

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



ANNEE UNIVERSITAIRE: 2011-2012



N°...../

TITRE

**Audit des NEAR-MISS ou Les échappées
belles au centre de santé de référence de
la commune VI du District de Bamako**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2012

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par :

Monsieur **Lamine Gaoussou CAMARA**

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

(DIPLÔME D'ETAT)



PRESIDENT :

Pr Salif Diakité

MEMBRES :

Dr Diakaridia Koné

CODIRECTEUR

Dr Boubacar Traoré

DIRECTEUR DE THESE :

Dr Moustapha Touré

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

A ALLAH

Louange à DIEU, Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

Par Sa grâce nous avons pu venir à bout de ce travail.

Que DIEU nous protège.

Amen !

A SES MESSAGERS (paix et salut sur eux).

A mes pères

Feu Gaoussou Camara, feu Fousseyni Camara, vous avez fait tout ce qui était en votre pouvoir pour que tous vos enfants puissent avancer le plus loin possible dans les études. Merci pour tout. J'aurai tellement aimé que vous soyez là aujourd'hui mais le destin en a décidé autrement. Merci pour l'éducation reçue que le miséricordieux vous accueille dans son paradis

Amen !

A mes mamans

Maimouna Traore, Fanta Coulibaly je n'ai pas de mots pour qualifier votre courage, votre générosité et votre bravoure. Je suis fier de vous avoir comme mamans. Je vous remercie pour l'éducation que vous nous avez donnée et tous vos encouragements.

Ce travail est le fruit de vos efforts. L'avenir d'un enfant est l'œuvre de sa mère, dit un adage Bamanan. Merci pour tous les efforts consentis à mon égard. Je sais mamans, qu'aucun mot ne saura exprimer combien vous m'êtes chères. Qu'il soit pour vous le témoignage de mon indéfectible amour et de mon attachement éternel. Mamans, que Dieu vous donne encore longue vie et vous comble de sa grâce.

A mes frères et sœurs:

Siaka, Saboukoro, Fatoumata (Fifi), Diaba, Ladji, Ousmane, Nene, Papa, Fadima votre amour ardent, vos prières et vos conseils incessants m'ont toujours donné le courage. Sachez que votre existence reste et demeure ma détermination dans la vie. Puisse ce travail, fruit d'un dur labeur, vous servir de parchemin et nous unir par la grâce de Dieu.

A mes oncles et tantes

Minata, Salimata, Djeneba, Issa, Bakary les mots ne me suffiront pas à exprimer ce que vous êtes et continuez à représenter pour moi. Que Dieu vous donne longue vie auprès de nous. Soyez assurés de ma sincère reconnaissance, merci pour tout.

-Mon tonton Feu Moussa Camara

Merci tonton pour tes conseils, que la terre te soit légère

A ma femme Ramata Samaké

Puisse Dieu te récompenser pour tout ce que tu as fait et continue de faire pour moi. La meilleure récompense est auprès de Dieu. En signe d'affection, trouve ici l'expression de tout mon amour.

A la mémoire de ma grande mère : Feue Saboukoro

Je me souviens encore de ton dernier conseil. Nous ne t'oublierons jamais. Que Dieu t'accueille dans son paradis. Amen !

A mon cher pays, le MALI

A toutes les personnes victimes d'injustices et de maladies à travers le monde.

REMERCIEMENTS

✓ **Au Dr TRAORE Aminata Cissé**

Vous avez été pour moi chère Tante, une formatrice consciencieuse, engagée, et ayant le souci du travail bien fait. Travailler à vos côtés a été une grande chance. Trouvez ici chère tante le témoignage de ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous prête encore une longue vie.

✓ **A mes maîtres formateurs du CS-Réf CVI, notamment** Dr Sinayoko, Dr Diallo Mamadou, Dr Coulibaly Pierre, Dr Samaké Alou. Merci pour l'encadrement et la disponibilité

-A mes camarades jeunes médecins du service

Daouda Samaké, Sekou Sangaré, Fatoumata Traoré, Souleymane Sidibé, Aïssata Dembélé

Pour votre franche collaboration, votre indulgence, votre disponibilité. J'ai beaucoup appris de vous.

✓ **A tous mes ainés médecins du CS- Réf CVI, mes collègues internes**

✓ **Au Dr Moussa SANGARE (neurochirurgien)**

Je ne saurais qualifier votre effort pour la réalisation de cette étude que Dieu vous donne une longue vie. Nous souhaitons plein de bonheur à vous et votre famille.

✓ **A tous le personnel et stagiaires de l'ASACOFA**

✓ **A Dr SIDIBE Seydou et Dr KANE Mounthaka Mamary,** merci pour le soutien matériel et moral, Vous étiez toujours là quand le besoin se faisait sentir, recevez ici mes sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A Mr Mamadou COULIBALY (Mohamed) merci pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long du travail qui est aussi le vôtre. Sachez que vos qualités humaines font de vous une personne admirable.

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

- ✓ A ma belle mère Hawa Diallo, belle sœur Assan Samaké (bébé) merci pour votre soutien.

A tous mes camarades de promotion, mes amis et amies

Aux familles Camara, Traoré, Yena, Diallo, Samaké, Coulibaly

A tous mes collègues du service et tous les personnels de services de gynécologique et d'obstétrique du CSREF. CVI

A tous les professeurs de la FMPOS (Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie).

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Professeur Salif Diakité

Professeur titulaire honoraire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto-Stomatologie (F.M.P.O.S)

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

Votre modestie fait de vous un maître d’abord facile. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité et votre humanisme.

C’est le moment de vous rendre un hommage mérité.

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

Qu’ALLAH vous accorde santé et longévité.

A notre Maître et juge :

Docteur Boubacar Traoré

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako**
- ❖ **Trésorier Général de la SO MA GO (Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique)**
- ❖ **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.**

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

A vos cotés, nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique. Vos qualités de formateur, votre respect pour les autres, votre disponibilité, votre exigence pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre.

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

Cher maître, trouvez ici en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et juge :

Docteur Diakaridia KONE

❖ Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.

Cher maître, vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître aimé de tous.

Qu'ALLAH vous protège durant toute votre carrière!

A notre Maître et Directeur de thèse :

Docteur Moustapha TOURE

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **chef du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali.**
- ❖ **Maître Assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).**
- ❖ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher Maître, c'est un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement, votre combativité, 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.

Veillez croire ici cher maître à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

Que Dieu réalise vos vœux !

Sommaire :

INTRODUCTION :	12
OBJECTIFS :	14
GENERALITES :	15
METHODOLOGIE :	33
1- Cadre de l'étude :	33
2- Type d'étude :	38
3- Période d'étude :	38
4- Population d'étude :	38
5- Echantillonnage :	38
5.1- Critères d'inclusion :	38
5.2- Critères de non inclusion :	38
6- Support de données :	38
7- Patientes et méthodes :	38
8- Traitement des données :	38
RESULTATS :	39
COMMENTAIRES :	54
CONCLUSION-RECOMMANDATIONS :	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	60
ANNEXES :	64

SIGLES ET ABREVIATIONS :

ASACOFA : Association de Santé Communautaire de Faladiè Socoro

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACOBABA : Association de Santé Communautaire de Banankabougou
Faladiè

ASACONIA : Association de Santé Communautaire de Niamakoro

CGR : Concentré Globulaire Rouge

CHU - GT : Centre Hospitalier Universitaire - Gabriel Touré.

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF.CVI : Centre de Santé de Référence de la Commune VI

EDS : Enquête de Démographie et de Santé

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

PFC : Plasma Frais Congelé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PP : Placenta Prævia

SA : Semaine d'Amenorrhée

SAGO : Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

VV : Voie veineuse

Introduction

« **La grossesse et l'accouchement ont depuis longtemps fait courir à la femme un risque mortel** » Cette assertion de **RIVIERE** est restée une vérité non seulement de son temps mais aussi de nos jours.

Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement. [4]

La mortalité maternelle est un sujet de préoccupation dans les pays en développement où elle intervient pour 75% dans l'ensemble des décès de femmes en âge de procréer [4]. Ainsi dans ces pays, les taux enregistrés peuvent atteindre 40 fois les chiffres enregistrés dans les pays industrialisés [9].

Au Mali la mortalité maternelle est de 464 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS IV 2006)

Maguiraga [7] a révélé en 2000 par la méthode des sœurs que la mortalité maternelle au Mali était de 1058,49 pour 100 000 femmes en âge de procréation [6].

La mise en place des soins obstétricaux essentiels dans les structures de santé contribue à la baisse du taux de mortalité maternelle.

L'existence d'un engagement politique est entre autre une condition nécessaire à la réduction de la mortalité maternelle.

Des diagnostics précis et des traitements urgents sont essentiels pour la survie des patientes. La maîtrise et l'application de certains gestes obstétricaux ont permis de sauver certaines patientes de situations très critiques et de rendre le personnel confiant.

Tout ceci concourt à obtenir un meilleur résultat et un bien être des patientes.

Notre attention s'est principalement portée sur l'évaluation de ces patientes qui ont pu échapper à la mort « les échappées belles » ou en d'autres termes « near-miss »

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

Cela demande de mettre en place un éventail de méthodes pour analyser les dossiers des patientes, les surveiller et dispenser des soins adéquats.

Cet éventail de méthodes est appelé **audit** qui se définit comme étant une évaluation critique d'un système, d'une entreprise ou d'une unité de soins, destinée à en déceler et corriger les insuffisances.

Elle concerne un sujet limité et procède par comparaison entre les résultats observés et ceux qui sont généralement admis.

L'effet des propositions résultant de l'étude initiale est apprécié par un contrôle ultérieur.

La réduction du taux de mortalité maternelle, par la prise en charge rapide des cas, et l'amélioration de la santé maternelle et de la qualité de la référence/évacuation au CSRéf.CVI sont les raisons qui ont motivé la réalisation de cette thèse.

Peu d'études ont été réalisées sur les near-miss ainsi nous avons initié la présente étude dont les objectifs sont les suivants :

II – Objectifs

1 – Objectif général :

Cette étude a pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux au CS Réf C.VI du District de Bamako.

2- Objectifs spécifiques :

- Recenser les cas de « Near-miss » au centre de santé de référence de la commune VI
- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patientes.
- Déterminer les pathologies en causes dans les cas de «Near-miss »
- Analyser les protocoles de prise en charge des cas de « Near-miss »

III Généralités

I-Définition de l'audit clinique:

C'est « un processus d'amélioration de la qualité, qui vise à améliorer les soins prodigués aux patientes et les issues cliniques par l'examen systématique des soins de santé par rapport à des critères explicites et par la mise en œuvre de changements. [19]

L'audit des near-miss comporte plusieurs méthodes :

II-LES METHODES D'AUDIT : [19]

1) Différents types d'audits :

- étude des décès maternels dans la communauté (autopsie verbale) ;
- étude sur les décès maternels dans les établissements de soins ;
- étude confidentielle sur les décès maternels ;
- audit clinique ;
- enquête sur la morbidité grave (échappées belles ou near-miss).

Chaque méthode correspond à un niveau d'exécution (voir tableau suivant)

Tableau I : Choix de la méthode d’audit

NIVEAU/ISSUE	DECES MATERNELS	COMPLICATIONS GRAVES	PRATIQUES CLINIQUES
Communautaire	Autopsie verbale (étude des décès maternels dans la communauté)	Non	Non
Etablissement de soins	Etude des décès maternels dans les établissements	Étude des cas: « échappée belle » ou Near- miss	Audit clinique local
National/régional/ district	Enquête confidentielle sur les décès maternels	Enquête confidentielle sur les cas d’échappée belle	Audit clinique national

2) Définition de chaque méthode :

2-1) Etude des décès maternels dans la communauté (autopsie verbale) :

Une autopsie verbale dans le cas d’un décès maternel est une méthode permettant :

- de déterminer les causes médicales du décès ;
- et de rechercher les facteurs personnels, familiaux ou dépendant de la communauté qui ont pu contribuer au décès lorsque celui-ci est survenu en dehors d’un établissement médical.

2-2) Etude sur les décès maternels dans les établissements de soins :

Une étude sur les décès maternels dans les établissement de soins consiste à <<rechercher de manière qualitative et approfondie les causes et les circonstances ayant entourer des décès survenus dans des établissements de santé>> il s’agit en particulier de retracer les parcours des femmes qui sont

décédées au sein du système de soin de santé et dans l'établissement sanitaire afin d'identifier les facteurs évitables ou auxquels on peut remédier et que l'on pourra modifier pour améliorer les soins maternels à l'avenir. Les informations doivent de préférence être complétées par des données recueillies dans la communauté.

2-3) Etude confidentielle sur les décès maternels :

C'est une étude qui consiste à rechercher de façon systématique, pluridisciplinaire et anonyme sur la totalité ou sur un échantillon représentatif des décès maternels survenus au niveau local, régional ou national les causes des décès et les facteurs évitables qui leurs sont liés.

Ses conclusions peuvent être utilisées pour élaborer des programmes régionaux ou nationaux de santé maternelle.

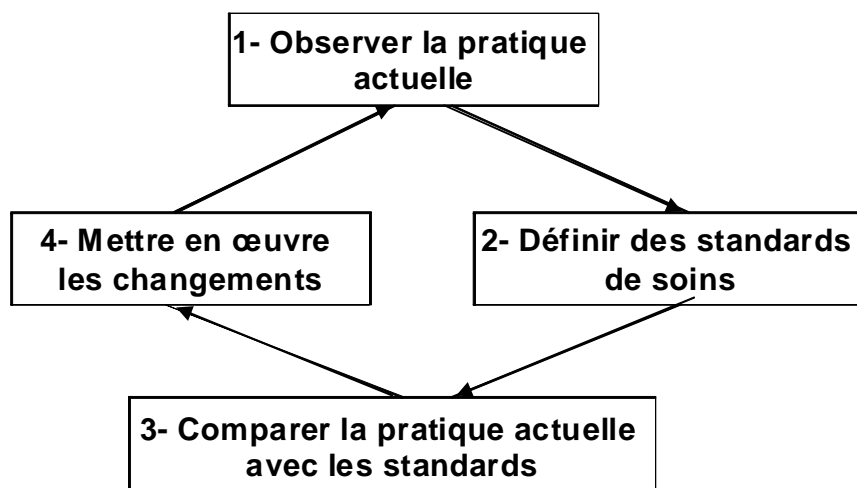
2-4) Enquête sur la morbidité grave (échappées belles ou near-miss).

Une femme dont le pronostic vital immédiat a été mis en jeu pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum ou post-abortum et qui a pu survivre par chance ou par des soins en milieu hospitalier.

3) Cycle de l'audit

Chaque méthode obéit au cycle de l'audit.

Cycle de l'audit [19]



III- Le concept « Near-miss » [19]

La méthode Near-miss est le sujet qui nous concerne compte tenu du caractère urgent des soins dispensés au niveau des Centres de Santé de Référence.

Il s'agit en fait des femmes dont les cas étaient graves et qui semaient la panique dans le milieu médical et l'entourage mais qui ont survécu alors que leurs pronostics paraissaient pourtant désespérés.

Ainsi le concept <<Near-miss >> peut être défini de plusieurs façons :

Est considérée comme <<Near-miss>> toute guérison survenue à la suite d'un risque imminent de décès consécutif à des soins urgents : GUE rompue, PP hémorragique, HRP, Rupture utérine, Hémorragie de la délivrance.

Le terme Near-miss peut être défini selon 3 types de critère :

Définition utilisant les critères de gravité basés sur des signes pour chaque complication médicale.

Définition utilisant les critères de gravité basés sur le type de soins reçus.

Définition basée sur l'insuffisance de fonctionnement des organes vitaux.

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement. L'évacuation d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert d'une parturiente d'un centre médical vers un autre centre mieux équipé.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé. La plupart des accidents sont dus à une méconnaissance du mécanisme physiologique de la grossesse et à la non utilisation du partogramme. Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par :

- les hémorragies (GEU rompue, PP hémorragique, HRP, CIVD, hémorragie de la délivrance, rupture utérine),
- l'éclampsie,
- les infections puerpérales.

IV - PATHOLOGIES COURANTES EN OBSTETRIQUE [19]

1 - Grossesse extra-utérine (GEU):

1.1 Définition : La GEU ou grossesse ectopique est la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Elle est habituellement à l'origine d'accidents hémorragiques qui aboutissent d'une part à l'interruption de la grossesse, d'autre part à des risques vitaux pour les femmes. Aussi doit elle être considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est confirmé

Selon le siège : la GEU peut être :

- Tubaire (interstitielle, isthmique, ampullaire, infundibulaire) ,
- abdominale,
- ovarienne.

La laparotomie est pratiquée dans les pays en développement et la cœliochirurgie dans les pays développés.

1.2 Diagnostic de la GEU

Signes en faveur :

- GEU non rompue :
- L'examen gynécologique retrouve :

Lors de l'examen sous spéculum :

- Un col congestif de grossesse,
- Un saignement d'origine endo-utérine.

Au toucher vaginal :

- Un utérus gravide (le plus souvent de taille normale), moins volumineux que ne le voudrait le terme de la grossesse,
- Parfois une masse unilatérale, latéro-utérine de texture molle, mal limitée et sensible au toucher ou simplement un cul de sac vaginal moins souple, mais sans masse nette,
- Eventuellement, il existera également une douleur à la mobilisation utérine.

.Anomalie des règles,

. Douleurs pelviennes localisées

- GEU rompue :
- Le tableau typique est celui d'un hématocele non compliquée : douleurs à type de coliques, latéralisées, accompagnées de malaises, métrorragies (saignement génital) noirâtres ou sépia après une période d'aménorrhée.
- L'interrogatoire complète l'examen et recherche des antécédents gynéco-obstétriques, chirurgicaux et médicaux
- L'examen montre l'absence de choc ou de tachycardie. Il existe une douleur provoquée à la palpation du ventre, avec parfois une défense (sous forme de contracture à la palpation) sous-ombilicale.
- Les touchers pelviens notent un utérus moins gros que ne le voudrait l'âge gestationnel et peut percevoir une masse latéro-utérine douloureuse avec une douleur dans le cul-de-sac de Douglas (entre rectum et vagin). En règle, le toucher vaginal n'apporte que peu au diagnostic.

. Cri de l'ombilic,

.pâleur conjonctivale,

. La ponction du douglas ramène du sang incoagulable.

1.3 Traitement

➤ Gestes d'urgence.

. Prendre une voie veineuse sûre avec un cathéter,

. Groupage rhésus en urgence,

. Taux d'hémoglobine en urgence.

➤ Prise en charge médicale

Les options médicales sont l'utilisation du méthotrexate par voie générale, ou mieux, *in situ* après ponction du sac gestationnel échoguidée puis injection du médicament. L'administration de doses répétées pourrait augmenter l'efficacité du traitement. La surveillance se fait jusqu'à la baisse des β -HCG jusqu'à 2 UI/l. Le traitement médicamenteux est au moins aussi efficace que la chirurgie dans les formes non compliquées, surtout si le taux de β -HCG est peu élevé.

Tout nouveau début de grossesse est déconseillé jusqu'à trois mois après le traitement

- . Remplissage vasculaire : macromolécules ou des solutés simples,
- . Transfusion si taux d'hémoglobine $\leq 6\text{g}/100\text{dl}$ (concentrés globulaires + plasma frais congelé),

➤ **Prise en charge obstétricale**

Dans tous les cas la laparotomie d'urgence (salpingectomie) ou la coeliochirurgie

2 - Placenta prævia (PP)

2.1) Définition : C'est l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Normalement le placenta s'insère sur le fond utérin ou l'une de ses faces. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporelle devenue pendant la grossesse caduque ou déciduale.

❖ Pendant la grossesse :

➤ Trois variétés anatomiques :

- . Latérale (placenta n'atteint pas l'orifice interne du col),
- . Marginale (le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical),
- . Centrale : il recouvre l'orifice du col.

❖ Pendant le travail : variété recouvrante, variété non recouvrante.

2.2) Diagnostic du placenta prævia :

* **Signes fonctionnels** sont dominés par l'hémorragie externe :

- d'apparition brutale, souvent au repos ;
- de sang rouge, liquide ;
- **indolore**, au début souvent modérée, mais ayant spontanément tendance à récidiver.

***Signes généraux :** on apprécie le retentissement hémodynamique du saignement sur la coloration des muqueuses, la prise du pouls et de la tension artérielle.

*** Signes physiques :**

- l'utérus est souple, bien relâché, la hauteur utérine sera notée ;
- il existe souvent une présentation anormale : transversale, oblique, podalique, présentation céphalique anormalement haute et mobile, mal accommodée au détroit supérieur ;
- les bruits du cœur fœtal sont perçus.

2.3) TRAITEMENT

➤ **Gestes d'urgence.**

.Prendre une voie veineuse sûre avec un cathéter,

. Groupage-rhésus en urgence,

. Taux d'hémoglobine

➤ **Prise en charge obstétricale**

❖ Si bruits du cœur fœtal absents

Etat de la mère satisfaisant (TA systolique $< 80-60$ mm Hg et taux d'hémoglobine >7 g/dl ; conjonctives colorées),

Rupture des membranes,

Ocytocine 5 UI en perfusion (4 gouttes sans dépasser 32 gouttes/mn),

Délivrance artificielle, révision utérine,

Etat de choc de la mère (TA systolique $< 80-60$ mmHg ; pouls filant ; conjonctives pâles),

Réanimer la mère :

Remplissage : macromolécules et solutés simples,

Transfusion si taux d'hémoglobine < 7 g/dl (CGR, PFC)

Placer une sonde urinaire (diurèse),

Contrôle de la TA,

Césarienne d'urgence :

❖ Si BDC présents faire une césarienne

Mise en condition

Prendre une voie veineuse sûre avec un cathéter

Groupage-rhésus

Taux d'hémoglobine.

2.4) Traitement :

➤ Gestes d'urgence

. Prendre une ou deux voies veineuses sûres avec des cathéters de gros calibre,

. Groupage-rhésus

. Taux d'hémoglobine

. Rédiger un bon de sang iso-groupe, iso-rhésus

➤ Prise en charge médicale

. Remplissage (macromolécules)

. Transfusion si taux d'hémoglobine $\leq 6\text{g/dl}$ avec pâleur conjonctivale

. Contrôle TA

. Contrôle de la diurèse (sonde urinaire).

➤ Prise en charge obstétricale

Si hémorragie importante faire une césarienne

Si arrêt hémorragie : accouchement voie naturelle.

En cas de PP recouvrant faire une césarienne

3- Hématome Rétro placentaire (HRP)

3.1) Définition : C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré, alors que le fœtus est encore in utero.

3.2) Les facteurs favorisants : hypertension artérielle, traumatisme, antécédent d'HRP, anomalies funiculaires (cordon court, raccourcissement par circulaire, bretelle).

3.3) Diagnostic :

❖ Signe en faveur :

. Hypertonie utérine,

. Souffrance fœtale ou bruits du cœur fœtal absents,

. Métrorragies faites de sang noirâtre,

. HTA parfois associée.

3.4 Traitement

➤ Gestes d'urgence

- . Prendre une ou deux voies veineuses sûres avec des cathéters de gros calibres,
- . Groupage-rhésus
- . Taux d'hémoglobine

➤ Prise en charge médicale

- . Remplissage (macromolécules)
- . Transfusion si taux d'hémoglobine $\leq 6\text{g/dl}$ avec pâleur conjonctivale
- . Contrôle TA
- . Contrôle de la diurèse (sonde urinaire)
- . Rupture de la membrane

➤ Prise en charge obstétricale

Le traitement a pour but immédiat de **restaurer les pertes sanguines et d'assurer l'hémostase**. Ceci ne peut être atteint de façon durable que par l'évacuation utérine rapide.

Le mode d'évacuation de l'utérus sera déterminé en fonction de l'état et de l'âge gestationnel du fœtus et de l'état maternel.

Césarienne si enfant vivant.

4- Eclampsie

4.1) Définition : Ce sont des crises tonico-cloniques suivies de coma dans les cas graves.

Elle survient typiquement après 20 semaines d'aménorrhée, pendant l'accouchement, ou dans les 48 heures du post-partum. Un petit nombre de cas cependant survient avant 20SA ou après les 1^{ère} 48 heures du post-partum [3].

4 2 Les complications :

La plupart des morts sont dues à des formes compliquées ou mal traitées.

Les morts sont dues à l'hémorragie intracérébrale, à l'œdème pulmonaire, l'insuffisance rénale ou hépatique.

4.3) Diagnostic :

Signes en faveur :

HTA,

Albumine ++

Œdèmes

Crises convulsives.

4.4) Traitement

➤ Gestes d'urgence

. Protéger la femme contre la morsure de la langue en utilisant la canule de Guedel

. Prendre une voie veineuse sûre avec un cathéter,

. Administrer du Diazépam en IVD ou IM au besoin,

. Administrer un anti-HTA

. Réanimation,

. Placer une sonde et surveiller la diurèse,

. Contrôler la TA toutes les 30mn.

➤ Prise en charge obstétricale

Si enfant vivant et si grossesse :

A terme faire une césarienne si dilatation trainante ou si crises subintrantes ou si souffrance fœtale aiguë.

Forceps à dilatation complète avec tête bien engagée si souffrance fœtale aiguë

Non à terme :

31SA < grossesse < 37SA faire une césarienne

Grossesse < 30SA et crises subintrantes pratiquer une césarienne

Si BDC absents et crises espacées :

Traitement médical

Déclenchement : 5 UI oxytocine dans 500cc du glucose 5%, 8 à 32gouttes/mn.

Si crises subintrantes pratiquer une césarienne.

Si dilatation complète (tête bien engagée) faire le forceps

Si HTA maligne faire la césarienne (avant dilatation complète malgré tout traitement)

5- Rupture utérine

5.1) Définition

Il y'a rupture quand l'utérus présente une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine

Il existe 2 types de rupture utérine :

- . Les ruptures spontanées : la dystocie mécanique, les ruptures sur utérus cicatriciel (déhiscence utérine).
- . Les ruptures provoquées : les utérotoniques ; les prostaglandines ; manœuvres obstétricales (manœuvre manuelle, manœuvre instrumentale, version par manœuvre interne) ; traumatisme direct.

5.2 Diagnostic :

Les signes en faveur

- . État de choc,
- . Arrêt des contractions utérines,
- . Saignement vaginal,
- . Segment inférieur très mou ou douloureux au toucher vaginal,
- . Disparition des BDC (bruit du cœur fœtal) et des mouvements actifs,
- . Parfois disparition de la présentation,
- . Un fœtus sous la peau.

5.3 Traitement :

➤ Gestes d'urgence

- .Prendre une voie veineuse sûre avec un cathéter
- .Groupage-rhésus en urgence
- .Taux d'hémoglobine en urgence.

➤ Prise en charge médicale

- .Réanimer la mère :
- . Remplissage vasculaire avec des macromolécules,

. Transfusion si taux d'hémoglobine $\leq 6\text{g/dl}$ (CGR) avec anémie non supportée

➤ **Prise en charge obstétricale**

.Laparotomie en urgence

. Hystérectomie si rupture compliquée,

. Hystérorraphie si rupture simple.

Surveillance de la patiente :

. Placer une sonde urinaire (diurèse),

. Contrôler la TA

. Remplissage si TA systolique $< 80\text{-}60\text{ mm Hg}$

. Référer au service de soins intensifs (réanimation) si diurèse $< 100\text{ml}/24\text{H}$.

6- Hémorragie de la délivrance

6.1 Définition : C'est une hémorragie d'origine utérine (zone d'insertion placentaire) qui survient dans les 24 heures qui suivent l'accouchement et dont l'importance dépasse 500ml et ayant un retentissement sur l'état général.

6.2 Etiologie :

a. Rétention placentaire :

Placenta non décollé (contractilité insuffisante)

Placenta accreta, percréta ou incréta : accolement anormal du placenta à la paroi utérine.

Rétention de débris placentaires.

b. Atonie : hémorragie par voie vaginale, avec un utérus gros et mou à la palpation.

Troubles de la coagulation : CIVD

- La **CIVD** ou **coagulation intra vasculaire disséminée** (ou encore syndrome de défibrination ou coagulopathie de consommation) est un syndrome hémorragique caractérisé par la disparition du fibrinogène du sang circulant.

L'apparition soudaine de facteurs d'activation de la thrombine provoque la formation de dépôts de fibrine et l'oblitération thrombotique des petits

vaisseaux. Cette réaction consomme le fibrinogène, les facteurs V et VIII et les plaquettes. Le sang devient donc incoagulable et des hémorragies surviennent. Survient ensuite une phase réactionnelle avec héparinémie endogène et fibrinolyse.

6.3 Traitement :

➤ Gestes d'urgence

Prendre une voie veineuse sûre avec un cathéter

Groupage-rhésus en urgence

Taux d'hb en urgence

Vérifier l'origine du saignement.

➤ Prise en charge Médicale

Remplissage vasculaire avec des macromolécules ou solutés simples

Transfusion si taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl (CGR ou PFC) avec état non satisfaisant

➤ Prise en charge obstétricale

Délivrance artificielle (rétention placentaire)

Révision utérine (rétention de débris placentaires)

En cas d'atonie faire des injections d'ocytocine en intra mural ou en intraveineuse

Si délivrance impossible (placenta accreta) faire une hystérectomie d'hémostase.

En cas de CIVD

Transfusion massive avec du CGR et PFC

Hystérectomie d'hémostase

En cas de lésions des parties molles : faire une suture d'hémostase.

7- Les infections puerpérales

7.1) Définition : c'est des infections maternelles grave causées par des streptocoques b hémolytiques du groupes a et survenant dans les jours suivant l'accouchement.

7.2) Diagnostic

Les signes en faveur

Endométrite du post-partum :

Fièvre,

Lochies nauséabondes

Utérus gros, mou, sensible au palper.

Etat septicémique :

Fièvre,

Frissons,

Tachycardie,

Etat de choc,

La conduite à tenir

Triple antibiothérapie

Ampicilline 2g toutes les 6H en IVD,

Gentamicine 80mg : 160 mg IM/J,

Métronidazole en perfusion

Méthylergométrine goutte : 20 gouttes X3/j (en cas d'endométrite) ;

Correction du choc et des troubles cardiocirculatoires (perfusion, transfusion).

C - CRITERES D'IDENTIFICATION DES NEAR-MISS [19]

La prise en charge des patientes : elle passe par les étapes suivantes :

1 - Prise en charge diagnostique

Reconnaître tout d'abord l'affection qui doit être prise en charge. Le but est de suppléer à la défaillance des grandes fonctions. La démarche diagnostique et les gestes thérapeutiques sont entièrement liés.

Cette démarche diagnostique doit être brève et fondée sur : le coup d'œil vif, les données anamnestiques sommaires, un examen rapide et complet avec évaluation des scores de gravité. Le diagnostic de certitude est alors posé avec les analyses de laboratoire spécifiques en urgence.

2 - La prise en charge thérapeutique :

Elle passe par :

Le cathétérisme veineux périphérique,

La perfusion de produits sanguins et d'électrolytes (équilibre hydro-électrolytique)

La révision utérine

La rupture des membranes

Les différentes interventions chirurgicales (césarienne, salpingectomie, hystérectomie...)

Dans le management des schémas thérapeutiques, le personnel soignant doit contrôler et noter les paramètres ci-dessous qui seront portés sur la fiche de traitement du service pour un suivi régulier et correct :

Pression artérielle

Température

Diurèse

Certains examens para cliniques sont effectués dont les plus courants sont : l'hémogramme, l'ionogramme, la GE, l'échographie.

Dans le dossier de la patiente on notera quotidiennement un résumé de l'évolution clinique, mais aussi les résultats des examens de laboratoire ainsi que les résultats d'autres examens complémentaires.

La garde est assurée 24H/24.

D - STRATEGIE D'IDENTIFICATION DES NEAR-MISS [19]

GEU, PP, HRP, rupture utérine, TA effondrée, anémie sévère, état de choc.

1 - Système d'identification basé sur les organes :

1.1 - Dysfonctionnement vasculaire :

Hypovolémie : nécessitant une transfusion avec du sang total ou plasma frais congelé, les macromolécules.

1.2 - Dysfonctionnement immunologique par:

Septicémie : Une septicémie est une infection généralisée grave de l'organisme due à des émissions massives et répétées dans le sang de bactéries pathogènes qui sont issues d'un foyer septique.

1.3 - Dysfonctionnement de la coagulation :

Thrombocytopénie aiguë nécessitant une transfusion de plaquettes

1.4 - Dysfonctionnement cérébral :

Tout coma d'origine diverse

Les états de mal convulsif nécessitant l'administration de sédatifs et d'anticonvulsivants.

1.5 - Dysfonctionnement hépatique :

Crises convulsives généralisées sur coma avec une TA > 160/110 mm Hg et une protéinurie > 1g notamment dans le HELLP syndrome.

1.6 - Dysfonctionnement rénal

Oligoanurie : diminution importante du volume des urines due à un dysfonctionnement rénal

2 - Critères basés sur la prise en charge

Nous avons considéré comme « Near-miss » toute patiente admise au centre de santé de référence de la commune VI et ayant été sauvée par des soins appropriés en gynéco-obstétrique comme :

- la transfusion sanguine
- la révision utérine
- la délivrance artificielle
- la suture d'hémostase etc.....

IV – METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

1-1) Présentation de la commune et du Centre de Santé

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.

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

La Commune VI est la plus grande et plus peuplée des communes de Bamako avec 94 km² de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 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.

Les principales activités menées par la population sont :

- ☞ l'agriculture,
- ☞ le maraîchage, la pêche, l'élevage.
- ☞ le petit commerce, le transport et l'artisanat
- ☞ l'existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

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 sa population et celle 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).

La maternité du centre fait en moyenne 15 à 20 accouchements par jour.

1-2) Organisation du service :

a) Infrastructures du service :

- Le service se compose de trois bâtiments : bloc opératoire, bâtiment en étage et complexe mère – enfant.
 - 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 on a :
 - Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
 - 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,

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

- Une unité de consultation pédiatrique,
- Une unité USAC (Unité de Soins, d'Accueil et de Conseil pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA),
- Une unité de consultation post natale.
- A l'étage on a :
 - Un service d'administration comprenant un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, système information sanitaire,
 - Une unité de brigade d'hygiène,
 - Une salle de réunion,
 - Une salle d'échographie,
 - Une unité de chirurgie,
 - Une unité ORL,
 - des toilettes.
 - Complexe mère – enfant :
 - Une salle de consultation gynécologique,
 - Une salle de soins après avortement (SAA),
 - Une unité de planning familiale (PF),
 - Une unité de consultation prénatale (CPN),
 - Une salle d'accouchement,
 - Une salle d'hospitalisation.

Ailleurs, on a :

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

b)Personnel :

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	2
Médecin généraliste	5
Médecin chirurgien	1
Etudiants en fin de cycle	18
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 soins dentaires	4
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	4
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Personnel USAC	4
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	5
Gestionnaire	1
Comptable	1

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	5
Aide soignant	16
Manceuvres + gardien	9
Total	154

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 Lundi et Mardi, le dépistage du cancer du col le Mercredi

Deux séances d'échographie par semaine

Un programme opératoire réservé aux jeudis

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables.

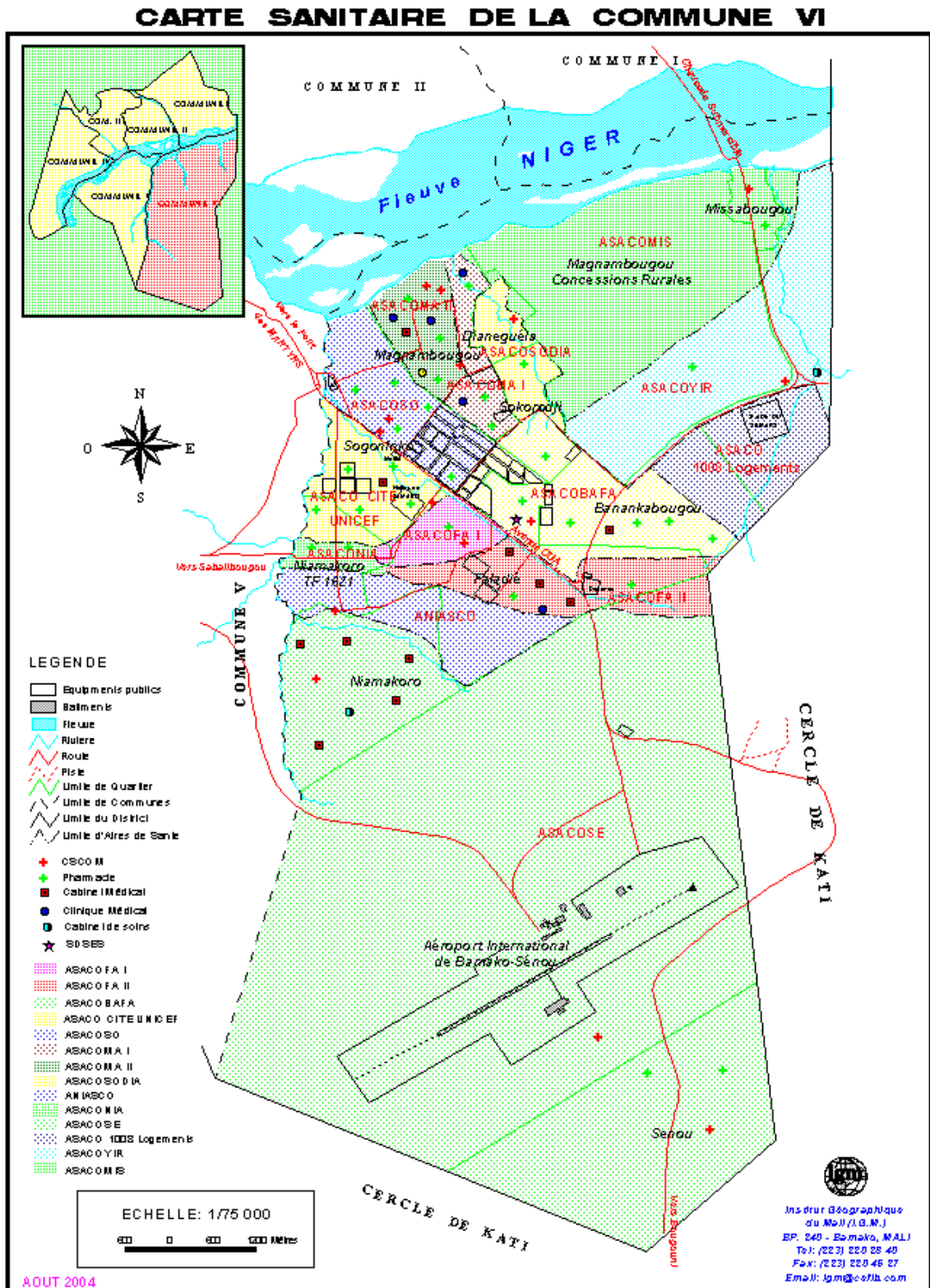
Une équipe de garde qui assure la permanence du centre 24 heures/24.

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.

La suite de la vaccination des nouveaux nés est assurée au niveau des CS-com.



2. Type d'étude :

Notre travail est une étude transversale, descriptive et prospective.

3. Période d'étude :

Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007 soit une période de 24 mois.

4. Population d'étude:

Il s'agit de toutes les patientes admises en urgence à la maternité du CS Réf CVI du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007 ayant reçu des soins et qui ont survécu

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusion :

Toute patiente admise en urgence, référée ou non pour un problème obstétrical au service de gynécologie-obstétrique du CS Réf CVI.

5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas fait partie de l'échantillon toutes les patientes admises pour pathologie non obstétricale.

6. Supports des données:

Le recueil de données a été fait à partir des questionnaires servant de fiche d'enquête, du carnet de santé de la mère, du registre d'accouchement, du registre d'hospitalisation, du registre du bloc opératoire, et des supports de l'évacuation : fiche d'évacuation, partogramme, cahier de référence/évacuation.

7. Patientes et méthodes :

Nous avons formé un comité d'audit composé de gynécologues obstétriciens, de médecins généralistes, de sages femmes, d'infirmiers et d'étudiants faisant fonction d'internes ; qui se réunissaient le premier mercredi de chaque mois pour auditer les dossiers.

8. Traitement des données :

Les données ont été saisies sur Word 2007 et Excel 2007 pour les graphiques.

Les données ont été analysées sur le logiciel EPI INFO version 6.0.

V - RESULTATS

Au cours de notre étude prospective de deux ans du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2007 nous avons recensé 105 cas de near-miss sur 10111 accouchements soit une fréquence de 1,04%.

Tableau II: Répartition des cas de Near-miss par rapport au total des accouchements du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007.

cas	Effectif	Pourcentage
Accouchement	10 006	98,96
Near-miss	105	1,04
Total	10 111	100

Tableau III : Répartition des patientes selon le mois.

Mois	2006		2007	
	Effectif	%	Effectif	%
Janvier	5	9,26	4	7,84
Février	8	14,82	6	11,76
Mars	7	12,96	8	15,69
Avril	4	7,41	3	5,88
Mai	3	5,56	2	3,92
Juin	2	3,70	4	7,84
Juillet	2	3,70	3	5,88
Août	4	7,41	5	9,80
Septembre	7	12,96	7	13,73
Octobre	6	11,11	5	9,80
Novembre	4	7,41	1	1,96
Décembre	2	3,70	1	1,96
TOTAL	54	100	51	100

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

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15 – 20	31	29,53
21 – 25	21	20
26 – 30	20	19,05
31 – 35	16	15,23
36 – 40	15	14,29
> 40	2	1,90
Total	105	100

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	81	77,14
Commerçante	17	16,20
salariées	6	7,71
Elève/étudiante	1	0,95
Total	105	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau D'instruction	Effectif	Pourcentage
Analphabète	71	67,62
Primaire	23	21,90
Secondaire	9	8,58
Supérieur	2	1,90
Total	105	100

Tableau VII: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	101	96,19
Célibataire	4	3,81
Total	105	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	13	12,38
Paucipare	20	19,05
Multipare	61	58,09
Grande multipare	11	10,48
Total	105	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon la profession du conjoint.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ouvrier	36	34,28
Commerçant	28	26,67
Fonctionnaire	24	22,86
Paysan	16	15,23
Marabout	1	0,96
Total	105	100

Tableau X : Répartition des patientes selon leur provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
C VI	92	87,62
Hors C VI	13	12,38
Total	105	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuées	92	87,62
Venues d'elles-mêmes	13	12,38
Total	105	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon la provenance des évacuations.

Provenance	Effectif	pourcentage
CSCOM C.VI	78	84,79
Baguineda	5	5,43
Cabinet SAMA Senou	3	3,26
Maternité base 101 Senou	2	2,17
Cabinet Djiguiya Niamakoro	2	2,17
MIPROMA	1	1,09
Sanankoroba	1	1,09
Total	92	100

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les moyens de transport utilisés.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Transport en commun	50	54,35
Ambulance	21	22,82
Véhicule personnel	13	14,13
Taxi	8	8,70
Total	105	100

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction du document accompagnant la patiente.

Document	Effectif	Pourcentage
Fiche d'évacuation	40	43,48
Partogramme	32	34,78
Absence	12	13,04
Carnet de CPN	8	8,70
Total	92	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon la durée du trajet.

Durée du trajet (heure)	Effectif	Pourcentage
< 1	17	18,48
1-2	60	65,22
> 2	15	16,30
Total	92	100

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation.

Motif d'évacuation	Effectif	pourcentage
Hémorragie	38	41,30
Douleur abdominale	18	19,57
Eclampsie	12	13,04
Sans motif	12	3,04
GEU	8	8,70
Endométrite	3	3,26
Hypotension	1	1,09
Total	92	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le traitement reçu avant l'admission au CSRéf C.VI

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage
Non	80	86,96
Oui	12	13,40
Total	92	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de leur état à l'admission.

Etat	Effectif	Pourcentage
Agitation	74	70,47
Obnubilation	24	22,86
Coma	7	6,67
Total	105	100

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de la coloration des conjonctives.

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	20	19,05
Pâles	85	80,95
Total	105	100

Tableau XX: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu.

Diagnostic d'entrée	Effectif	Pourcentage
GEU rompue	39	37,14
Eclampsie	22	20,96
Hémorragie de la délivrance	14	13,33
HRP	9	8,57
PP hémorragique	8	7,61
HRP+PP	7	6,67
Rupture utérine	3	2,86
Septicémie dans les suites de couche	3	2,86
Total	105	100

Tableau XXI : Répartition selon la concordance entre motif d'évacuation et le diagnostic retenu à l'admission.

Concordance	Effectif	Pourcentage
Oui	39	42,40
Non	53	57,60
Total	92	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon les types de complication.

Type de complication	Effectif	Pourcentage
Choc hémorragique	63	60
Crises convulsives	22	20,95
HTA maligne et instabilité tensionnelle	10	9,53
Coma éclamptique	6	5,71
Choc septique	3	2,86
Atteinte rénale (anurie)	1	0,95
Total	105	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le type de prise en charge.

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
Chirurgicale	75	71,43
Médicale	18	17,14
obstétricale	12	11,43
Total	105	100

Tableau XXIV : Répartition selon la transfusion

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	53	53,54
Non	46	46,46
Total	99	100

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la satisfaction du besoin de transfusion

Besoin de Transfusion	Effectif	Pourcentage
Satisfaisant	53	89,83
Non Satisfaisant	6	10,17
Total	59	100

Tableau XXVI: Répartition des patientes transfusées selon les pathologies.

Pathologie	Effectif	Pourcentage
GEU rompue	22	41,50
Rupture utérine	3	5,67
HRP+PP	7	13,21
HRP	4	7,54
Hémorragie de la délivrance	10	18,87
PP hémorragique	7	13,21
Total	53	100

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon la durée du séjour.

Durée séjour (jours)	Effectif	Pourcentage
2 - 3	47	44,77
4 - 5	41	39,04
6 -10	16	15,23
> 10	1	0,96
Total	105	100

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon l'abord veineux

Abord veineux	Effectif	Pourcentage
Voie veineuse	23	28,75
Sans voie veineuse	57	71,25
Total	80	100

Tableau XXIX : Répartition des patientes évacuées selon le traitement anti convulsivant au diazépam chez les éclamptiques

Anti convulsivant	Effectif	Pourcentage
Reçu	9	40,91
Non reçu	13	59,09
Total	22	100

Tableau XXX: Répartition des patientes selon la réalisation de l'audit

Audit	Effectif	Pourcentage
Oui	42	40
Non	63	60
Total	105	100

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

Tableau XXXI : Prise en charge des patientes avant pendant et après leur admission :

Pathologie	Nbr	Délais/ Heures	Provenance	Avant admission	CAT pendant l'admission	CAT après l'admission
GEU	39	<24h 27 >24h 12	CVI 27 Hors CVI 12	-VV 16 -Sans VV 23	-VV pour les sans voie, groupage rhésus taux d'hb, remplissage vasculaire, transfusion si taux d'hb ≤7g dl avec pâleur conjonctivale puis laparotomie d'urgence avec ou sans salpingectomie.	Antibiothérapie supplémentation prévention palustre
PP Hémorragique	11	<24h 8 >24h 3	CVI 8 Hors CVI 3	-VV 7 -Sans VV 4	-VV pour les sans voie, groupage rhésus taux d'hb) rupture des membranes si variété non recouvrantes perfusion d'ocytocines révision utérine transfusion si taux d'hb ≤7gdl avec pâleur conjonctivale oxygénation césarienne systématique pour les variétés recouvrantes.	Supplémentation martiale
HRP	13	<24h 6 >24h 7	CVI 9 Hors CVI 4	VV 8 -Sans VV 5	-VV pour les sans voie, rupture des membranes, groupage rhésus, taux d'hb sonde urinaire césarienne si enfant vivant.	Antibiothérapie Supplémentation martiale
Eclampsie	22	<24h 18 >24h 4	CVI 16 Hors CVI 6	-VV 14 -Sans VV 8	-VV pour les sans voie, anticonvulsivant (diazépam, Sulfate de Mg), loxen injectable en perfusion, contrôle de la tension, césarienne si grossesse à terme, enfant vivant et crises subintrantes.	Antihypertenseurs
RU	3	<24h >24h 3	CVI 0 Hors CVI 3	-VV 1 -Sans VV 2	-VV pour les sans voie, groupage rhésus taux d'hb laparotomie d'urgence avec suture hémostatique de la brèche plus ou moins transfusion parfois hystérectomie d'hémostase.	Antibiothérapie supplémentation martiale prévention du paludisme MII
Hémorragie de la délivrance	14	<24h 3 >24h 11	CVI 3 Hors CVI 11	-VV 8 -Sans VV 6	-VV pour les sans voie, vérification de l'origine du saignement sous valve, délivrance artificielle si rétention placentaire, révision utérine en cas de débris placentaires, si atonie : injection, perfusion d'ocytocine, hystérectomie d'hémostase si placenta acreta.	Supplémentation martiale, antibiothérapie
Infections puerpérales	3	<24h >24h 3	CVI 0 Hors CVI 3	-VV -Sans VV 3	-VV Ecouvillonnage, antipyrétique, toilette vulvaire, Antibiothérapie.	Antibiothérapie d'entretien prévention du paludisme MII

Gestes effectués dans la prise en charge des patientes :

- Nous avons mis en place la voie veineuse chez 57 patientes,
- transfusé 53 patientes,
- fait la césarienne chez 29 patientes,
- fait l'hystérectomie pour rupture utérine compliquée chez une patiente,
- mis 22 patientes sous antihypertenseur,
- mis 72 patientes sous antibiotiques,
- fait hystérorraphie chez 2 patientes,
- fait la révision utérine chez 14 patientes,
- fait la rupture des membranes chez 18 patientes,
- fait l'écouvillonnage chez 3 patientes,

Les différentes anomalies relevées ont été les suivantes

- retard dans la référence chez 26 patientes
- pas d'antibiothérapie de soin avant l'évacuation chez 52
- pas de geste d'obstétrique (révision utérine, rupture des membranes) chez 32 patientes
- transfusion non faite chez 53
- pas de gestes chirurgicaux (suture hémostatique, colporraphie) chez 87
- pas de prise de la voie veineuse chez 57 patientes.

VI. COMMENTAIRES

Cette étude sur les « Near-miss » a été réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI.

Elle s'est étendue sur une période de deux ans allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007.

Au total, nous avons enregistré 105 patientes.

1- Caractéristiques socio-démographiques :

La grande majorité de nos « Near-miss » était des ménagères avec une fréquence de 77,14 %.

Elles étaient analphabètes dans 67,62 % et mariées dans 96,19 % des cas.

Les conjoints étaient ouvriers dans 32,38 %.

La tranche d'âge prédominante était située entre 15-20 ans. Cela est due à la précocité du mariage et de la grossesse chez nos patientes

Les multipares ont représenté 58,09 %.

Selon l'origine géographique, un nombre important des patientes résidaient dans l'aire géographique de la commune VI.

Cela s'explique par :

- la proximité du CS Réf CVI (87,62%),

- la particularité géographique du cercle de Kati. En effet plusieurs CSCOM relevant de ce cercle sont plus proches du centre de santé de référence de la Commune VI que de leur centre de santé de référence de tutelle.

- la satisfaction des populations quant à la qualité des prestations de service du centre de santé de référence de la Commune VI.

87,62% de nos femmes ont été référées ou évacuées.

Les CSCOM avec 84,79% constituent les gros pourvoyeurs de référence/évacuation.

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

Les structures privées avec 6,52% constituent la deuxième structure sanitaire de cas d'évacuation

2- Moyen de transport utilisé :

Le transport en commun à été le moyen d'évacuation le plus représenté avec une fréquence de 54,35% ; suivi de l'ambulance avec 22,82% ; le véhicule personnel avec 14,13% et le taxi avec 8,70%.

Les transports non médicalisés ont représenté 77,18% ; ceci peut s'expliquer par l'insuffisance du système de référence / évacuation.

3- Motif d'évacuation :

L'hémorragie a été le motif d'évacuation le plus fréquent avec 41,30%.

Aucun motif n'a été retrouvé pour 13,04% des patientes admises.

Une fiche d'évacuation accompagnait 43,48% des patientes et le partogramme 34,78%.

Les patientes dans 13,04% ont été admises sans document d'évacuation.

Le diagnostic d'admission concordait avec le motif d'évacuation dans 42,40% des cas.

L'obligation de remplir un partogramme pour toutes les parturientes n'est pas toujours respectée comme l'attestent nos résultats.

La non maîtrise de l'outil (remplissage et interprétation) du partogramme semble être la cause. Les documents correctement remplis permettent d'indiquer le motif d'évacuation mais aussi de savoir quels sont les traitements déjà reçus par les parturientes. Cela permet d'établir un véritable feed-back entre le CS Réf CVI et les CSCOM et d'éviter la répétition de certaines erreurs.

4- Traitement reçu au cours de l'évacuation :

Nos patientes dans 86,96% des cas ont été reçues au centre de santé de référence de la Commune VI sans traitement, 71,25 % des patientes étaient sans abord veineux de sorte que certaines patientes ont été reçues dans un état critique.

5- Temps d'évacuation :

La grande majorité de nos « Near-miss » sont arrivées au centre de santé de référence de la Commune VI dans un délai d'une ou deux heures avec un taux de 65,22% des cas ; 18,48% sont arrivées dans un délai inférieur à une heure ; 16,30% dans un délai supérieur à deux heures. Ce sont des références venues hors du district.

Ces retards pourraient s'expliquer par:

- une difficulté de trouver un moyen de transport dans certaines zones.
- un manque de moyen financier pour certaines d'entre-elles retardant leur départ. Ce manque de moyen financier obligeait un bon nombre de patientes à rentrer à domicile pour réunir des fonds nécessaires à leur prise en charge. Ce temps serait réductible si les moyens de communication (RAC ou téléphone) reliaient le centre de santé de référence de la Commune VI et les CSCOM, ceci permettant d'alerter l'ambulance basée au centre de santé de référence de la Commune VI qui assurera l'évacuation de la patiente dans les plus brefs délais.

6- Diagnostic :

Les causes hémorragiques ont prédominé avec 80 cas soit 76,18% ; il s'agit de :

- GEU rompues avec 39 cas : 37,14% ;
- Ruptures utérines 3 cas : 2,86% ;
- PP hémorragique 8 cas : 7,61% ;
- HRP+PP 7cas : 6,67% ;
- HRP 9cas : 8,57% ;
- Hémorragie de la délivrance 14 cas : 13,33%.

L'éclampsie occupe le deuxième rang avec 22 cas soit 20,96%.

Nous avons enregistré 3 cas de septicémie soit 2,86%,

7- Types de complications observées :

85,71% des complications sont survenues avant l'admission au centre de santé de référence de la Commune VI et 14,29% après l'admission. Nous avons observé 14,29% de patientes hospitalisées dans le service dont les complications

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

sont survenues quelques jours après leur admission ; 6,67% ont été admises dans un état de coma et 80,95 avec une pâleur conjonctivale.

Les cas de choc hémorragique ont prédominé avec 60% ; l'HTA et l'instabilité tensionnelle avec 09,53%; les crises convulsives 20,95% ; le choc septique 2,86% et l'atteinte rénale 0,95%.

Dans la prise en charge, les actes urgents et vitaux qui ont sauvé les patientes ont été :

- Chirurgicaux : (césarienne, salpingectomie, hystérorraphie, hystérectomie) : 71,43% ;
- Médicaux : 17,14% ;
- Obstétricaux : 11,43%.

Le kit d'urgence était disponible dans 100% des cas ainsi que les médicaments d'urgence.

Nos patientes ont été transfusées dans 53,54% des cas.

Nous avons enregistré 106 poches transfusées soit une moyenne de deux poches par patiente transfusée.

Les GEU rompues ont représenté 41,50% des pathologies ayant occasionné la transfusion.

Le sang n'était pas disponible dans 6 cas soit 10,17 des cas. Cela s'explique par le fait que le CNTS n'arrive pas à satisfaire tous les besoins en sang.

80% des césariennes ont été effectuées pour l'HRP et/ou PP hémorragique.

Le protocole standard de traitement a été suivi dans 100% des cas.

9- Fréquence des Near-miss par rapport au total des accouchements du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2007 :

Sur 10 006 accouchements nous avons enregistré 105 cas de Near-miss soit une fréquence de 1,04%.

10- Durée de séjour :

Dans 44,77% des cas nos patientes avaient une durée d'hospitalisation courte entre 2-3 jours. Cela peut s'expliquer par la rareté des complications postopératoires et la fréquence des urgences par rapport à la capacité d'accueil.

VIII CONCLUSION- RECOMMANDATIONS

1-Conclusion :

Le présent travail a permis de faire ressortir par l'audit un certain nombre d'insuffisances dans la prise en charge de certaines pathologies et grossesses, du travail d'accouchement et du post partum dans le centre de santé de référence de la Commune VI. Nous avons obtenu les résultats suivants :

- 76,18% de causes hémorragiques (GEU rompue, PP hémorragique, HRP, HRP+PP, hémorragie de la délivrance, rupture utérine) ;
- 20,96% d'éclampsie ;
- 2,86% de septicémie.

Il ressort de cette étude que les principales insuffisances sont :

- Retard dans la référence
- Absence de voie veineuse
- Absence de transfusion
- Non administration des produits d'hémostase
- Gestes obstétricaux non réalisables à la périphérie (forceps, ventouse, voir césarienne)

Les soins prodigués ont été les suivants :

La transfusion avec 53,54%, la voie veineuse avec 53,43%, la césarienne avec 22,62%, l'hystérectomie avec 0,95%, l'antibiothérapie dans 68,57%, la révision utérine dans 13,33%, la rupture des membranes dans 17,14%, l'écouvillonnage dans 2,86% et l'hystérorraphie 1,90%.

Ce travail nous a permis de mettre en évidence l'importance des audits en occurrence la méthode Near-miss. Ce qui a permis d'améliorer considérablement les attitudes thérapeutiques dans la prise en charge des différentes pathologies rencontrées pendant la période d'étude.

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

Il a également permis d'amener des nouvelles attitudes (création de commission d'audit, analyse périodique de certains dossiers, suivi de la réalisation des différentes recommandations).

NB : *Il faut savoir que les patientes ont été sauvées par les soins et gestes appropriés mais en ayant aussi la chance de leur côté d'où l'appellation Near-miss.*

2- Recommandations :

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

❖ Au personnel de santé :

- respecter les solutions préconisées par les auditeurs quelque soit la méthode d'audit (l'étude des décès maternels ou la morbidité grave) ;
- réévaluer le niveau d'exécution des recommandations avant chaque nouvelle étude d'audit ;
- faire participer le personnel des CSCOM aux différentes assises des audits.
- Prévoir dans la salle d'accouchement un kit contre les hémorragies chez les patientes à risque au 3^{ème} trimestre (grandes multipares, causes de sur distension utérine, HTA et ses complications)
- Prendre une voie veineuse chez toutes les parturientes ;
- Administrer des anticonvulsivants aux patientes en crise d'éclampsie avant évacuation ;
- Respecter dans le plan d'accouchement le point sur les donneurs de sang ;
- Assurer la collecte de sang chez les donneurs au niveau des CSREF.

❖ Aux autorités sanitaires :

- mettre en place dans toutes les structures un système d'audit ;
- renforcer les structures sanitaires en terme d'infrastructures, de personnel qualifié, de matériels et de médicaments ;
- renforcer le système de référence /évacuation ;
- Promouvoir la mise en place des minibanques de sang ;
- Appliquer les protocoles élaborés suite à l'analyse des cas étudiés ;
- Réévaluer ces pratiques sur d'autres patientes ;

❖ À la population :

- respecter le plan d'accouchement ;
- faire des dons réguliers de sang au niveau des différentes minibanques.

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-CHOBLI M, GNGNONA, LOJOSSO U T DOGUET HGOUNGBEF, DIALLO P, AG, BOTONIA.

L'état de choc septique (faculté des sciences de la santé de Cotonou-Bénin)-
XIVème congrès annuel de Conakry, novembre 1997.

2-DIANGUINA M. HTA et grossesse : pronostic Fœto-maternel dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national du Point « G ».

Thèse Méd. ; Bamako. 1996, N°44

3-DIARRA O. L'urgence obstétricale dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G.

Thèse méd. ; Bamako 2000.N°39.

4-KANTE M. Grossesse et accouchement à risque dans le service de Gynéco- obstétrique et l'hôpital national du Point « G ».

THESE MED.; BAMAKO. 1997. N°24.

5-KEITA S B. Placenta prævia : facteurs de risque pronostic de l'accouchement.

Thèse méd. ; Bamako. 1997, N°47.

6-KY M. Near miss

Thèse méd., Bamako 2002 M13.

7-MAGUIIRAGA.M Etude de la mortalité maternelle au Mali.

Causes de facteur de risque au CREF. CV du district de Bamako.

- Thèse méd. ; Bamako 2000. N°110.

8-MANTEL GD, BUCHMANN GT REES H, PATTINSON R C.

Morbidité grave et aigüe : enquête pilote à la définition du "near-miss"

Rev B robs. Gynéco 1998 ; 105 : 985-990.

9-MINISTERES DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES-DSFC

Atelier d'harmonisation des systèmes de référence et contre référence.

Rapport, Bamako, Mai 2000.

10-OMS : rapport sur la santé dans le monde 1998. Genève 1998.

11-OUATTARA M A. Hématome rétro-placentaire, aspects épidémiologiques et thérapeutique au centre de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse méd. : Bamako 2000 .N°126.

12-ROQUEFFEUIL B, ESCURETE. Les soins aux comateux.

Emc, (paris), anesthésie-réanimation, 9-1977.36910 H10.

13-ROSENBERGH G, YEER SAARMAA D, GOL BACHM M, et All “near-miss” chez un enfant avec syndrome de Wolff parkinson white. CH 79 section V 4^{ème} édition 1996

14-SANKARE I. Organisation du système de référence de la commune V du district de Bamako.

These med; Bamako. 2001. N) 39.

15-STONE W, LIMW, AZZAWIF A L, et All, Enquête sur la mobilité maternelle avec identification des “near-miss” avec accès de pronostic vital menacé ST Mary’s hospital medical school, London CH 42 section VI 4^{ème} édition 1996

16-TRAORE K. Etude des “near-miss” dans le service de réanimation de l’hôpital du Point « G »

Thèse méd., Bamako .2000.N°89.

17-VINCENT DE BROUWER Hospital « near-miss » enquires as an astrology top improve quality of obstetric care in Benin, Ivory Coast an MAROCCO. Séminaire –atelier national sur les définitions des cas de « near-miss » et des standards de qualité au Maroc ,25-29 janvier 1992.

18-VOKAU R, LEWIS S. Grossesse à haut risque.

Edit Masson (paris), 1980. 380P.

19-WORLD HEALTH ORGANIZATION, GENEVE 2004. Au-delà des nombres.

Démarche d'audit

1. Résumé Clinique de l'histoire de la patiente

2. Cheminement de la patiente avant l'admission

- La parturiente a-t-elle été référée ? 1- oui 2- non
- Si oui d'où vient-elle ?
- Y a-t-il une fiche de liaison ? 1- oui 2- non
- Les informations qui y figurent ont-elles été utiles pour accélérer le processus de diagnostic traitement ? 1- oui 2- non
- A-t-elle été mise en condition avant d'être transférée ? 1-oui 2-non
- Y a-t-il eu un retard dans la référence de la parturiente ? 1-oui 2-non
- Quels délais peut-on mettre en évidence ?

3. Prise en charge à l'admission

- La parturiente a-t-elle été bien accueillie ? 1- oui 2- non
- La complication near-miss a-t-elle été identifiée à l'entrée ? 1- oui 2- non
- Si non, quand a-t-elle fait sa complication near miss ?
- Qu'est-ce qui a été fait à l'admission pour la mettre en condition ?
- Qu'elle est la qualité au remplissage du dossier accouchement lors de l'examen d'entrée ?
- L'examen a-t-il été techniquement adéquat ?
(Selon le dossier accouchement) 1- oui 2- non

4. Qualité du diagnostic

- Est-ce qu'il y avait un problème identifiable à l'admission (problème financier ou autres) ? 1- oui 2- non
- Le diagnostic d'entrée était-il adéquat ? (Comparer avec le diagnostic de sorti) 1- oui 2- non
- Sur quelle base a-t-il été fait ?
- Y a-t-il un délai entre l'admission et le diagnostic ? 1- oui 2- non
- Y a-t-il eu un délai de communication entre les membres du staff (entre sage femme et le médecin de garde) ? 1- oui 2- non
- Est-ce que toutes investigations diagnostiques nécessaires ont été faites ? 1- oui 2- non
- Est-ce que toutes investigations faites étaient nécessaires ? 1- oui 2- non
- Y a-t-il eu un délai entre les investigations demandées et les résultats ? 1- oui 2- non

5. Qualité du traitement

- La mise en condition (Installation d'une perfusion, traitement pour stabiliser la femme) a-t-elle été adéquate ? ? 1- oui 2- non
-
- Le traitement de la complication near-miss elle-même a-il été adéquat, 1 intervention chirurgicale, 2 transfusions, 3 traitements de l'infection ?
- Chaque élément de prise en charge de la patiente a-t-il été adéquat ? 1- oui 2- non
- Le traitement donné suivait-il le protocole décidé ? 1- oui 2- non
- Y a-t-il eu des instructions écrites et claires sur le traitement à exécuter ? 1- oui 2- non
- Chaque problème identifié a-t-il été correcte ? 1- oui 2- non
- Y a-t-il eu des délais avant la prescription (par exemple parce que les signes n'étaient pas suivis, parce que la personne qui devait décider du traitement n'était pas disponible ; etc.) ? 1- oui 2- non
- Y a-t-il eu des délais la prescription et l'exécution du traitement ? 1- oui 2- non

6. Suivi des soins

- Est-ce le diagnostic à la sortie est correct ? Cohérent dans tous les registres ? Suffisamment précis ? 1- oui 2- non
- Est-ce que le suivi du traitement était basé sur un des protocoles standard ? 1- oui 2- non
- Est-ce que le suivi du traitement a été réalisé selon les instructions ? 1- oui 2- non
- Est-ce que le suivi des signes/paramètres a été correctement prescrit (par exemple instructions claires sur le moment et le paramètre à suivre) ? 1- oui 2- non
- Est-ce qu'il y avait des instructions claires sur ce devrait faire le personnel lorsque les paramètres s'écartaient de la normale ? 1- oui 2- non
- Est-ce que le suivi des signes/paramètres correspondait à celui des protocoles ? 1- oui 2- non

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

- Est-ce que le suivi des signes/paramètres a été correctement réalisé ? 1- oui
2- non

7. Continuité des soins

- Est-ce le diagnostic à la sortie est correct ? Cohérent dans tous les registres ? Suffisamment précis ? 1- oui 2- non
- Est-ce le moment choisi pour faire sortir la patiente était adéquat (sortie trop tôt ? aurait pu sortir plutôt ?) 1- oui 2- non
- Est-ce le suivi de la prise en charge a été clairement exprimé à la patiente à sa sortie (rendez vous de contrôle nécessité de consulter au CS etc.) ? 1- oui 2- non
- Est-ce les instructions ont été rédigées pour assurer la continuité des soins (lettre de contre référence, lettre de sortie de l'hôpital vers l'échelon primaire) ? 1- oui
2- non

8. Information dans les dossiers

- Est-ce l'information dans les dossiers était adéquate (suffisait pour prendre les décisions correctes) ? Qu'est-ce qui aurait du être mentionné ? 1- oui 2- non
- Est-ce que l'information dans les dossiers était complète ? 1- oui 2- non

9. Autre

- Tout autre élément de soins qui n'a pas été analysé plus haut.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : CAMARA

Prénom : Lamine Gaoussou

Titre de la thèse : Etude des « Near-miss » ou « échappées –belles » dans le CSREF.CVI du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007 à propos de 105 cas.

Année universitaire : 2010 - 2011

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-Stomatologie (FMPOS).

Secteur d'intérêt : Gynéco – obstétrique.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 105 cas de « Near-miss » diagnostiqués du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007 dans le CSRéf. CVI.

Ont été inclus dans notre étude les patientes présentant des affections graves ou symptômes nécessitant une prise en charge urgente et ayant survécu à l'issue des soins reçus.

Ont été exclues de notre étude les patientes dont la prise en charge n'a nécessité aucun geste urgent et toutes celles n'ayant présenté aucune complication pré per ou postopératoire.

L'étude des « Near-miss » permet d'identifier les insuffisances et d'améliorer la qualité de la prise en charge obstétricale au niveau de notre service

Les pathologies concernées étaient les suivantes :

- la grossesse extra-utérine 37,14%
- le placenta prævia hémorragique 7,61%

Near – miss (Echappées belles) au CSRéf Commune VI du District de Bamako

- l'hématome-retro-placentaire 8,57% ;
- l'éclampsie 27,63% ;
- la rupture utérine 2,86% ;
- l'hémorragie de la délivrance 13,33% ;
- l'infection puerpérale 2,86%.

Mots-clés : « Near-miss », Gynéco-obstétrique, diagnostic, prise en charge, urgence, référence / évacuation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 les 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 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.