

Cheick O SANOGO

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



Année : 2012- 2013

N°...../

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

TITRE :

**EVALUATION DU SYSTEME DE REFERNECE EVACUATION A LA
MATERNITE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KITA**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13 avril 2013
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
Par : M. Cheick Omar SANOGO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Issa DIARRA
Membre : Docteur Diakaridia DIALLO
Co-directeur : Docteur Ahmadou COULIBALY
Directeur de thèse : Professeur Bouraima MAIGA

Dédicaces

Je dédie ce travail :

➤ **A Allah** : Le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux. Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail. Gloire à toi Allah, car nul ne peut se passer de ton aide.

➤ **A Mon beau pays le Mali,**

Terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi nous ferons de toi et de l'Afrique comme le disait l'autre : « la plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, une terre de rencontre, une terre de fraternité... », Merci pour tout ce que tu nous as donné. Que ce modeste travail soit une pierre que t'apporte un de tes fils pour l'avancement de la politique sanitaire !

A Mes parents

C'est avec les yeux débordant de larmes, d'amour et de reconnaissance que je rédige ces mots. Je voudrais vous signifier toute ma gratitude, mais je suis embarrassé, ne voyant pas comment l'exprimer avec exactitude

A mon père : Mamadou sanogo

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

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

A mon père : Sékou Dansoko

Les mots me manquent pour parler de tout ce que tu as fait pour que j'aie loin dans mes études

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

Puisse cette thèse m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

A ma mère tendre : M'Bamakan Soucko

Tu es la forteresse de mes forces fragiles. Ton Amour ; ta tendresse et ton courage me permettent de me relever lorsque je tombe. Ce travail est le vôtre. Que Dieu te donne santé et longévité. Amen.

A ceux mon grands pères : Bata Sékou et ma tante Fanta soucko : Merci pour vos soutiens et bénédictions. Dormez en paix

Mes tantes et oncles : La vraie richesse d'une famille, c'est son union. Recevez ce travail comme gage de mon attachement à cet idéal.

A mes frères, sœurs, cousins et cousines:

Fousseyni sanogo kadiatou sanogo souleymane Dansoko
assetou keita mohamed keita couraba keita kankou sissoko
trena sissoko,....

En gage de ma profonde affection. Que se resserrent davantage nos liens fraternels car l'union fait la force.

REMERCIEMENTS

A mes encadreurs du service de gynéco obstétrique du Point G:

Pr Bouraima Maiga

Dr Ahmadou Coulibaly

Dr Mamadou Sima

Dr Mamadou Traore

Dr Ibrahim Kanté

Durant notre séjour dans le service, vous n'avez ménagé aucun effort pour nous former à l'art médical. A travers ce modeste travail, je vous témoigne toute ma gratitude.

- **A La FMPOS** : Plus qu'une faculté d'études médicales, c'est pour nous une école de formation pour la vie. Nous serons partout ta fierté. Remerciements infinis.

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

-Au Docteur Ismaël Simaga médecin chef du CSREF de Kita :

Nous avons été touchés de la gentillesse et de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté que ce travail soit possible.

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

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

Au Docteur diakaridia Diallo, gynécologue au csref de Kita

Recevez à travers ce travail mes sincères remerciements pour tout le soutien dont j'ai bénéficié depuis votre connaissance.

A mon oncle docteur samakoun Keita médecin généraliste, vous avez guidé mes premiers pas en pratique médicale, vous m'avez montré le chemin de la réussite

Cheick O SANOGO

Il ya 5 ans et depuis vous n'avez cessé de m'apporter vos enseignements, ce travail est un résultat de vos nombreuses leçons. Merci infiniment de vos soutiens et de vos enseignements. Gardez et entretenez bien mes **Héritages** aux quels je dis mille fois merci. Que Dieu vous bénisse tous.

- **Aux docteurs : BA abdramane, Diakité famakan, Oumerou s Sylla, Bieter Dembélé**, grâce auxquels j'ai bénéficié de vos expériences professionnelles, qu'ils trouvent ici mes remerciements sincères.

- A la famille Moussa Keita et sayon tounkara à Kita, Merci pour l'hospitalité que vous m'avez réservée pendant mon séjour, que Dieu vous récompense. Amen !

- A mes Tantes paternelles à Bamako et Kayes, merci beaucoup pour votre hospitalité et vos bénédictions. Que Dieu Vous prête longue vie, pleine de santé et bonheur.

- **A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de Kita et particulièrement** Mr Boubacar Diawara, Mr famory Keita, Mr dramane Coulibaly, Mme Diawara Fatoumata, Mme Touré sitan fofana, Dama Sidibé,...

Merci infiniment. Ce travail est le vôtre

- A tout le personnel de la maternité du CSRéf de Kita

- **A mes Amis :** kaly Keita, Souleymane Keita, Mahamadou Diarra, Youssouf kangama, Léon Diarra

- **A mes amis et collègues internes :** Moumoune arama, Souleymane kadri, Amadou dicko, Modibo Diallo, Emmanuel Sissoko. Je me souviendrai toujours de ces agréables moments passés ensemble.

Cheick O SANOGO

- **Tous mes aînés de la F.M.P.O.S** : Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

- **Tout le personnel du service de Gynécologie obstétrique du C.H.U. du Point "G" :**

↳ **Major, Sages Femmes, Infirmiers(ères), Aides soignants(es) et Garçons de salle** : Merci pour les bons moments passés ensemble.

↳ **Mes aînés et à tous les D.E.S** du service de gynécologie obstétrique du C.H.U. Point "G" : Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

↳ **Mes camarades et tous mes cadets du service** : Merci pour votre franche collaboration.

-**Aux personnels du Bloc opératoire du CHU du Point-G** particulièrement Mr Diènfa Diarra, Mr Issa kone,.....

Merci infiniment pour votre soutien infailible.

-A tous ceux qui me connaissent, de loin ou de près qui me sont chers et que je n'ai pas pu nommer ici, **merci !**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur ISSA DIARRA

- **Gynécologue obstétricien à la maternité de Garnison de Kati;**
- **Maître de conférences à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;**
- **Médecin colonel Major de l'armée malienne ;**
- **Haut fonctionnaire de défense au ministère de la sante ;**
- **Ancien directeur central des services de sante des armées du mali**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;**

Honorable maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury ;

Vous nous avez mis à l'aise dès le premier contact

Votre disponibilité, votre enthousiasme, votre amour pour le travail bien fait font de vous un grand maitre apprécié de tous.

Merci pour votre contribution à l'amélioration de ce travail.

Soyez assurer cher maître de notre sincère gratitude.

Cheick O SANOGO

A notre Maître et membre de jury

Dr Diakaridia Diallo

Gynécologue obstétricien au CSREF de Kita

Etre votre élève a été pour moi une chance car j'ai eue à travers votre humanisme; ce que doit être la vision d'un l'homme, d'un responsable.

Je suis convaincu que cette empreinte guidera ma réflexion tout au long de ma carrière. Car votre qualité (votre simplicité, votre courtoisie votre humilité votre courage, votre compétence et votre esprit de recherche) fait de vous une référence.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

A notre Maître et Directeur de thèse Pr. Bouraïma MAIGA

- **Maitre de conférences en Gynécologie obstétrique à la FMPOS,**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),**
- **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,**
- **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,**
- **Détenteur d'un prix Taraboiré dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006,**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

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

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

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

Cheick O SANOGO

A notre Maître et co-directeur de thèse
Dr Ahmadou Coulibaly
Gynécologue obstétricien au CHU du point G

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

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

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

Liste des abréviations

ASACO = Association de Santé Communautaire

BCF = Bruits du Cœur Foetal

BGR= Bassin Généralement Rétréci

BIP= Bipariétal

Cm= Centimètre

CMIE= Centre Médical Inter Entreprise

CPN = Consultation Périnatale

CSCOM = Centre de Santé Communautaire

CSRéf = Centre de Santé de Référence

DFP = Disproportion Foeto-Pelvienne

DNSI = Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

EDS = Enquête Démographique de Santé

FVV = Fistule Vésico-Vaginale

g= gramme

GATPA= Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

GEU = Grossesse Extra-utérine

HRP = Hématome Rétro-placentaire

HU = Hauteur Utérine

Km²= Kilomètre Carré

MAP= Menace d'accouchement prématuré.

ml= Millilitre

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PMA = Paquet minimum d'activité

PMI= Protection Maternelle et Infantile

PP = Placenta Prævia

PPH= Placenta Prævia Hémorragique

RAC = Réseau Administratif de Communication

Cheick O SANOGO

RPM = Rupture Prématuré des Membranes

RU= Rupture utérine

SA= Semaine d'Aménorrhée

SAGO = Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique

SFA = Souffrance Foetale Aiguë

SONU = Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence

UNICEF = Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

OMD= Objectifs du Millénaire pour le Développement

> : Supérieur

< : Inférieur

≥ : Supérieur ou égal

≤ : Inférieur ou égal

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
GENERALITES.....	4
METHODOLOGIE.....	31
RESULTATS	40
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	65
CONCLUSION.....	77
Recommandations.....	
REFERENCES	37
FICHE SIGNALÉTIQUE	
ANNEXES.....	
SERMENT D’HIPPOCRATE	

INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé (**O.M.S**) estime que dans le monde au moins un demi-million de femmes meurent suite aux complications de la grossesse ou de l'accouchement. Ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour une cause liée à la procréation **[1]**.

Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes dans Les pays en voie de développement, ou elles sont responsables d'une mortalité foeto-maternelles élevées **[2]**

Les causes directes de ces décès maternels sont les hémorragies, les complications hypertensives, l'infection, les accouchements dystociques et les complications liés aux avortements clandestins. Selon plusieurs sources concordantes, la plupart des complications pouvant survenir au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum immédiat ne peuvent pas être prédites, ni prévenues, mais elles peuvent être traitées avec succès. C'est pourquoi l'accent doit être mis sur l'amélioration et l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence pour les femmes qui développent des complications **[3]**.

Selon le groupe de travail sur « l'initiative pour une maternité sans risque » ces complications concernent 15% des femmes enceintes qui devraient accoucher dans des établissements obstétricaux de niveau de référence pour des raisons maternelles ou périnatales **[4]**.

Au Mali les statistiques sont plus alarmantes. En effet l'enquête démographique de sante I (EDSI) **[5]** en 1987 avait estimé le taux de mortalité maternelle à 700 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile à 156 pour 1000 naissances.

Devant cette situation d'urgence sanitaire, une nouvelle politique sectorielle de santé a été mise en place en 1990 qui paradoxalement a précédé la politique de population élaborée en 1991.

Cette volonté politique s'est traduite par la mise en place d'un programme national de périnatalité en 1994 en partenariat avec le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). D'autres stratégies et/ou approches ont été mises en œuvre : l'approche des Besoins obstétricaux non couverts (BONC), la mise en œuvre d'un programme de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) 2004.

Il y a eu une tendance à l'amélioration, matérialisée par une diminution du ratio de mortalité maternelle qui a été estimé respectivement à 582 et 464 pour 100.000 naissances vivantes par l'EDS III [6] et EDS IV [7]. Le risque de décès pour cause maternelle est de 1/24. Entre 15-19 ans, plus d'un tiers des décès sont dus à des causes maternelles ; entre 20-29 ans, ce rapport est de 2/5 [8]. Malgré cette amélioration le Mali est loin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement cinq (OMD5). Il faudrait se poser des questions telles que :

- Pourquoi ces décès surviennent-ils et comment les éviter?
- Comment identifier ce qui ne fonctionne pas et entreprendre des mesures correctives.

De ce fait il nous a paru nécessaire de faire une étude sur le système de référence/évacuation obstétricale dans le centre de santé de référence de Kita en se fixant les objectifs suivants :

. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Étudier le système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de Kita.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des références/évacuations obstétricales au CS Réf de Kita ;
- Préciser le profil sociodémographique des patientes référées ou évacuées ;
- Préciser les motifs des références/évacuations obstétricales ;
- Déterminer les conditions de référence/évacuation ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal
- Apprécier les facteurs de risques qui influencent pronostic.

II. GENERALITES

1. Définition : La référence/évacuation sanitaire

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

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

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

- **La référence** : concerne une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse.
- **L'évacuation** : concerne une parturiente ou une gestante adressée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge urgente.

NB : Par définition une femme non suivie en consultation prénatale (CPN) ne peut être référée, elle est évacuée

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

Ce pronostic dépend :

- du suivi correct de la grossesse ;

- de la prise en charge des parturientes dans les centres de santé communautaire (CSCOM) ;
- de l'accessibilité géographique des CSRéf ;
- des moyens logistiques, matériels et financiers.

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

- le 1^{er} retard : c'est le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
- le 2^{eme} retard : c'est le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences ;
- le 3^{eme} retard : c'est le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

2. L'organisation du système de santé au Mali :

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la République du Mali a adopté en décembre 1990, la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population [9]. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé. Elle préconise la participation effective de la communauté au financement et à la gestion des centres de santé. La population se regroupe au tour d'une association appelée ASACO (Association de Santé communautaire) pour le financement et la gestion du CSCOM (Centre de Santé Communautaire).

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

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

Le tableau I ci-dessous présente les fonctions par niveau.

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

Niveau	Structures	Fonctions
National	Ministère de la santé, Cabinet du Ministère, Secrétariat Général du Ministère : Hôpitaux nationaux Direction Nationale de la Santé, Structures rattachées	Orientation des politiques et planification stratégique, définition des normes et procédures, évaluation Formation continue Soins spécialisés
Régional	Direction régionale : Hôpital régional	Appui technique aux cercles Soins de référence de 2 ^{ème} niveau
Cercle	Centre de santé de référence (hôpital de première référence)	Planification/gestion, administration Soins de référence de 1 ^{er} niveau Supervision du 1 ^{er} échelon

Aires de santé (groupes de villages ou de quartiers urbains)	Centre de santé communautaire	Prestation des soins définis dans le paquet minimum d'activités : Préventif, Curatif, Promotionnels, Réadaptatifs.
--	-------------------------------	---

3. Etapes de la mise en œuvre du système de référence/évacuation [10] :

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

-description du système existant à travers une analyse de situation par niveau ;

-Rationalisation des activités du centre de santé de cercle à travers une mise en œuvre conforme aux fonctions et rôles de référence ;

-Définition du chronogramme de mise en œuvre ;

-Elaboration des comptes d'exploitation prévisionnels des activités de la référence ;

-Définition des indicateurs de suivi d'évaluation

b. Organisation d'un atelier d'appropriation par le personnel.

c. Organisation d'un atelier d'information des ASACO, des collectivités et autres partenaires pour discuter des modalités de la référence/ évacuation.

d. Négociation des ASACO et des collectivités avec les populations des aires de santé pour une large information des communautés.

e. Atelier de consensus sur l'organisation de la référence/ évacuation

f. Formation en périnatalité, SOU, PTME (Prévention de la Transmission MERE-ENFANT) contre le VIH

- g. Mise en place des supports SIS (système d'information sanitaire) et de gestion
- h. Suivi Supervision
- i. Monitoring semestriel
- j .Evaluation annuelle
- k. Extension aux soins de référence en médecine et chirurgie.

3.1. Conditions de réussite [10] :

- a- Equipe Socio Sanitaire complète du cercle (au moins 2 médecins à compétence chirurgicale, au moins 2 sages-femmes, au moins 2 infirmiers diplômés d'Etat, 1 technicien de l'Action Sociale, 1 technicien supérieur de l'Action Sociale ou 1 administrateur, 1 technicien sanitaire, 1 gestionnaire, personnel qualifié pour le fonctionnement des différentes unités opérationnelles, personnel de soutien)
- b- Infrastructures et équipements (au moins un bloc opératoire avec deux salles d'opération équipées suivant les normes, une maternité équipée, une unité de néonatalogie équipée selon les normes, des pavillons d'hospitalisation en chirurgie et en médecine équipés selon les normes, l'existence d'une mini banque de sang, existence d'un laboratoire, l'existence d'une salle de réanimation)
- c- Médicaments consommables: existence d'un dépôt de médicaments essentiels, disponibilité d'un stock suffisant en médicaments essentiels, disponibilité d'un kit complet pour le laboratoire.
- d- Financement: remboursement des kits pour l'intervention chirurgicale, les frais d'hospitalisation, actes et examens pré opératoires et le post opératoire.
- e- Logistique : un réseau RAC fonctionnel ou téléphone, ambulance fonctionnelle, système de maintenance des RAC, système de transport adéquat entre le village et le Cscm.
- f- Formation du personnel technique : périnatalité, chirurgie, anesthésie, laboratoire, gestion.

g- Formation des membres des ASACO.

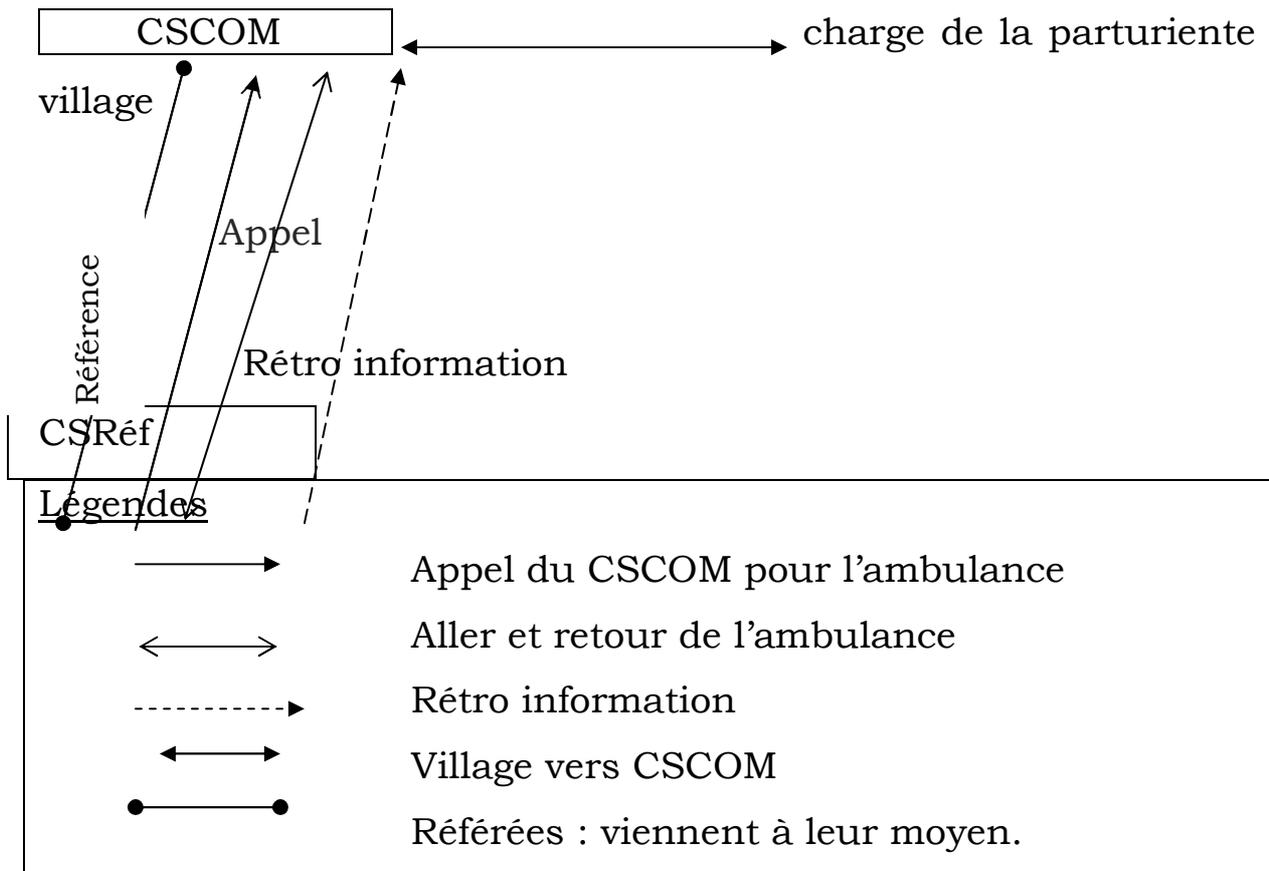
3.2. Rôle des hôpitaux nationaux dans les références :

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

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

Depuis 2003 le système de référence /évacuation est organisé dans le cercle de Kita, les patientes suivent le circuit suivant :

4.1 Circuit des malades (Figure 1) :



4.2. Organisation de la référence/évacuation:

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

A l'arrivée de la parturiente au Csref, un examen obstétrical effectué systématiquement par la sage-femme et /ou l'interne .Le Médecin de garde informé par la suite, confirme le diagnostic

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

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

Le Médecin traitant doit établir une fiche de rétro information qui sera transmise au chef de poste médical du CSCOM.

N.B: le retard d'évacuation est dû souvent à des raisons diverses :

- Panne ou absence de RAC, réseau téléphonique perturbé ;
- Réticence première de la parturiente (rare) ou ses parents.

4. Physiologie de l'accouchement [11] :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après 28 SA. Un accouchement avant 37 SA est dit prématuré [11]. Il est dit spontané s'il se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures. Par contre, il est dit provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique. L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon, il est dirigé. L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal. Dans le cas contraire, il est dystocique [11].

Pour passer de l'excavation pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit adapter au mieux sa forme et ses dimensions à celles du canal pelvi-génital : c'est l'accommodation. L'accommodation se fait grâce à deux phénomènes qui sont l'orientation (la tête fœtale fait coïncider son plus grand diamètre avec celui du plan à franchir) et l'amointrissement (obtenu par la modification d'attitude de la présentation) [11].

L'accouchement comporte deux phénomènes :

4.1. Phénomène dynamique :

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Les contractions utérines du travail sont involontaires, douloureuses, intermittentes, rythmées, progressives dans leur durée et dans leur intensité, totales et s'accompagnent de modifications du col de l'utérus.

Les contractions utérines ont pour conséquences [11]:

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

4.2. Phénomène mécanique [11] :

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

4.3. Travail d'accouchement :

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

L'accouchement comprend trois périodes (12)

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

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

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

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

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

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

4.4. Pronostic maternel : Basé sur l'étude du bassin par :

- la pelvimétrie clinique interne et externe,
- et radiopelvimétrie rarement utilisé de nos jours.

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

4.5. Pronostic fœtal :

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

5. Les motifs de référence : Sont le plus souvent :

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

6. Les motifs d'évacuation :

6.1. Les hémorragies :

6.1.1. La grossesse extra-utérine (GEU)[13] :

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

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

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

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

Dans les formes compliquées :

- Rupture cataclysmique : le tableau classique est celui d'un choc hémorragique par hémopéritoine avec :
 - ✓ tension artérielle abaissée,
 - ✓ un pouls accéléré et filant,
 - ✓ une défense à la palpation abdominale,
 - ✓ au toucher vaginal le cri du douglas.
- Hématocèle enkysté : A l'interrogatoire on a des douleurs pelviennes évoluant depuis plusieurs jours, des métrorragies, parfois avec des épisodes syncopaux. L'examen clinique retrouve une défense sous ombilicale inconstante, un cul-de-sac de Douglas bombé hyperalgique au toucher vaginal.

Le traitement toujours chirurgical dans notre contexte consiste à une salpingectomie.

6.1.2. Placenta prævia(PP) [2] :

C'est l'insertion vicieuse du placenta en partie ou en totalité

sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue pendant la grossesse la caduque ou la déciduale.

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

Anatomiquement nous avons trois variétés :

- La variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice du col ;
- La variété marginale : il arrive au bord supérieur du canal cervical ;
- La variété centrale : il recouvre l'orifice cervical.

Le placenta prævia est une cause de prématurité.

6.1.3. Hématome rétro placentaire (HRP) [2] :

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

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

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

_ Les troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par défibrination, moins rares, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elles entraînent.

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

_ Thrombophlébites des suites de couches.

6.1.4. Pré rupture et Rupture utérine [2] :

➤ **La pré rupture :**

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

Elle se manifeste par :

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

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

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

- ou se produire pendant une manœuvre obstétricale.

Les causes maternelles :

- Les anomalies du bassin osseux : bassin limite, bassin généralement rétréci (BGR) ;
- Multiparité ;
- Cicatrices utérines (surtout corporéales) ;

Les causes fœtales :

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

Les causes iatrogènes :

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

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

6.1.5. Les Hémorragies de la délivrance et du post-partum immédiat [14] :

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

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

6.2. La pré éclampsie/éclampsie [15] :

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce de la pré éclampsie dont l'éclampsie est une des complications majeures. L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du travail, rarement dans les suites de couches. Le traitement de la crise d'éclampsie est basé sur le traitement médical et obstétrical par une évacuation rapide de l'utérus gravide.

6.3. Les dystocies :

6.3.1. Les dystocies d'origine foétale [14] :

6.3.1.1. La disproportion foeto-pelvienne(DFP) :

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 M. [16] une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne [16].

6.3.1.2. Les présentations dystociques [14] :

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

6.3.1.2.1. La présentation du siège [14] :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (foetus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12 % selon Delecour M. [16] sur un total de 18 % de présentation de siège au centre de Foch.

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

6.3.1.2.2. La présentation de la face [14] :

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

6.3.1.2.3. La présentation du front [14] :

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

6.3.1.2.4. La présentation transverse/épaule [14] :

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

6.3.2. Dystocies d'origine maternelle [14] :

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

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

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

6.3.2.2. Bassins pathologiques [14] :

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

souvent recours à la radiopelvimétrie Elle permet de définir trois types principaux d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

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

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

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

Pour un enfant de poids normal si :

- ✓ Le diamètre promonto-rétro pubien à moins de 8cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose ;
- ✓ Si le diamètre promonto-rétro pubien est entre 8 – 9 cm, il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont **[10]**:

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

1. Le poids du fœtus normal

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique

utérine doit faire l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état foetal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col.

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

Les dystocies mécaniques 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.

6.3.2.3. L'utérus cicatriciel [14] :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus ayant déjà été fragilisé par une intervention chirurgicale qui a intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine. Une grossesse dans un utérus cicatriciel impose un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine est systématique en cas d'accouchement par voie basse.

6.4. Procidence du cordon [14] :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible

6.5. La souffrance fœtale [14] :

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

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

7. Thérapeutiques obstétricales :

7.1. La césarienne [14] :

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 :

- Maternelles : les anomalies du bassin (BGR, bassin asymétrique), la pré rupture, l'utérus multi cicatriciel...
- Annexielles : le placenta prævia hémorragique, l'hématome rétro placentaire, la procidence du cordon battant...
- Fœtales : la souffrance fœtale aiguë, les anomalies de présentation (présentations de l'épaule, du front, de la face en mento-sacré), la macrosomie fœtale...

Nous avons d'autres indications comme : La disproportion fœto-pelvienne, l'utérus cicatriciel sur bassin limite, l'éclampsie et la pré éclampsie...

7.2. Les extractions instrumentales :

7.2.1. Le Forceps [14] :

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

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

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

7.2.2. La ventouse [14] :

C'est un instrument de flexion et accessoirement de traction.

La ventouse obstétricale connaît des contre indications qui lui sont propres telles que la prématurité, l'existence de troubles de la coagulation chez le fœtus, les anomalies de la présentation (front, face, siège), une volumineuse bosse séro-sanguine.

7.2.3. Les spatules de Thierry [14] : Ce sont des instruments d'orientation et de propulsion et non de traction, ce qui les différencie des forceps.

7.3. Le déclenchement artificiel du travail :

C'est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'était pas jusque là en travail [14].

Les indications sont multiples ; fœtales (grossesse prolongée, incompatibilité sanguine fœto-maternelle, diabète, retard de croissance intra-utérin), materno-fœtales (rupture prématurée des membranes, syndromes vasculo-rénaux) et enfin, maternelles pures (pathologie maternelle telles que cardiopathie, pneumopathie ...)

7.4. Quelques manœuvres Obstétricales :

7.4.1. La manœuvre de MAURICEAU [14] :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation pelvienne lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médium de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de

Celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête ;

-Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse ;

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

7.4.2. La manœuvre BRACHT [14] :

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

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

7.4.3. La grande extraction du siège [14] :

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

1^{er} Temps : C'est le temps d'abaissement d'un pied, s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

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

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

3^{ème} Temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéropostérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médius le long du bras parallèle à lui.

Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir

l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} Temps : Accouchement de la tête dernière.

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

8. Définitions opératoires :

- Primigestes : il s'agit des femmes qui sont enceintes pour la première fois.
- Paucigestes : les femmes qui ont fait 2 à 3 grossesses.
- Multigestes : les femmes qui ont fait 4 à 6 grossesses.
- Grande multi gestes : les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses.
- Primipares : il s'agit des femmes qui ont accouchés pour la première fois.

- Pauci pares : les femmes qui ont fait 2 à 3 accouchements.
- Multipares : les femmes qui ont fait 4 à 6 accouchements.
- Grandes multipares : les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements.
- Mort foetale in utero : les femmes pour lesquelles les bruits du cœur foetal n'étaient pas audibles à l'admission.
- Souffrance foetale aiguë : Toutes les parturientes chez lesquelles l'auscultation des bruits du cœur foetal au stéthoscope de Pinard à l'entrée révèle des BCF < 120 battements/min ou > 160 battements/min.
- Travail prolongé :
 - Chez la multipare : Travail d'accouchement excédant les 10 heures.
 - Chez la nullipare : Travail d'accouchement excédant les 12 heures.
- Accouchement par voie basse : regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales.
- Mort né : tout nouveau-né dont score d'Apgar est nul à la naissance.
- La mortalité néonatale est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré jusqu'aux 28 jours révolus. Ce temps a été subdivisé pour définir la période néonatale précoce s'étalant de 0-7 jours inclus et la période néonatale tardive allant de 8-28 jours inclus [17].

- La mortalité maternelle se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délais de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite **[18]**.

III/ METHOLOGIE

Cadre de l'étude : L'étude s'est déroulée à la maternité du centre de référence de Kita (région de Kayes, République du Mali).

1.1. Présentation du cercle de Kita :

Situé au Sud-est en première région du Mali, le cercle de Kita s'étend sur une superficie de 35250km².

Le cercle de Kita est limité, au Nord, par les cercles de Diéma et de Nioro ; au Sud, par la république de Guinée ; à l'Est par les cercles de Kati et de Kolokani ; à l'Ouest par les cercles de Bafoulabé et de Kéniéba. Le relief est constitué par un ensemble de plateaux d'une altitude moyenne de 200 à 500mètres parsemés de relief résiduel comme le « Kita Kourou » qui culmine à 50 mètres de part et d'autre d'une plaine centrale.

On y retrouve deux types de climats :

- Au Nord, un climat de type sahélien caractérisé par une courte saison pluvieuse de 3 à 4 mois ; les précipitations y sont de 500 à 700mm de pluies par an ;
- Au Sud, une nuance soudanienne avec une longue saison des pluies allant de 5 à 6 mois et des précipitations abondantes variant entre 1000 et 1200mm par an.

La végétation est à l'image de cette différence de climats : au Sud c'est la savane arborée alors qu'au Nord la végétation est de type steppique. De cette flore variée sont tirées plusieurs essences dont le fameux « quinquéliba » de Kita qui a une grande réputation à travers tout le pays.

Sur le plan hydrographique, le cercle de Kita appartient au bassin versant du fleuve Sénégal. Il est arrosé par ses affluents dont le **Bafing** et le **Bakoye**.

Il compte trente trois (33) communes dont deux (2) urbaines : Kita et Kourounikoto et trente une (31) rurales

La population est estimée en 2010 à 466217habitants selon la DNSI. Les principales ethnies rencontrées sont les malinkés, les bambaras, les Peulhs, les Sarakolés et les Bozos.

La ville de Kita est une commune urbaine de Kita, constituée de treize (13) quartiers et plusieurs villages rattachés à la commune.

Elle dispose de cinq (7) formations sanitaires :

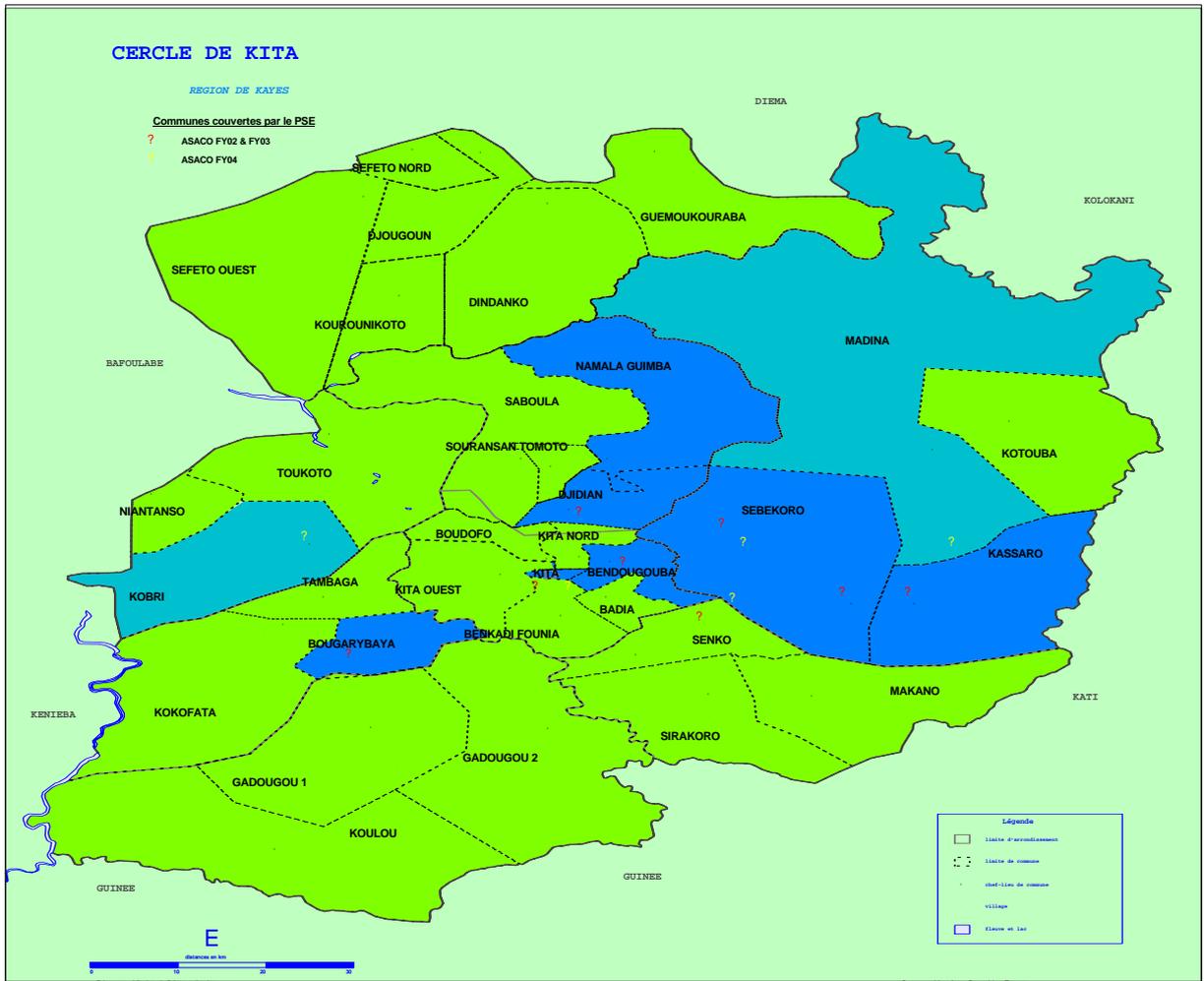
- Un CSREF dans lequel se déroule notre étude ;
- Deux (2) CSCOM (Darsalam et makandiabougou) ;
- Un Centre Médical Inter Entreprise (CMIE) ;
- Une formation sanitaire privée (clinique Bata Sékou).et 2 cabinets médicaux
- Un centre confessionnel(saint Félix)

A celles-ci s'ajoutent deux écoles de formations des techniciens sanitaires, un centre sos, un centre de récupération nutritionnelle des sœurs missionnaires et six officines de pharmacie privées.

LE District sanitaire de Kita est composé de 45 cscocom dont 39 fonctionnels.

Figure 2 : cercle de Kita

NORD



1.2-APERCU HISTORIQUE :

Il n'existe aucune tradition relative à des occupants antérieurs aux familles actuelles. Le premier qui fonda un village dans la zone de Kita fut un nommé **DIOUNA**, chef de la famille des **Tounkara**. Il vint de Ouagadougou (cercle de Goumbou). Un autre chef malinké, **SUNDIATA**, premier aïeul des Keita, habitait alors dans le Manding ; battu et chassé par **SUMANGOUROU**, chef de la famille bambara des Kanté, il implore l'aide de **DIOUNA**. Celui-

ci partit à la tête de ses guerriers, qu'il joignit à ceux de **SUNDIATA**. **SUMANGOUROU** fut battu à son tour et s'enfuit à Koulikoro, aux abords du Niger, où il mourut. **SUNDIATA** a pu se réinstaller au **MANDING**.

Après ce succès, **DIOUNA** retournait à Ouagadougou, quand, frappé de la fertilité des environs de Kita, il résolut de s'y établir ; et en effet, il fonda un village qu'il appela Sédiousaba. Vers la même époque, **SIEMATULUBA**, chef de la famille des Kamara, ayant entendu vanter la richesse et la fertilité de Sédiousaba, quitta son village, Bérénimba, et vint fonder au pied de Kita Kourou, sur l'emplacement actuel de Boudofo, un village qu'il dénomma Fatafi. Il s'allia avec **DIOUNA**, qui, ne se trouvant pas assez en sûreté à Sédiousaba (à 2Km de la montagne) fonda un nouveau village, Linguékoto, où il vint habiter. C'est l'actuel quartier de Tounkarala.

De même que **SIEMATULUBA** avait été attiré par la réputation de Sédiousaba, celle de Fatafi et de Linguékoto tenta **KEMEKO NIA MAKAN KEITA**, fils de **SUNDIATA**. **KEMOKO** fonde Kabaya ; son frère **SETIGUI** le rejoint et crée **Benko** (entre le **Kroukoto** actuel et le pied de la montagne).

Des mariages établissent bientôt des liens étroits entre les trois familles **Tounkara**, **Kamara** et **Keita**. **SETIGUI** épouse la première fille de **SIEMATULUBA**, nommée **GUIFALA** avec laquelle il a eu trois fils : **GANDO**, **TANOU-MASIRE** et **KANKOUROU** que célèbrent encore les griots du pays. Dès lors, la famille des Keita prend une suprématie, une prépondérance qu'elle conservera désormais dans les affaires du pays, bien que ce fût la dernière venue.

1.2.- VOIES ET MOYENS DE COMMUNICATION :

Le cercle est traversé par la voie ferrée qui le relie à Bamako et à Kayes sur respectivement 186 et 307km.

Les routes se repartissent en :

➤ Route internationale ou (la national 24) : Bamako- Kati- Kita- Saraya

➤ Routes régionales :

Route n°9 (RR 9) : Kita- limite du cercle de Kéniéba 102 Km ;

Route n° 10 (RR 10) : Kita- Frontière Guinéenne 85 Km ;

Route n° 11 (RR 11) : Kita- Toukoto- Séféto 160 Km

Route n° 12 (RR12) : Kita- limite du cercle de Nioro 126 Km

Route n° 13 (RR 13) : Kita- Limite avec la région de Koulikoro 102km.

➤ Routes d'intérêt local et pistes rurales :

Elles relient le chef lieu de cercle à certaines localités (Kita- Sagabari ; Kita- Tambaga- Manantali ; Batimakana- Namala ; Djidian- Tofassadaga).

Le réseau routier a été amélioré grâce à la CMDT (Compagnie Malienne de développement des Textiles) qui a réhabilité environ 677kilomètres de pistes rurales et le PDRIK (Projet de Développement Rural Intégré de Kita) dont l'essentiel des interventions dans le domaine des infrastructures routières porte sur le tronçon Kita- Badougou- Santankoto-Toukoto- Balinda long de 15Km avec la réalisation d'un pont entre Toukoto et Kéniénifé qui permet de désenclaver la partie Nord du cercle.

Toutes les structures fonctionnelles de 1^{er} niveau sont reliées au centre de santé de référence par un RAC.

En plus de sa connexion au réseau téléphonique, la télévision nationale couvre environ 30 % du territoire du cercle.

1.3. Présentation du centre de santé de référence de Kita: Il est composé de :

- Une administration ;
- Un service d'hygiène et assainissement ;
- Un service d'ophtalmologie ;
- Un service de stomatologie ;
- Un service de médecine générale ;
- Un service de chirurgie générale ;
- Un service de laboratoire ;
- Un service de radiologie ;
- Un service de dépôt Répartiteur du Cercle ;
- Un service de maternité.

La maternité comporte :

- Une salle de consultation pour médecin ;
- Une salle d'accouchement avec 3 tables d'accouchement ;
- Une unité de suites de couches (2lits) ;
- Une unité pour le Programme Elargi de Vaccination ;
- Une unité de consultation post natale ;
- Trois salles d'hospitalisation (16 lits);
- Trois salles de gardes ;
- Deux bureaux de sage femme ;
- Deux toilettes ;
- Une salle de soins ;
- Une salle de staff.

Le service est dirigé par un gynécologue obstétricien. Le personnel est composé de :

- 1 Médecin gynécologue obstétricien
- 6 Sages femmes ;
- 7 Infirmières obstétriciennes ;
- 2 Matrones ;
- 2 Manœuvres ;

Le fonctionnement :

- Les consultations sont journalières.
- Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 Heures réunissant le personnel du service, dirigé par le Chef de service.

La visite est journalière après le Staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : La garde est assurée par une équipe de garde composée de :

- un gynécologue obstétricien ou un médecin généraliste ;
- un faisant fonction d'interne ;
- une sage femme secondée par une infirmière obstétricienne ou une matrone
- un anesthésiste ;
- un laborantin ;
- un garçon de salle ;
- un chauffeur d'ambulance ;

2. Type d'étude :

IL s'agit d'une étude analytique transversale et descriptive avec collecte prospective des données.

3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012 soit une période d'étude de 12 mois.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes enceintes, parturientes ou accouchées, admises à la maternité du CSRéf de kita pendant la période d'étude.

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses toutes les patientes référées ou évacuées pour un problème obstétrical avec un support conventionnel (Fiche de référence/évacuation, Partogramme) ayant bénéficié d'une prise en charge dans le service. et celles référées sans fiche.

5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- les patientes admises au centre pour un problème non obstétrical ;
- les patientes venues d'elles mêmes.

6. Déroulement de l'enquête :

Elaboration d'un protocole de recherche comportant une fiche d'enquête ;

Contact de tous les agents sanitaires des aires de santé pour la réalisation de ce travail.

7. Fiche d'enquête:

Renseignements généraux : Age – Ethnie – Profession de la patiente – Profession du conjoint – Statut matrimonial – Mode d'admission – Moyen ou condition d'évacuation – Support de référence – Provenance – Agent de l'évacuation – Heure d'appel de l'ambulance – Heure d'arrivée de l'ambulance – Heure de prise en charge.

Les antécédents : Médicaux et chirurgicaux – Gestité – Parité – Nombre d'enfants vivants- CPN.

Examen clinique : Etat général – Examen obstétrical.

Examens complémentaires : Taux d'hémoglobine et groupage rhésus en urgence-Echographie.

Diagnostic retenu et mode thérapeutique.

Evolution et Pronostic : Causes de décès materno-foetal, nature des suites de couches ou opératoires, durée d'hospitalisation.

Coût approximatif de la prise en charge.

8. Gestion des données :

8.1. Support et collecte des données :

Les données sont recueillies à partir :

- des dossiers obstétricaux
- des fiches d'enquêtes portées en annexe,
- des registres d'accouchement et du bloc opératoire
- du cahier de référence/évacuation

- des supports de référence/évacuation, Partogramme et fiche de rétro information.

8.2. Traitement et analyse des données :

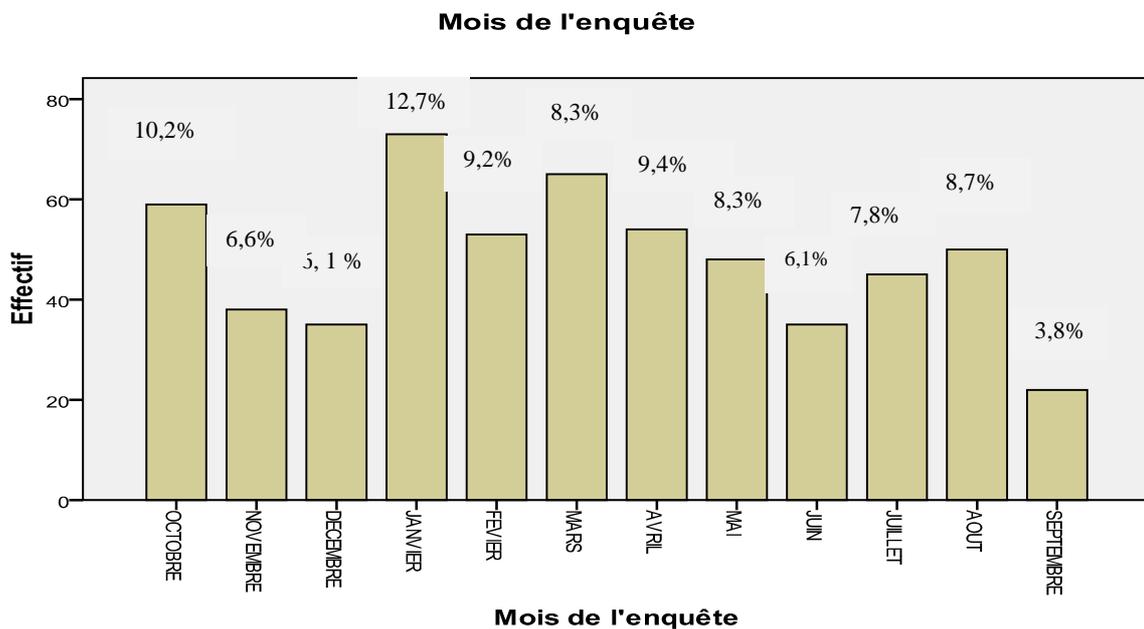
Les données ont été enregistrées sur la fiche d'enquête, traitées et analysées par SPSS 17.0. Les tests statistiques par Pearson Chi2 pour comparer les variables qualitatives (valeur significative si $p < 0,05$). Le traitement de texte sera fait par Word 2007 ; les figures et les tableaux par Excel 2007.

IV. RESULTATS

Durant notre période d'étude du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2012 nous avons enregistré 578 cas de référence/évacuation sur les 1297 accouchements effectués soit 44,5%. La répartition est la suivante : 178 cas de référence soit 13,7% et 400 cas d'évacuation soit 30,8%. Il y a eu 22 grossesses extra-utérines et 23 femmes admises dans le post-partum.

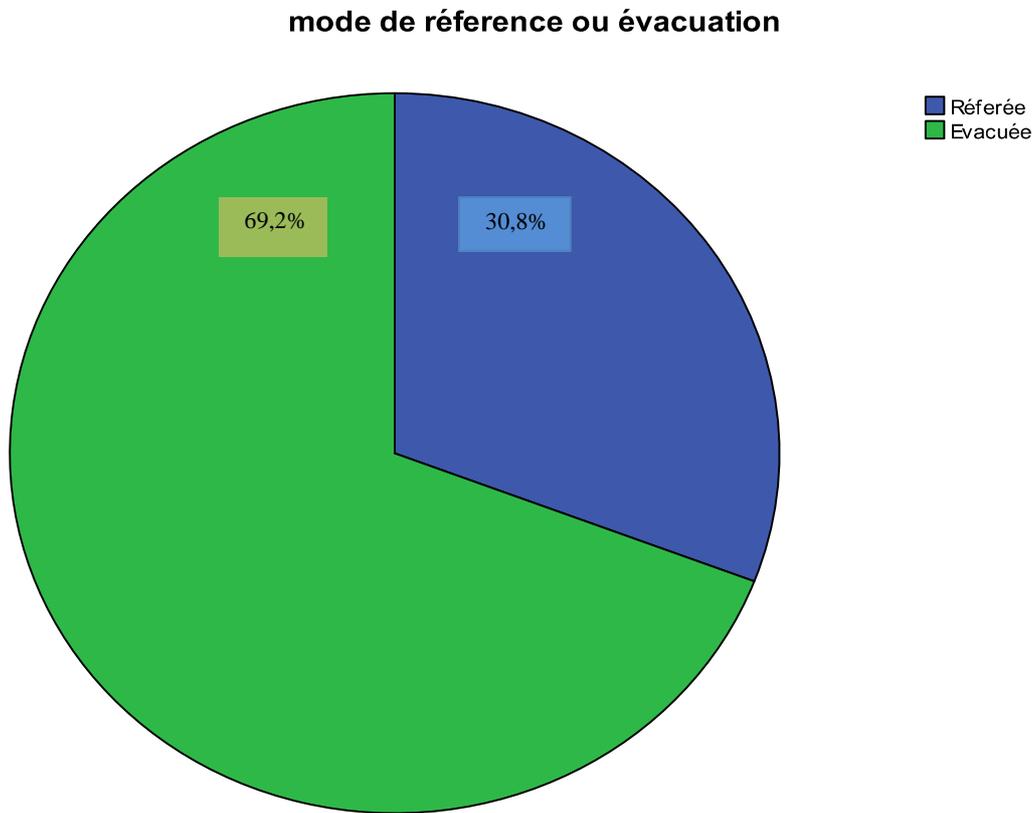
1. Fréquence :

Figure 3 : Répartition mensuelle des patientes pendant la période d'étude



La plus grande fréquence était enregistrée au mois de janvier avec 72 cas soit 12,7%.

Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission



Les évacuées étaient majoritaires avec 400cas soit 69,2%.

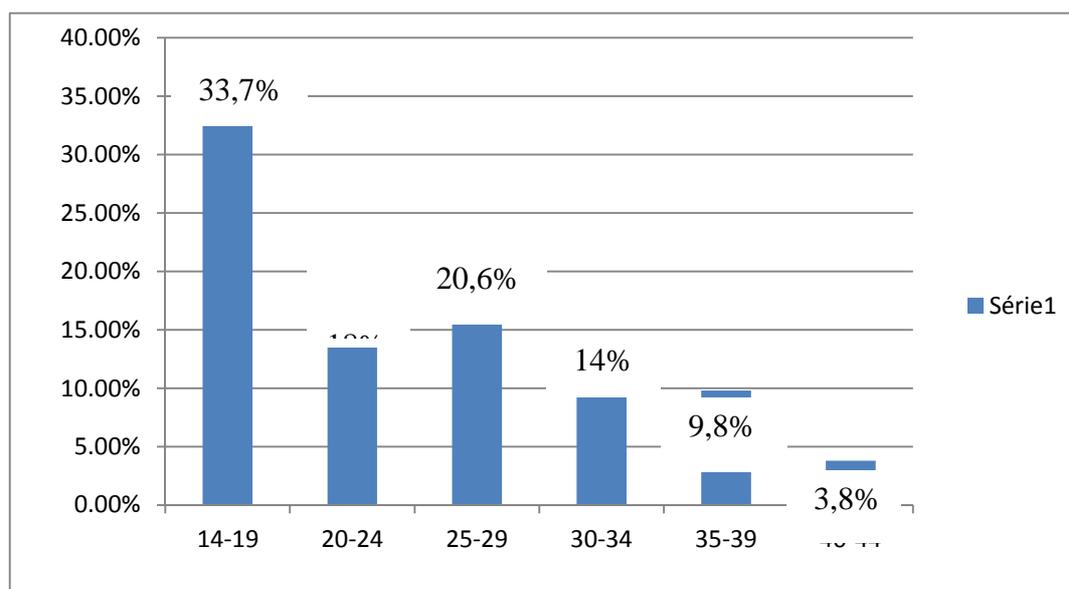
Tableau II: Répartition des patientes selon le contexte de référence/évacuation

Contexte de référence/évacuation	de Evacuées	Référées	Total
Femmes enceintes (grossesse intra-utérine)	367	173	540
Post-partum	18	5	23
Grossesse extra uterine	15	0	15
Total	400	178	578

Les femmes enceintes évacuées étaient majoritaires avec 367 cas soit 63% des cas.

2. Le profil sociodémographique :

Figure 5 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge



Age minimum=14ans, Age moyen=27ans, Age maximum=44ans

Les adolescentes (14-19ans) étaient majoritaires avec 33,7%.

Tableau III : Répartition des patientes selon leur profession

profession de la patiente	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	511	88,4
Elève/ Etudiant	36	6,2
Autres	9	1,6
Sans profession	8	1,4
Fonctionnaire	7	1,2
Vendeuse /commerçante	7	1,2
Total	578	100

*Autres (coiffeuses : 6 ; Teinturières : 3)

*Fonctionnaire (2 secrétaires, 1 comptable, 2 enseignantes]

Les ménagères étaient plus représentées soit 88,4% des cas.

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie

Ethnie de la patiente	Effectifs	Pourcentage
Malinké	315	54,5
Peulh	126	21,8
Bambara	76	13,1
Sarakolé	36	6,2
Autres	11	1,9
Griot	7	1,2
Dogon	3	0,5
Bozo	2	0,3
Forgerons	2	0,3
Total	578	100,

Le Malinké était l'ethnie la plus représentée soit 54,5%.

Autres* : Sonrhäï(1), Senoufo(3), Mossi(2).Kassoke(5)

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction de la patiente	Effectifs	Pourcentage
Aucun	421	72,8
Alphabétisée	46	8
Secondaire	37	6,4
Coranique	36	6,2
primaire	31	5,4
supérieure	7	1,2
Total	578	100,0

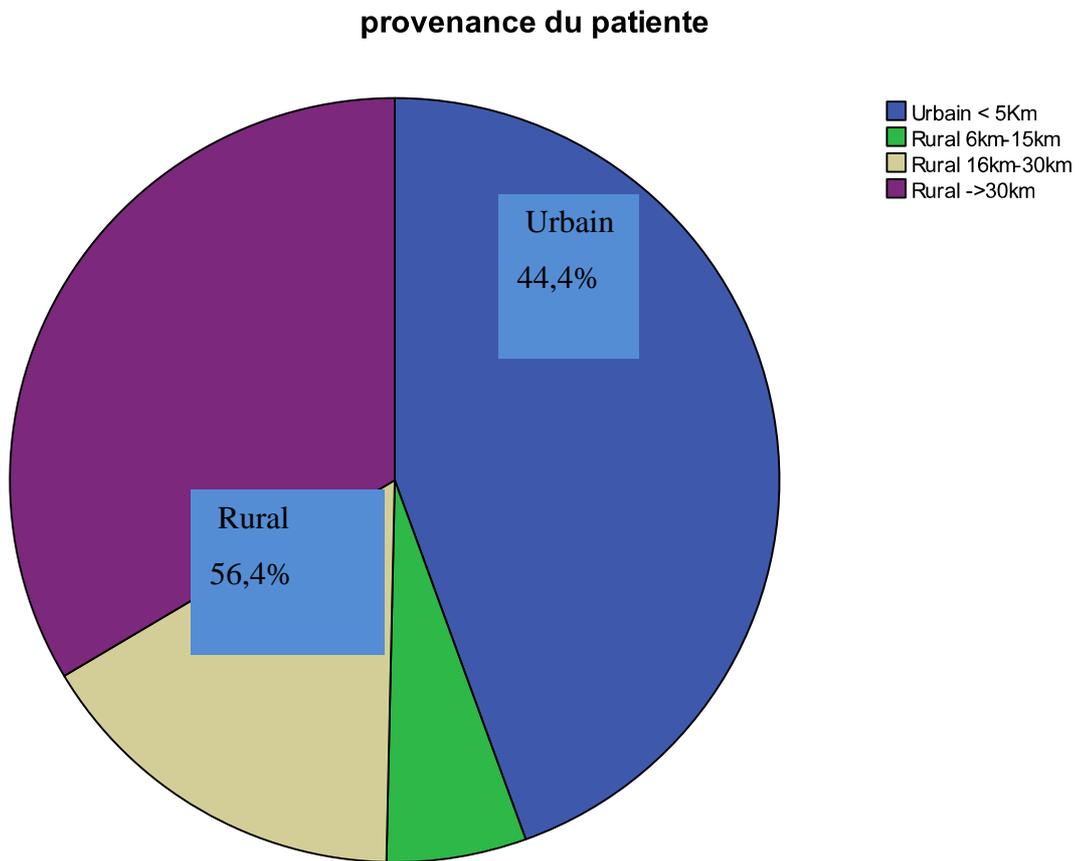
Les patientes qui n'avaient aucun niveau d'instruction étaient les plus représentées soit 72,8%.

Tableau VI : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial et l'âge

Age	Statut matrimonial					Total
	Célibataire	Régime monogamique	Régime polygamique	Divorcée	Veuve	
14-19ans	39(78%)	129(37%)	27(15,1%)	0(0%)	0(0%)	195
20-24ans	7(14%)	68(19,4%)	29(16,2%)	0(0%)	0(0%)	104
25-29ans	3(6%)	64(18,5%)	52(29,1%)	0(0%)	0(0%)	119
30-34ans	0(0%)	59(16,9%)	22(12,3%)	0(0%)	0(0%)	81
35-39ans	1(2%)	25(7,2%)	31(17,3%)	0(0%)	0(0%)	57
40-44ans	0(0%)	4(1%)	18(10%)	0(0%)	0(0%)	33
Total	50(100%)	349(100%)	179(100%)	0(0%)	0(0%)	578

Les adolescentes étaient majoritaires chez les célibataires avec 38 cas soit 78%.

Figure 6 : Répartition des patientes en fonction de leur provenance



La majorité des patientes étaient issues du milieu rural soit 56,4%.

3. La référence/évacuation :**Tableau VII :** Répartition des patientes en fonction du lieu de référence/évacuation

Lieu de référence/ évacuation	Effectifs	Pourcentage %
CSCOM darsalam	105	18,2
CSCOM makadianbougou	88	15,2
CSCOM Kokofata	28	4,8
Dispensaire saint Félix	27	4,7
Cabinet médical brigo	27	4,7
CSCOM Djidjan	23	4
CSCOM sagabary	18	3,1
CSCOM bendougou	18	3,1
CSCOM badinko	18	3,1
CSCOM sirakoro	18	3,1
Clinique bata Sékou	16	2,8
Cabinet médical l'amitié	16	2,8
CSCOM sandiabougou	15	2,6
CSCOM kofeba	14	2,4
CSCOM sébekoro	11	1,9
CSCOM balandougou	11	1,9
CSCOM boukaribaya	11	1,9
CSCOM marena	8	1,4
CSCOM fougna	8	1,4

Cheick O SANOGO

CSCOM boudofo	8	1,4
CSCOM galle	8	1,4
CSCOM moromoro	7	1,2
CSCOM tâbaga	7	1,2
CSCOM kotouba	7	1,2
CSCOM khassaro	6	1
CSCOM kroukoto	6	1
CSCOM manbiri	6	1
CSCOM diougunte	6	1
CSCOM kagoromoutan	5	0,9
CSCOM samedougou	4	0,7
CSCOM kobri	4	0,7
CSCOM Toukoto	4	0,7
Cabinet diagala	4	0,7
CSCOM dafela	4	0,7
CSCOM sefeto	3	0,5
CSCOM goro	3	0,5
CSCOM bankassi	2	0,3
CSCOM balaya	2	0,3
CSCOM kobaronto	2	0,3
CSCOM guetala	2	0,3
Dispensaire badala	1	0,2

CSCOM kenienife	1	0,2
CSCOM sitanikoto	1	0,2
Total	578	100

La majorité des références/évacuations était effectuée par le CSCOM central de darsalam avec 105 cas soit 18,2%.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la distance parcourue

Provenance de la patiente	Effectifs	Pourcentage%
Urbain < 5Km	261	45,1
Rural ≥30km	194	33,6
Rural 16km-30km	92	15,9
Rural 6km-15km	31	5,4
Total	578	100

Dans 33,6 % des cas les patientes parcouraient une distance de plus 30km

Tableau IX : Répartition en fonction de la durée de référence/évacuation (depuis la prise de décision au CSCOM jusqu'à l'arrivée au CSREF)

différents temps d'évacuation	Effectifs	Pourcentage %
Temps d'évacuation < 1H	439	76,0
1H -2H	117	20,2
2H-3H	20	3,5
3H- 4H	2	0,3
Total	578	100,0

Chez 439 femmes soit 76% la durée de référence/évacuation était < 1heure

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu au CSREF

Diagnostic Retenue	Effectifs	Pourcentage %
SFA	64	11,1
Présentation dystocique	41	7
HRP	39	6,7
Syndrome de prérupture	33	5,7
Préclampsie	30	5,2
Autres	29	5
BGR	26	4,5
PPH	25	4,3
Utérus cicatriciel/Bassin limite	24	4,2
Hémorragie du post partum	22	3,8
GEU	20	3,5
Echec de l'épreuve du travail	19	3,3
Dilatation stationnaire	18	3,1
Eclampsie	17	2,9
Procidence du cordon	13	2,2
RPM	13	2,2
Anémie sévère sur grossesse	13	2,2
Macrosomie	11	1,9
MFIU	10	1,7
Avortement tardif	10	1,7

Rupture utérine	9	1,6
Hémorragie de la délivrance	9	1,6
Présentation de la face	8	1,4
Expulsion prolongée	7	1,2
DFP	6	1
Epreuve du travail	6	1
Présentation vicieuse	5	0,9
Dystocie du col	4	0,7
Dépassement du terme	4	0,7
HU excessive	4	0,7
Rétention du débris placentaire	3	0,5
Présentation du siège chez primigeste	3	0,5
Défaut d'engagement	3	0,5
Menace d'accouchement prématurée	2	0,3
Hydramnios	1	0,2
Rétention du jumeau	1	0,2
Présentation du siège sur utérus cicatriciel	1	0,2
Prolapsus génital	1	0,2
Total	578	100,0

La souffrance fœtale aiguë était observée chez 64 parturientes soit 11,1%.

Tableau XI : Répartition selon l'agent qui fait la référence/évacuation

Qualification l'agent qui evacue	Effectifs	Pourcentage%
Infirmière Obstétriciennes	301	52,1
Sage femme	93	16,1
Médecin	65	11,2
Matrone	61	10,6
Autre	56	9,7
Aides soignants	2	0,3
Total	578	100

Autre : accoucheuses traditionnelles

La majorité des femmes étaient évacuées par les Infirmières obstétriciennes soit 52,1%.

Tableau XII: Répartition des patientes selon les moyens de transport utilisés pour l'évacuation

moyens ou condition d'évacuation	Effectifs	Pourcentage %
Ambulance	414	71,6
Moto	83	14,4
Vehicule personnel	34	5,9
Véhicule collectif ou taxi	31	5,4
Autre	16	2,8
Total	578	100

L'ambulance était le moyen le plus utilisé dans 71,6 % des cas pour l'évacuation pendant la période d'étude.

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du support utilisé pour la référence/évacuation

Support référence/ d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
Partogramme et fiche	217	37,9
Fiche d'évacuation	192	33,2
Sans document	76	13,1
Lettre réf/ev	53	9,2
Patogramme	40	6,9
Total	578	100

Dans 37,5%% des cas les patientes étaient admises avec une fiche de référence/évacuation et un Partogramme.

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction du motif de référence/évacuation.

Motif de référence/évacuation	Effectif	Pourcentage(%)
Présentation vicieuse	63	10,9
Dilatation stationnaire	58	10
Hémorragie sur grossesse	57	9,8
Anomalie du bassin	48	8
HTA sur grossesse	37	6,4
Retard d'expulsion	31	5,4
Retard d'expulsion	31	5,4
Eclampsie	27	4,7
Autres	22	3,8
Dépassement du terme	21	3,6
SFA	20	3,5
Anémie sur grossesse	20	3,5
Placenta proevia	16	2,8
GEU	16	2,8
Rupture prématurée des membranes	15	2,6
Primigeste âgée	14	2,4
ATCD de mort ne	13	2,2
Disportion foëto pelvienne	13	2,2
Procidence du cordon	11	1,9
Ancienne césarienne	11	1,9
Grande multipare	11	1,9
Echec de l'épreuve du travail	9	1,6
Hémorragie de la délivrance	9	1,6
Hémato retro placentaire	8	1,4
Syndrome de prerupture		
Anémie du post partum	5	0,9

Anemie du post partum	2	0,3
Total	578	100

La Présentation vicieuse était plus fréquente avec 10,9% des cas.
Autres* : MFIU(3), MAP(7), Douleur pelvienne(5).Prolapsus génital(1), Rétention du débris placentaire (6)

4. Les antécédents :

Tableau XV: Répartition des patientes selon la parité et le mode d'admission

Parité	Mode de référence/évacuation		Total
	Référées	Evacuées	
Nullipare	47(26,4%)	128(32%)	175
Primipare	33(18,5%)	55(13,7%)	88
Paucipare	36(20,2%)	72(18%)	108
Multipare	44(24,7%)	95(23,7%)	139
Grande multipare	18(10,1%)	50(12,5%)	68
Total	178	400	578

Sur 400cas d'évacuations les nullipares ont représenté 128 soit 32% des cas. Pearson Khi²=4,101 p=0,004

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical et le mode d'admission

Antécédent chirurgical	Mode d'admission		
	Référée	Evacuée	Total
Aucun	128(71,9%)	370(92,5%)	498
Césarienne	46(25,8%)	27(6,7%)	73
Cure FVV	1(0,05%)	0(0%)	1
Cure prolapsus utérin	2(0,01%)	0(0%)	2
GEU	1(0,05%)	1(0,01%)	2
Laparotomie pou Appendicectomie	0(0%)	2(0,01%)	2
Total	178(100%)	400(100%)	578

La césarienne était l'antécédent chirurgical le plus fréquent chez les référées avec 46 cas soit 25,8% des cas.

5. Les résultats cliniques :**Tableau XVII :** Répartition en fonction des CPN effectuées chez les femmes enceintes

Nombre CPN effectuée	Effectif	Pourcentage(%)
CPN=0	238	43,5
1à3	216	39,5
≥4	93	17
Total	547	100

Dans 43,5 % des cas les gestantes n'avaient fait aucune consultation prénatale.

Tableau XVIII : Répartition en fonction du niveau d'instruction et des CPN effectuées chez les femmes enceintes

Niveau d'instruction	Nombre de CPN effectuée			Total
	1 à 3	≥4	Zéro	
Primaire	16(7,4%)	7(0,07%)	8(03%)	31
Secondaire	15(6,9%)	12(12,9%)	9(0,04%)	36
Supérieur	0(0%)	6(0,06%)	0(0%)	6
Alphabétisée	18(8,3%)	12(12,9%)	15(0,06%)	45
Coranique	14(6,8%)	8(0,08%)	10(0,04%)	32
Aucun	153(70,8%)	40(51,6%)	196(82,3)	397
Total	216(100)	93(100%)	238(100%)	547

La majorité des patientes non instruites soit 82,3% n'avaient pas fait de CPN. Pearson Chi=48,295 p=0,006

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de l'état des bruits du cœur foetal à l'admission

Bruit du cœur foetal (btts/mn)	Effectif	Pourcentage(%)
Entre120-160	375	68,6
<120	85	15,5
Absent	79	14,4
>160	8	1,5
Total	547	100

Dans 14,4% les bruits du cœur foetal étaient absent au stéthoscope de Pinard à l'admission.

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de l'état des membranes à l'admission

Etat des membranes	Effectifs	Pourcentage %
intactes	302	57,2
Rompues hors service >12H	137	25,9
Rompue hors service <12h	89	16,9
Total	528	100,0

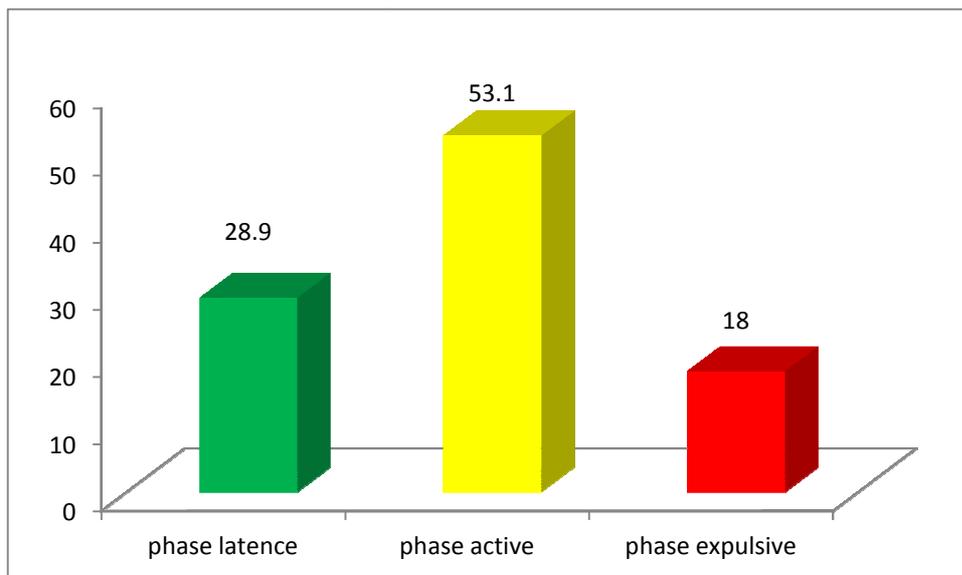
A l'admission 25,9% des femmes avaient déjà leurs poches des eaux rompues de plus 12H.

Tableau XXI: Répartition des patientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide Amniotique	Effectif	Pourcentage(%)
Clair	314	64
Teinté vert(Meconial)	97	19,8
Teinté jaune	56	11,3
Hématique	24	4,9
Total	491	100

Les parturientes qui avaient un liquide amniotique clair étaient majoritaires avec 314cas soit 64%.

Figure 7 : Répartition des patientes en fonction de la phase du travail d'accouchement



Dans 53,1% des cas les gestantes étaient admises à la phase active du travail d'accouchement.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'état du bassin à la pelvimétrie interne

Etat du bassin	Effectif	Pourcentage(%)
Normal	433	83,5
Limite	62	11,9
Rétréci	22	4,2
Asymétrique(séquelle de poliomyélite)	2	0,4
Total	519	100

Le bassin était cliniquement normal dans 83,5%.

Tableau XXIII: Répartition des patientes en fonction du type de présentation

Type de présentation	Effectif	Pourcentage(%)
Sommet	472	92
Siege	24	4,9
Transverse ou épaule	9	1,8
Face	5	1
Front	4	0,3
Total	512	100

La présentation du sommet était la plus représentée avec un effectif de 472 soit 92%.

Tableau XXIV : Répartition des évacuées en fonction du traitement déjà reçu

traitement déjà reçu	Effectifs	Pourcentage%
Aucun	386	70,1
Buthyl	97	17,6
Antibiotique	23	4,2
Ocytocine	19	3,4
Antispasmodique	13	2,4
Soluté	10	1,8
Nifedipine	3	0,5
Total	551	100

Le Buthyl avait été utilisée chez 17,6% des évacuées avant leur admission.

Tableau XXV : Répartition des évacuées en fonction du taux d'hémoglobine fait en urgence

Taux d'hémoglobine ou Hématocrite en urgence	Effectifs	Pourcentage %
7g/dl à 11,5g/dl	283	49,0
Supérieur ou égal 11,5 g/dl	241	41,7
inferieur a 7 g/dl	33	5,7
Non fait	21	3,6

Taux d'hémoglobine ou Hématocrite en urgence	Effectifs	Pourcentage %
7g/dl à 11,5g/dl	283	49,0
Supérieur ou égal 11,5 g/dl	241	41,7
inferieur a 7 g/dl	33	5,7
Non fait	21	3,6
Total	578	100

Le taux d'hémoglobine n'était pas déterminé dans 3,6%.

Tableau XXVI : Répartition des évacuées en fonction du groupe rhésus fait en urgence

Groupe rhésus et taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage(%)
Fait	559	96,7
Non fait	19	3,3
Total	578	100

Le groupe rhésus 'était déterminé dans 96,7%.

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de la conduite à tenir au csréf

Prise en charge au csréf	Effectif	Pourcentage(%)
Césarienne d'urgence	304	52,6
Accouchement spontané	156	27
Laparotomie pour GEU	20	3,5
Césarienne prophétique	19	3,3
Perfusion ocytocine	18	3,1
Accouchement instrumental	9	1,6
MgSO4 et anti hypertenseur	7	1,2
Déclenchement par misoprostol	7	1,2
Antibiothérapie	7	1,2
Hystérectomie d'hémostase	6	1
Laparotomie pour rupture utérine	5	0,9
Version par manœuvre interne	1	0,2
Suture d'hémostase pour déchirure+Perfusion ocytocine	5	0,9
Révision utérine+Perfusion ocytocine	4	0,7
Version par manœuvre interne	1	0,2
Total	578	100

Antibiothérapie* (ampicilline injectable, gentamycine injectable, metronidazole perfusion) ; suture d'hémostase (périnéorraphie, colporrhaphie)

La césarienne d'urgence était la voie d'accouchement la plus pratiquée avec 52,6% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des évacuées en fonction du temps de prise en charge au CSREF (depuis l'admission jusqu'au début du traitement)

Temps de prise en charge	Effectif	Pourcentage(%)
Moins de 30 minutes	453	78,4
entre 30 minutes et 1 heure	88	15,2
Plus de 1 heure	37	6,4
Total	578	100

Plus de la moitié des évacuées soit 78,4% avaient un temps de prise en charge inférieur à 30 minutes dans le service.

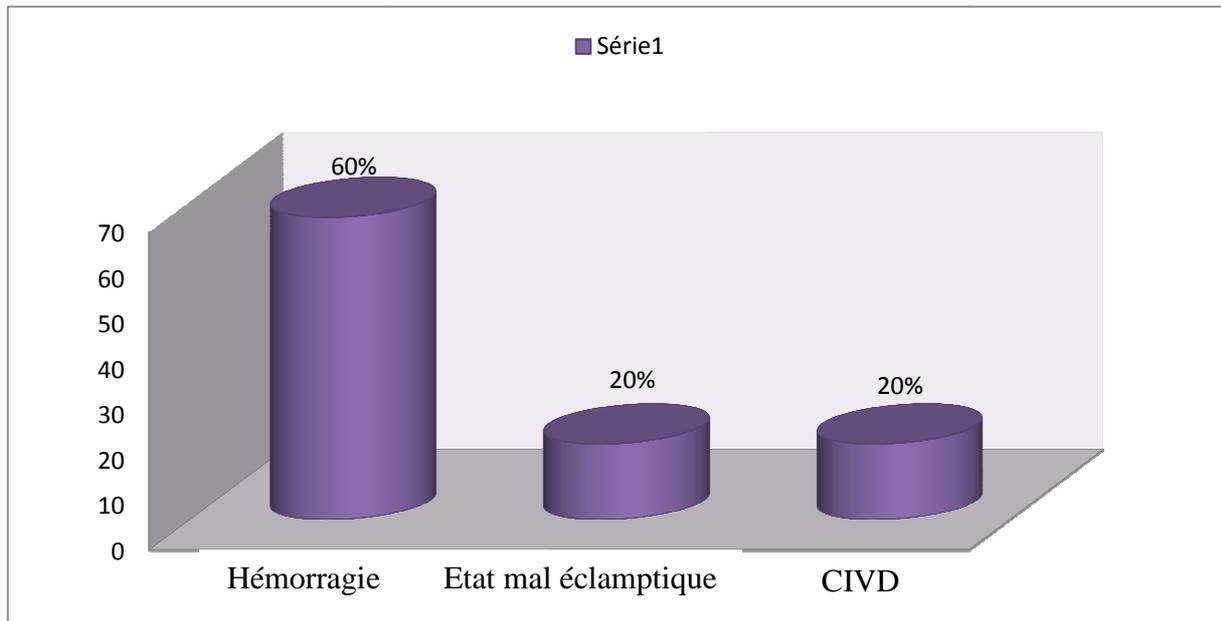
6. Pronostic maternel :

Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction de l'évolution des suites de couches

Evolution	Effectif	Pourcentage(%)
Simple	557	96,4
Anémie	7	1,2
Décès maternel	5	0,9
Suppuration pariétale	4	0,7
Endométrite	3	0,5
Coagulopathie(CIVD)	2	0,3
Total	578	100

L'anémie était la complication la plus observée (7cas) soit 1,2%.

Figure 8 : Répartition des cas de décès en fonction de la cause



L'hémorragie était la cause fréquente de décès maternel avec 3cas soit 60%.

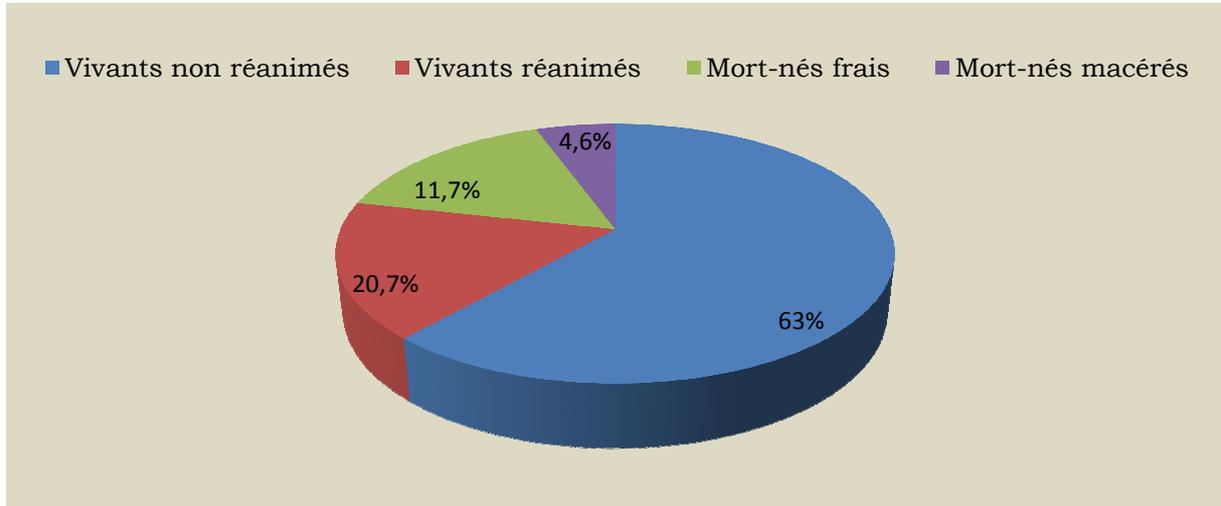
Tableau XXX : Répartition des patientes selon l'état des membranes et l'évolution des suites

Evolution	Etat des membranes		Total
	Intact	Rompue hors du service	
Simple	198(97,5%)	300(97,1%)	498
Anémie	1(0,4%)	2(0,7%)	3
Suppuration pariétale	1(0,4%)	4(1,4%)	5
Endométrite	2(0,7%)	2(0,7)	4
Coagulopathie (CIVD)	1(0,4%)	1(0,7%)	2
Total	203(100%)	309(100%)	512

La suppuration pariétale (4cas) et l'endométrite (2cas) étaient plus fréquentes chez les patientes ayant rompu les membranes hors du service. Pearson Chi2=31, 64 p=0,01

7. Pronostic fœtal:

Figure 9 : Répartition des nouveaux nés en fonction de leur état à la naissance



Trois cent vingt trois (323) nouveaux nés soit 63% n'ont pas été réanimés.

Tableau XXXI : Répartition des nouveaux nés en fonction de l'Apgar à la naissance

Apgar à la naissance	Effectif	Pourcentage(%)
≥7	325	63,5
1-6	99	19,3
Apgar 0	88	17,2
Total	512	100,0

Le score d'Apgar était zéro chez 88 nouveaux nés soit 17,2%.

NB : Il y a eu 20 grossesses gémellaires dans notre série d'étude.

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids foetal à la naissance

Poids foetal (grammes)	Effectif	Pourcentage(%)
2500g-3900g	379	74
<2500g	116	27,7
≥4000 g	17	3,3
Total	512	100,0

Le poids était anormal chez 31% des nouveaux nés.

Tableau XXXIII : Répartition selon le devenir des nouveaux nés réanimés

Réanimés :	Effectif	Pourcentage(%)
suites bonnes	80	74
Décès néonatal précoce	28	26
Total	108	100

Le pronostic a été défavorable chez 28 nouveaux nés soit 26% après la réanimation néonatale.

Tableau XXXIV: Relation entre l'état des nouveaux nés selon l'Apgar et le mode d'admission

Apgar des nouveaux nés à la naissance	Mode d'admission		Total
	Référées	Évacuées	
≥7	114(69,5%)	211(60,6%)	325
1-6	24(14,6%)	77(22,2%)	101
Apgar=0	26(15,9%)	60(17,2%)	86
Total	164(100%)	348(100%)	512

Dans 17,2% des cas, les bruits du cœur fœtal n'étaient pas perçus au stéthoscope de Pinard chez les évacuées.

Pearson Chi²=5,897

p=0,001

Tableau XXXV : Relation entre l'état des nouveaux nés selon l'Apgar et la durée de référence/évacuation

Temps de référence/évacuation	Apgar des nouveaux nés à la naissance			Total
	≥7	1 - 6	0	
<1heure	270 (83,1)	70(70,7%)	51(57%)	391
≥2 heures	55(16,9%)	29(29,3%)	37(43%)	121
Total	325(100%)	99(100%)	88(100%)	512

Dans 43% des cas de mort-nés, la durée de référence/évacuation était supérieure ou égale à 2 heures. Pearson Chi2=53,452 p=0,034

Tableau XXXVI: Relation entre l'état des nouveaux nés selon l'Apgar et les CPN effectuées

CPN effectuées	Apgar des nouveaux nés à la naissance			Total
	≥7	1-6	Apgar=0	
≥4	69(21,4%)	16(16,1%)	10(0,1%)	95
1-3	139(43%)	36(36,4%)	27(3%)	202
CPN=0	115(35,6%)	47(47,5%)	53(58,9%)	215
Total	323(100%)	99(100%)	90(100%)	512

Dans 5cas/10soit 58,9% des cas les BCF étaient absents chez les femmes n'ayant effectué aucune CPN.

Pearson Chi2=22,367

p=0,015

8. Evaluation de la durée d'hospitalisation :

Tableau XXXVII : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage(%)
2-7 jours	428	73,7
1 jour	146	25,3
8-14 jours	6	1
Total	578	100

73,7% des patientes ont séjournés pendant 2 à 7jours dans le service. Durée moyenne : 4jours

NB : Il ya eu 4 cas soit 1,1% de sortie contre avis médical.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspect méthodologique:

Nous avons fait une étude analytique et descriptive avec collecte prospective des données s'étendant sur 12 mois. Ainsi sur les 1297 accouchements effectués durant notre étude 400 patientes ont été évacuées et 178 patientes référées. L'une des difficultés rencontrées durant notre étude est le non paiement des quotes part par les autorités communales pour la prise en charge des évacuations. Dans ce contexte les familles sont obligées de payer les frais pour le carburant de l'ambulance.

Le retard en fonction de la distance, et l'état des routes sont la cause principale de la grande morbidité et mortalité materno-fœtale dans notre étude.

2. Fréquence :

Durant la période d'étude au CSREF de Kita, 578 cas ont été enregistrés dans le cadre du système de référence/évacuations. Parmi ceux-ci il y a eu 400 évacuations soit 30.8% et 178 références soit 13.7%

Cette fréquence de la référence/évacuation était de 6,14% chez Macalou B. [19] à l'hôpital régional de Kayes, 5,82% chez Baldé [20] en Guinée Conakry et 12,97% chez Fall G. [21] à Dakar au Sénégal.

Sidibé I. M. [22] en 2006 au CSREF de Kadiolo, Dolo K. [23] en 2008 à l'hôpital de Mopti et Touré A. [24] en 2010 au CSREF de Kolokani ont rapporté respectivement 42,8%, 49,59% et 64%.

La fréquence des références/évacuations est diversement appréciée, cela dépend du mode de recrutement et de la zone.

3. Profil sociodémographique :

❖ Age :

Les adolescentes âgées de 14ans à 19ans étaient majoritaires soit 33,7% avec un $p=0,005$.

Dans la même tranche d'âge Diarra M. [25], Alamine [26] et Toure A. [24] trouvent respectivement 48,09%, 41% et 27,6%.

Le jeune âge de la majorité de nos patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue de grossesses précoces dans un contexte d'immaturité physique et psychique ; toute chose pouvant jouer un rôle certain dans la survenue des dystocies.

❖ Statut matrimonial :

Les célibataires ont été retrouvées avec une fréquence de 8,7 %, ce statut serait un facteur de risque d'après Dolo K. [23].

Il a été observé dans notre étude 91,3% de femmes mariées. Macalou B. [19] (2002), Diarra M. [25] (2008) et Alamine [26] (2004) ont rapporté respectivement 96,80%, 88,46% et 80,9%.

❖ Profession de la patiente :

Les ménagères étaient les plus représentées avec 88,4% des cas. Ce résultat est proche de ceux de Macalou B. [19] et Fall G. [21] qui étaient respectivement 92,8% et 92,24 %.

❖ Niveau d'instruction de la patiente :

Les analphabètes ont dominé notre échantillon soit 72,8 % et seulement 27,2 % avaient au moins fréquenté l'école.

Diarra B. [27] à Koulikoro et Dolo K. [23] à Mopti ont trouvé respectivement : 70% et 87,05% d'analphabètes.

Cela peut s'expliquer par le faible taux de scolarisation féminine dans le cercle. Cet état de fait peut jouer un rôle dans la non fréquentation des structures de CPN par certaines femmes et aussi le recours tardif à cette activité.

❖ **Ethnie :**

Les ethnies Malinké et Bambara étaient plus représentées dans notre étude avec respectivement 54,5% et 13,1% des évacuées. Ces taux élevés s'expliquent par le fait que ces deux (2) ethnies sont dominantes dans le cercle de Kita.

4. Qualification de l'agent demandeur de la référence/évacuation :

La majorité des références/évacuations étaient faites par les infirmières obstétriciennes avec 52,1% des cas.

Diarra B. [27] en 2007 et Touré A. [24] en 2010 ont trouvé chacun 37% et 64,8% des taux de référence/évacuation faite par les matrones.

Ceci s'explique par le fait que la plupart des maternités sont tenues par les infirmières obstétriciennes.

Seulement 10,6% des références/évacuations ont été faites par les médecins alors que Diarra M. [25] au Point-G et Alamine [26] en commune I ont rapporté respectivement 41,20% et 48,8% des références/évacuations faites par les médecins.

Notre résultat s'explique par la présence de médecins dans 4 CSCOM sur 45 que compte le district sanitaire de Kita.

5. Motifs de référence/évacuation :

Les motifs les plus fréquemment rencontrés étaient :

- ◆ Présentation vicieuse dans 10,9 % ;
- ◆ Dilatation stationnaire dans 10 % ;
- ◆ Hémorragie sur grossesse dans 6,4%.

Dolo K. [23] rapportait par ordre de fréquence : Hémorragie sur grossesse 13,43%, Dilatation stationnaire 8,39%, Présentation vicieuse 7,43% des cas.

Touré A. [24] rapportait par ordre de fréquence : Dilatation stationnaire 9,7%, Présentation vicieuse 8,2%, Hémorragie sur grossesse 7,6%, des cas.

6. Provenance et Distance parcourue :

La distance moyenne parcourue était de 112Km avec des extrêmes de 3Km et 220km.

Des extrêmes de 2Km-180km et 2Km-250Km ont été rapportées respectivement par Macalou B. [19] et Diarra M. [25].

Dans 33,6% des cas, les patientes ont parcouru plus de 30km, ceci est dû au fait que la plupart des patientes venait des CSCOM des différentes communes de Kita.

Le CSCOM central de darsalam a évacué 18,2% de nos patientes suivi du CSCOM de mankandiabougou 15,2% et du CSCOM de Kokofata 4,7%.

La fréquence élevée des évacuées dans ces trois aires de santé est due à la grande affluence au niveau de ces CSCOM, leur bonne organisation et la qualité de leur personnel.

7. Durée d'évacuation :

C'est le temps mis entre la prise de décision au CSCOM et l'arrivée de la patiente au CSRéf. La durée moyenne était 35mn.

Les extrêmes pour la durée d'évacuation ont été de 25 mn (patientes venant de la ville de Kita) et 48 heures (patientes venant de Djoungounte, localité située à 220 km de Kita, à cause de l'état de la route pendant l'hivernage).

Dans 20,2% des cas la durée était comprise entre 1heure et 2heures. Ce résultat est proche de celui de Diarra M [19] car 33,92% des patientes ont fait un temps compris entre 15 et 30 minutes, mais reste inférieur à celui d'Alamine [23] dont 48,52% des évacuées accusaient un retard de 48heures.

Ce temps allongé dans l'étude est dû au mauvais état de certaines routes, au déplacement de l'ambulance pour une autre évacuation et souvent à la réticence de certaines patientes ou de ses parents.

8. Moyens de référence/évacuation :

Parmi les patientes évacuées 71,6% l'avaient été par ambulance.

Ce taux d'évacuation par l'ambulance est inférieur à celui de Diarra M [19] qui retrouve 73,6% mais reste supérieur à celui d'Alamine [23] et Macalou B. [4] qui ont retrouvés respectivement : 0,8% et 14,71%.

Ce résultat s'explique par les efforts consentis par les autorités de tutelle dans la dotation en ambulance et l'organisation du système de référence /évacuation.

9. Supports de référence/évacuation :

Les supports d'évacuations sont indispensables pour la compréhension de l'histoire d'une évacuation. Ils permettent d'instituer urgemment une prise en charge adaptée.

Dans notre étude 37,5% des patientes avaient en plus du partogramme une fiche de référence/évacuation. Ce taux est supérieur à celui de Diarra M [19] soit 19,09%. Les patientes ayant en possession uniquement une fiche de référence/évacuation représentaient 33,2% et uniquement un partogramme dans 6,9% des cas alors qu'Alamine [23] trouve le partogramme dans 19,4% des cas.

10. Les antécédents :

❖ Gestité et Parité :

La gestité et la parité jouent un rôle important dans les causes de référence/évacuation.

Dans notre étude les nullipares ont représenté une tranche non négligeable soit 32% avec $p=0,004$

Macalou B. [19](2002), Diarra M. [25](2002), Touré A. [24](2010) ont rapporté respectivement 37,7%, 32,70% et 30,3%.

Ceci pourrait s'expliquer par le nombre d'adolescence élevé dans notre étude.

Les grandes multipares ont représenté 23,7% dans notre série. Macalou B, Diarra M, et Touré A ont trouvé chacun 13,7%, 9,53% et 23,4% ([19, 25, 24]).

Cela s'expliquerait par un faible niveau de contraception de nos patientes.

❖ Antécédent de césarienne :

Dans notre étude 25,8% des patientes avaient un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel).

Diarra M, Dolo K, Touré A ont rapporté respectivement 20,82%, 6,23% et 16,5% ([25, 23, 24]).

L'utérus cicatriciel étant un facteur de risque chez la femme enceinte (risque de déhiscence de cicatrice utérine pendant le travail d'accouchement) pourrait expliquer ce taux dans notre étude. Donc le personnel est sensibilisé par rapport à la recherche de facteur de risque.

11. Consultations prénatales

La majorité des patientes analphabètes soit 82,3% n'avaient pas fait de CPN, avec $p=0,006$

Nous avons constaté que 43,5 % des évacuées n'avaient fait aucune consultation prénatale.

Macalou B. [19](2002), Alamine [26](2004), Diarra M. [25](2008) ont trouvé respectivement 48,1%, 19,7% et 55% .

Ce suivi s'il était fait aurait permis de dépister les grossesses à risque avant toute situation d'urgence et d'entreprendre une référence.

La non fréquentation des structures de santé au cours de la grossesse est un facteur influençant de façon négative sur le pronostic maternel et foetal d'après Dolo K. [23].

On notait 39,5% des patientes qui avaient fait 1 à 3 consultations prénatales, ce qui est inférieur à celui de Touré A. [24] : 69%.

Ce taux est le résultat des efforts fournis par les ASACO, le personnel sanitaire et les relais dans la sensibilisation des populations.

12. Examen d'admission :

❖ Bruit du cœur foetal :

Les bruits du cœur foetal étaient absents dans 14,4 % des cas au stéthoscope de Pinard.

Macalou B. [19], Dolo K. [23], Touré A. [24] ont trouvé respectivement 29,6%, 27,34% et 13,5% des cas.

Cela s'expliquerait, d'une part par le retard à l'évacuation, le travail prolongé et d'autre part par le non ou mauvais suivi prénatal.

❖ Etat des membranes :

La poche des eaux était rompue hors du service dans 42,8 %.

Touré A. [24], Sinaba F. [28] au CSRéf commune IV et Dolo K. [23] rapportaient respectivement 59,5% 89% et 74,34%.

Ceci est un facteur de risque d'infection puerpérale si le délai de rupture est supérieur à 6heures avec $p=0,01$

❖ Type de présentation :

La présentation du sommet a dominé au cours de notre étude avec 92%. La fréquence de la présentation de l'épaule a été 1,8% des cas ; cette présentation est dystocique.

Touré A. [24] rapportait par ordre de fréquence 82% de présentation du sommet et 17% de présentation de l'épaule.

❖ Examens complémentaires : Taux d'hémoglobine et Groupage rhésus en urgence :

Le taux d'hémoglobine et le groupage rhésus en urgence ont été réalisés chez 96,7% des patientes.

Diarra M. [25] au Point-G : 62,32% et Touré A. [24] à Kolokani où 16,8% des patientes ont bénéficié d'un groupage rhésus et du taux d'hémoglobine en urgence.

Ceci s'explique par la permanence du service de laboratoire et que ces examens sont systématiquement demandés en cas d'urgence.

13. Diagnostic retenu :

La souffrance foetale aiguë est apparue chez 11,1% de nos parturientes.

Macalou B. [19] (2002) à Kayes trouvait la souffrance foetale aiguë (12,99%).

Touré A. [24] en 2010 à Kolokani notait la souffrance foetale aiguë (16,5%).

14. Traitement reçu avant l'évacuation :

L'ocytocine a été utilisée chez 19 évacuées soit 3,4% des cas alors que le buthyl a été utilisée chez 97 évacuées soit 17,6%.

Ce résultat s'explique par le fait que l'ocytocine et le buthyl sont utilisés au niveau des CSCOM comme « accélérateur » du travail et dans la prévention des hémorragies de la délivrance(GATPA).Malgré l'interdiction pendant le travail dans les cscocom

15. Mode d'accouchement :

La césarienne a été pratiquée dans 57,6% des cas (52,6% des cas en urgence et 5% en prophylactique), suivi de l'accouchement spontané naturel dans 27%, de l'accouchement instrumental

dans 1,6%. Cependant nous avons enregistré 0,9 % de laparotomie pour rupture utérine.

Macalou B. [19] (2002) à l'hôpital régional de Kayes rapportait par ordre de fréquence: la césarienne (44,80%) et la laparotomie pour rupture utérine (3,2%).

Touré A. [24] en 2010 au CSRéf de Kolokani trouvait: la césarienne (63,6%) et l'accouchement spontané naturel (17,5%).

16. Pronostic maternel :

❖ Morbidité :

Malgré l'amélioration des conditions de prise en charge, 21 cas de complication ont été enregistrés soit 3,6 %

. L'anémie était la plus fréquente (7cas), suivi de la suppuration pariétale (4cas), l'endométrite (3cas).

Sankaré I. [29] 2001 au CSRéf commune V, Dolo K. [23] 2008 à l'hôpital régional de Mopti et Touré A. [24] 2010 au CSRéf de Kolokani ont rapporté respectivement 11, 5%, 24,48% et 30,22% cas de complication.

L'anémie s'explique par les hémorragies intrapartum et les consultations prénatales non effectuées (6,9% dans notre série).

La suppuration peut s'expliquer par un mauvais état à l'admission (anémie, chorioamniotite) et le contexte d'urgence.

L'endométrite peut s'expliquer par l'absence de la poche des eaux à l'admission, les accouchements à domiciles et les mauvaises conditions d'évacuation des patientes (durée d'évacuation).

Ce résultat pourrait être amélioré par l'administration rapide des SONU, la disponibilité d'une banque de sang permanente,

l'amélioration des conditions d'hygiène et la performance du système de référence/évacuation.

❖ **Mortalité maternelle :**

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 5 cas de décès maternel soit un taux de 0,9 %.

Macalou B. [19] en 2002, Dolo K. [23] en 2008 et Touré A. [24] en 2010 rapportaient respectivement 6,50% ;5,76% et 2,8%.

L'hémorragie était la première cause de mortalité maternelle dans notre série de cas (HRP, PPH, rupture utérine et hémorragie du post-partum immédiat décédée avant transfusion), nous avons enregistré aussi 1cas de décès par l'état de mal éclamptique et 1cas de décès par l'accident vasculaire cérébral (1cas).

Ce taux de mortalité maternelle pourrait s'expliquer par les trois(3) types de retard décrits par Maine D. [3], l'état général altéré des patientes aggravé par les conditions difficiles d'évacuation et parfois le manque de sang par refus des parent de donner du sang.

Ce taux de décès maternel pourrait être réduit en améliorant le système de référence /évacuation

17. Pronostic foetal :

❖ **Morbidité :**

Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme le décrivent de nombreux auteurs.

A la naissance, 19,3 % des nouveaux nés ont été réanimés.

Dolo K. [23] à Mopti en 2008 rapportait 20,79%, Sidibé D. [30] à Sikasso en 2004 : 45.79% et Touré A. [24] à Kolokani en 2010 : 61% de taux de nouveaux nés réanimés.

❖ **Mortalité périnatale :**

Au cours de notre étude le taux de mort-nés était de 17,2%.

Sankaré I. [29] en 2001 au CSRéf commune V, Dolo K. [23] en 2008 à l'hôpital de Mopti et de Touré A. [24] en 2010 au CSRéf de Kolokani ont rapporté respectivement 31,44%, 28,9% et 13,5% de taux de mort nés.

Ces taux s'expliqueraient par le mode d'admission, le retard à l'évacuation et le non suivi prénatal chez certaines patientes.

18. Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation était 4 jours

Dans 73,7% des cas les patientes ont fait un séjour entre 2 et 7jours.

Dans la même tranche de séjour Sidibé I.M. [22](2006) et Dolo K. [23](2010) ont trouvé respectivement 83,6% et 49,4%.

Ce taux s'expliquerait par le nombre relativement élevé de césarienne.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

1. Conclusion :

L'étude analytique et descriptive avec collecte progressive des données a mis en évidence que le non paiement des quottes parts par les autorités communales pour la prise en charge des évacuations, le mauvais état des routes, la mentalité de la population, et le niveau d'instruction des patientes ont influencé négativement le pronostic materno~fœtal.

2. Recommandations :

a. Aux personnels sanitaires :

- Pratiquer les consultations prénatales de qualité ;
- Surveiller de façon adéquate le travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du Partogramme ;
- Renforcer la communication de changement de comportement sur les signes de danger lors de la grossesse;
- Assurer la retro-information entre le CSRéf et les CSCOM.

b. A la population :

- le respect absolu du rythme des CPN par toutes les gestantes ;
- Le paiement régulier de la quote part de référence/évacuation ;
- La création d'une association pour le don de sang en permanence pour éviter les pénuries de sang au laboratoire.

c. Aux autorités politiques et administratives :

- Encourager la scolarisation des filles ;
- Multiplier la sensibilisation sur la planification familiale ;
- Créer une caisse de solidarité au niveau de chaque commune.
- Doter le cercle en infrastructures routières pour faciliter le transport des parturientes des CSCOM au CSRéf.

d. Aux autorités sanitaires :

- Créer un service de réanimation au CSREF de kita.
- Assurer la supervision formative.
- Mettre l'accent sur la stratégie avancée

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS.

Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.

Genève : OMS ; 2005. 261p (1-12).

2. THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 160 cas.

Thèse Méd. : Bamako, 1995, 50p,n^o 17.

3. Maine D. et Col.

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

4. Interagency group for safe motherhood.

The safe motherhood action agenda: Priorities for the next decade. Colombo, Sri Lanka 1997,1-95.

5. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali.

Enquête Démographique et de Santé 1987.

6. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali.

Enquête Démographique et de Santé 1995-1996

7. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali.

Enquête Démographique et de Santé du Mali.2001

8. Ministère de la sante et de l'économie, de l'industrie, du commerce du Mali.

Enquête Démographique et de Santé du Mali.2006.

9. Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali.

Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population 1990

10. Ministère de la Santé du Mali.

Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali. Mai 2000, 49p.

11. Merger R., Levy J., Melchior J.

Précis d'obstétrique. 6^{ème} Edit. Paris : MASSON, 1995. 597p

12. Le Horrier G., Solat J.

Mécanisme général de l'accouchement. Encyclopédie médicale Obstétrique, Paris, 1986. 1, 5070 C 10.

13. VEQUEAU – GOUA V., PIERRE F.

La grossesse extra-utérine : Etiologie, Diagnostic, Traitement. Impact internat 1999; p. 201-206

14. LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H.

Pratique de l'accouchement, 3^{ème} Edit. Paris : Masson, 2001

15. Saye M.

Les urgences obstétricales à l'hôpital régional Somine Dolo de Mopti à propos de 140 cas.

Thèse Méd. : Bamako, FMPOS, 2005, 82p, n° 120

16. Delecour M.

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves? Entretien de Bichat-chirurgie et spécialité ; 1980 :177-179.

17. Lansac J. C Berger. C Magnin et AL.

Obstétrique pour le praticien 2^{ème} édit. Paris, SIMEP 1990 chapitre 7 (152-162).

18. Millier J.

Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3^{ème} édit. 1989.

19. Macalou M.

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

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2002, 84p, n°142

20. Baldé M. D., Bastet G.

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

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

21. Fall G. (épouse Kandji).

Problèmes posés par les parturientes évacuées dans le centre de référence. Recours d'Afrique Sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996.

Thèse Méd. : Dakar, 1996.

22. Sidibé I., Mande .

Les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de Bougouni Etude prospective de 2005 à 2006 à Propos de 329 cas.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2006, 92p, n°312.

23. Dolo K.

Evaluation du système de référence/évacuation gynéco-obstétricale à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Etude Longitudinale, descriptive et prospective.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2008, 118p, n°238.

24. Touré Abdoul Aziz.

Système de référence/évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de Kolokani. Etude prospective à propos de 145 cas.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2010, 90p.

25. Diarra M.

Evacuations obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique du Point-G.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2008, 108p, n°131.

26. Altanata S., Alamine.

Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako de novembre 2003 à octobre 2004 à propos de 371cas.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2005, 65p, 168.

27. Diarra Broulaye.

Evaluation du système de référence et évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de juillet 2005 à juin 2006.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2007, 67p, n°153.

28- Sinaba Faran.

La référence/évacuation gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2008, n°426.

29. Sankaré I.

Organisation du système de référence au csref de la commune V du district de Bamako.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2001, 92p, n°39.

30. Sidibé D.

Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas.

Thèse Méd : Bamako, FMPOS, 2006, 92p, n°312.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom et Prénom : SANOGO Cheick Omar

Titre : Évaluation du système de référence/évacuation à la maternité du centre de santé de référence de Kita.

Année universitaire : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique ; Santé publique.

Résumé :

La référence/évacuation des patientes pose un problème médical mais aussi de santé publique dans le cercle de Kita. Au centre de santé de référence de Kita les référées représentaient 13,7% et les évacuées 30,8% des femmes du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012.

La tranche d'âge 14-19ans était dominante avec 33,7 %.

Les ménagères étaient plus représentées : 88,4 %.

La césarienne d'urgence a été le mode d'accouchement le plus pratiqué dans 57,6 %.

Le taux de décès maternel était de 0,9 %.

La principale cause de décès maternel était l'hémorragie.

Mots clé : Système, Référence/Evacuation, Maternité, CSRéf.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !