémorragie du post-partum | | 10 torsion de kyste | |
| 11 procidence du cordon | | 12 Autres | |
| 13 Bassin rétréci | | | |

V/ TRAITEMENT INSTITUE

- Chirurgical
- Médical
- Accouchement instrumenté
- Manœuvres Obstétricales pratiquées
- Nécessité de transfusion

VI/ PRONOSTIC MATERNEL ET FOETAL

43°) Pronostic NOUVEAU NE

1 Vivant 2 mort né 3 décès néonatal 4 décès intra partum

Si vivant Apgar à la 1^{ère} minute 5^{ème} minute 10^{ème} minute

1 inférieur ou égal à 6 2 (entre 7 et 9) 3 10

44°) Enfant réanimé

1 Suite bonne 2 Décès néonatal

Si mort né : Causes :

1 SFA 2 ruptures utérines 3 PPH 4 HRP 5 Eclampsie

6 Procidence du cordon 7 Infection Amniotique

45°) Etat Physique du NNé

1 Normal 2 Mal formé

46°) PRONOSTIC MATERNEL

1 vivante 2 suites simples 3 suites compliquées

47°) Existence de complication Oui ou Non : Types de complications

1 Endométrite 2 Anémie 3 Septicémie 4 Trombophlébite

48°) Décès maternel Oui ou Non : Causes :

1 HRP.PP.RU 2 Anémie 3 Arrêt Cardiaque 4 HTA et
Complications 5 infection 6 Autres à préciser

Annexe II

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : **KODIO**
Prénom : **Boubakar A.**
Titre de la thèse : **Etude epidemio clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.**
Année Universitaire : **2008-2009**
Ville de soutenance : **Bamako**
Pays d'origine : **Mali**
Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la FMPOS.**
Secteurs d'intérêt : **Gynéco- obstétrique, Santé Publique.**

Résumé :

Notre étude rétrospective s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako du 1^{er} Janvier au 31 décembre soit 12 mois.

L'objectif principal est d'étudier les aspects epidemio-cliniques des urgences obstétricales dans notre service. Nous avons enregistré durant la période d'étude 507 cas d'urgences obstétricales soit une fréquence 9,67%. Tous les âges de la période d'activité génitale sont concernés (14 à 46 ans).

Les urgences obstétricales sont dominées par : La souffrance foetale 19,7% ; les dystocies 39,8% ; les hémorragies 7,2%.

La césarienne a été le moyen thérapeutique le plus pratiqué dans la prise en charge des urgences obstétricales soit 95,8% ; le forceps 2,2% ; laparotomie (rupture utérine) 1% ; les sutures des parties molles et la révision utérine 1%.

Les nullipares, les grandes multipares, les jeunes femmes, les conditions socio économiques défavorables, les conditions d'évacuations constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales.

Les consultations prénatales de qualité, les soins obstétricaux d'urgence sont les éléments essentiels de ce véritable problème de santé publique.

Mots clés : urgences obstétricales. (CSREF CVI Bamako)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins **gratuits** à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

JE LE JURE !