

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

Evaluation de la qualité du système de référence / évacuation obstétricale au CSRéf CI

Présentée et soutenue publiquement le/...../2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mme. Mariam Sory DIARRA

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

Jury

Président : Pr Moustapha TOURE

Membre : Dr Mamadou SIMA

Co-Directeur: Dr Mamadou Bakary COULIBALY

Directeur : Pr Niani MOUNKORO

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Allah, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux. Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail. Nous prions Dieu à ce que ce travail soit un moyen d'atteindre encore plus le but de notre création qui est l'adoration. Paix et salut sur le sceau des prophètes, sa famille, ses compagnons, tous ceux qui l'ont suivi et le suivront jusqu'au jugement dernier.

A ma tendre mère : Feue Hawa Diallo

J'aurai aimé partager cet instant de joie en ta compagnie. Mais hélas!

Dieu fait ce qu'il veut. Qu'il vous accueille dans son paradis. Amen!

A la personne qui m'a tout donné sans compter. Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi. Sans toi je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin. Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de ta bravoure.

A mon père : Sory Diarra

Merci Papa, voici enfin le fruit de ce long périple. Puisse Dieu nous accorder les moyens de te faire oublier ce dur passé

REMERCIEMENTS

❖ **Au Professeur Moustapha Touré**

Tout ce travail est votre œuvre. Je suis parvenu à cette étape parce que vous avez su guider mes pas. Mon cher maître cela ne surprend guère ceux qui ont eu le privilège de vous côtoyer. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre humanisme, votre discrétion enviable et votre modestie illustrent vos qualités d'homme de science.

Puisse Allah le TOUT PUISSANT me permet de vous imiter. C'est l'occasion, mon cher maître de vous exprimer à mon nom propre et à celui de ma famille nos sincères remerciements.

❖ **Au Professeur Mounkoro Niani**

Nous avons apprécié dès le premier contact vos immenses qualités scientifiques et humaines. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses étudiants. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité constante et surtout votre honnêteté font de vous un maître respecté et un exemple à suivre. Recevez ici cher maître, notre profonde gratitude, que le Tout Puissant vous accorde une carrière longue et brillante.

❖ **Au Docteur Mahamadou Coulibaly**

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, merci pour votre soutien moral, matériel et votre disponibilité. Je souhaite beaucoup de succès et bonheur à vous et à votre famille. Que le Tout Puissant vous accorde une longue et brillante carrière.

❖ **Au Docteur Sima Mamadou**

Merci pour votre soutien inconditionnel et votre bonne collaboration et disponibilité pour moi. Trouver ici ma profonde reconnaissance. Que le Tout Puissant vous donne longue vie.

A mes frères et sœurs: Adana Cissé, Daouda Diarra, feu Cheick O Diarra, Chakra Diarra, Bourama Diarra et Abdoulaye Diarra, Fatoumata Diarra, Kadiatou Diarra et feu Djenebou Diarra.

Merci pour le sacrifice consenti. Recevez en ce travail le fruit de vos efforts. Que Dieu fasse continuer ce lien jusqu'à la fin de notre existence sur terre

A mes tontons et ma tante : Feu Kaly Diallo, Djibril Diallo, Drissa Diallo, Serouba Diallo et Maimouna Diallo.

Merci, pour les sacrifices que vous aviez fait à ma personne et à votre détente sœur ma mère

A mes cousines et cousins : Flatene Diallo, Coumba Diallo et Ibrahim Diallo
Puisse Allah allonger notre union ici-bas et dans l'au-delà.

A mon Fiancé Dr Mahamadou Gory

Merci pour ta présence à mes côtés et tous les efforts fournis durant cette période difficile. Que Dieu nous protège et nous aide à réaliser nos projets.

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

Au corps professoral de la FMOS :

Ce travail est avant tout le vôtre. Merci pour la qualité de l'enseignement.

A mes encadreurs Dr Soumare Modibo, Dr Dicko Modibo, Dr Sylla Yacouba, Dr Keita

Chers maitres, vous êtes et serez des modèles pour nous. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait du service de la maternité du CS Réf de Banamba un pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante et de votre dévouement, je ne vous en remercierai jamais assez.

Aux Dr Soumaila Traore, Yalcoué Mamadou, Touré Boubacar, Traore Boubacar

Votre contribution à ma formation a été capitale. Ce travail est aussi le fruit de votre assistance.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical du CS Réf CI

A tous mes aînés de la F.M.O.S: Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

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 !

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Moustapha TOURE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Ancien chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali**
- **Maitre de conférence à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)**
- **Membre du comité de pilotage pour la recherche MGF /Genève**
- **Secrétaire général de l'union professionnelle international des gynécologues obstétriciens(UPIGO)**
- **Officier de l'ordre national du Mali.**

Cher maître

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faite en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par l'étendue de vos connaissances scientifiques.

Votre sagesse, votre disponibilité et votre intégrité ne constituent qu'une partie de vos qualités

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude

Puisse Allah le tout puissant vous garder longtemps que possible afin que nous profitons de la légende que vous êtes.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Mamadou SIMA

- **Gynéco-obstétricien au CHU du point G**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- **Maître-assistant en gynécologie obstétrique**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie Obstétrique**

Cher maître

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de siéger à ce jury.

Votre rigueur scientifique et la clarté de vos enseignements nous ont toujours émerveillés.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Mamadou Bakary COULIBALY

- **Médecin spécialiste en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali.**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie Obstétrique**

Cher maître

Vous avez l'amour du prochain, vous êtes la réincarnation de toutes les valeurs humaines, vous avez le plaisir de partager vos connaissances, ce qui fait de vous un homme admiré, respectueux et respectable. Le temps que nous avons partagé sur ce travail restera à jamais gravé dans mon cœur.

Veillez recevoir à travers cette humble dédicace, l'expression de ma plus haute considération.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Niani MOUNKORO

- **Maître de conférence de gynécologie obstétrique**
- **Chef de département de gynécologie obstétrique du CHU**

GABRIEL TOURE

- **Point focal de l'initiative francophone de la réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque**
- **Officier du mérite de la sante**

Cher maître

Nous vous remercions de nous avoir confié ce sujet et de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Homme ouvert et pragmatique, votre compétence, votre rigueur scientifique et votre humilité font de vous un maître respecté par tous. Nous avons suivi avec intérêt vos enseignements de qualité.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance pour tous les efforts consentis pour une formation de qualité.

Que le Tout Puissant vous protège et vous garde longtemps auprès de nous.

Amen!

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO= Association de Santé Communautaire

BCF= Bruits du Cœur Fœtal

BGR= Bassin Généralement Rétréci

CHU= Centre Hospitalier Universitaire

CPN= Consultation Périnatale

CSCOM= Centre de Santé Communautaire

CSRéf= Centre de Santé de Référence

CI= Commune I

CIVD= Coagulation Intraveineuse Disséminée

CSC= Centre de Santé Confectionnelle

DFP= Disproportion fœto-Pelvienne

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

EDS= Enquête Démographique de Santé

EDSM= Enquête Démographique et de Santé du Mali

FIGO= Fédération Internationale de la Gynécologie Obstétrique

FELASCOM= Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire du Mali

GEU= Grossesse Extra-Utérine

HRP= Hématome Rétro-placentaire

HU= Hauteur Utérine

HTA= Hypertension Artérielle

HCI= Hors Commune I

HPPI= Hémorragie du Post Partum Immédiat

Km²= Kilomètre Carré

MAP= Menace d'accouchement prématuré

MDM= Médecin Du Monde
MSF= Médecin Sans Frontière
MFIU= Mort Fœtale In Utéro
OMS = Organisation mondiale de la Santé
OAP= Œdème Aigu du Poumon
PMA= Paquet minimum d'activité
PP= Placenta Prævia
RAC= Réseau Administratif de Communication
RPM= Rupture Prématurée des Membres
SAGO= Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique
SFA= Souffrance Fœtale Aigue
SOU= Soins obstétricaux d'urgence
SONU= Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SSP= Soins de Santé primaire

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	4
II. GENERALITES.....	6
IV. METHODOLOGIE.....	29
V. RESULTATS.....	39
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	58
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	66
VIII. REFERENCES.....	69
IX. ANNEXE	74

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

La certitude que l'accouchement par les voies naturelles soit possible sans complication et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue [1]. Toutes les femmes enceintes courent le risque de morbidité et de mortalité fœto-maternelle. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) et la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle que soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, ni accidentelle ni fortuite [2]. La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique majeur à travers le monde et son évaluation donne des chiffres élevés. Chaque minute qui passe dans le monde ; 380 femmes tombent enceintes ; parmi elles 190 portent de grossesses non désirées ; 110 femmes ont une complication gravidique, 40 femmes ont une complication d'avortement et une femme qui meurt. Les causes directes de ces décès maternels sont connues. Il s'agit des hémorragies, l'éclampsie, les infections, l'accouchement dystocique et des complications liées aux avortements clandestins [3]. Pourtant des solutions techniques efficaces existent pour réduire significativement la mortalité maternelle et infantile. L'évacuation sanitaire d'une manière générale se définit par la nécessité du transfert d'un malade dans l'urgence d'un centre médical vers un autre pour une prise en charge adaptée. Le gouvernement du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population en 1990 pour réduire ces problèmes. Dans cette lancée la mise en place des systèmes de référence entre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. L'application de cette politique sectorielle de santé et de population a abouti à la mise en place des CSCOM, encadrés par des centres de santé de référence [3]. L'organisation de ce système se heurte à un certain nombre de problèmes :

-L'inaccessibilité des malades au centre de santé de référence et la lenteur dans la prise en charge rapide des urgences ;

- l'inadéquation des soins obstétricaux d'urgence ;
- l'inaccessibilité financière des patientes aux soins ;
- l'indisponibilité d'un personnel qualifié.

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

Le terme de soins primaires est une adaptation française 'primary care' anglais, terme apparu à la fin des années 1960.

A Alma-Ata en 1978, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini les soins primaires comme des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays [4].

L'objectif majeur de cette politique est la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Au Mali plusieurs travaux ont été consacrés à la mortalité maternelle et infantile. Son taux est de 368 sur 100000 naissances soit en moyenne une femme qui meurt en suite de couche toutes les 3 heures (EDSM V 2012-2013) [5]. 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 préventives. Il nous a paru nécessaire de faire une étude sur l'évaluation de la qualité de référence / évacuation obstétricale dans le centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako. Nos objectifs étaient les suivants :

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1- Objectif Général :

Evaluer le système de références/évacuations obstétricales au CSRéf CI

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des évacuations obstétricales au CSRéf CI
- Préciser les motifs des évacuations obstétricales ;
- Déterminer les conditions d'évacuation ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal ;
- Définir l'implication des Asaco

GENERALITES

III-GENERALITES :

1-Définitions :

❖ **Evacuer** : Du latin evacuere, c'est-à-dire sortir une personne ou un objet de son milieu d'origine pour le transférer dans un autre endroit plus apte à le recevoir [6].

❖ **Reference** : se traduit par la nécessité de transférer un patient ou une patiente d'un centre de santé à un autre sans notion d'urgence. Les évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que foetal reste réservoir et souvent aggravé par :

- Le mauvais suivi prénatal.
- Insuffisance de la prise en charge dans les CSCOM (Centres de Santé Communautaires).
- Problème de l'accessibilité géographique des centres de santé de référence.
- Le manque de moyen logistique, financier et matériel. Ces causes sont généralement responsables des retards dans le système de référence/ évacuation des parturientes.

Selon Mairie D et Col [7]. Il y'a 3 retards :

- Le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences (S.O.U)
- Le temps nécessaire pour se rendre au centre de santé de soins obstétricaux d'urgences.
- Le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la dispensation des soins.

Dans la politique « santé et population » l'objectif des plus hautes autorités du pays a demeuré toujours, l'amélioration de l'état de santé des populations, afin qu'elles participent pleinement au développement socio-économique de la partie.

Pour cela le Mali a adopté depuis 1991 une déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Parmi les solutions proposées par cette déclaration on retient :

La politique de gestion décentralisée du système de santé de cercle. Le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Elle recommande la participation effective et totale des communautés dans la gestion et le financement du système.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio-sanitaire.

L'offre des soins est assurée par deux échelons complémentaires (CSCOM), offrant le paquet minimum d'activité (PMA) et gérée par les associations de santé communautaires (ASACO).

Composées de délégués représentant les populations, des villages ou communes d'une aire de santé définie.

Ils ont pour objectifs de :

1^{er} Echelon :

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

2^e Echelon : Représente le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence. Il organise entre les deux échelons, un système de référence de l'évacuation.

2-Physiologie de l'accouchement : L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après 28 SA [8].

L'accouchement eutocique aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion de l'enfant par la voie basse. L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la

voie basse. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique ; le Canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active : les contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi deux (2) phénomènes :

a) Phénomène dynamique :

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions par les fibres musculaires du myomètre [8].

Les contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actinomyose et un potentiel énergétique. Donc le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos des membranes mais aussi à l'environnement hormonal : les Œstrogènes

❖ **Les contractions ont pour effet :**

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

b) Phénomène mécanique :

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

❖ **Le bassin osseux se compose de :**

- la pièce osseuse (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx)
- les articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaque, la symphyse pubienne et sacro-coccygienne).

Dans l'étude du bassin plusieurs plans et diamètre sont décrits, leur connaissance est nécessaire pour le bon déroulement de l'accouchement. Parmi ces diamètres nous avons essentiellement le diamètre antéropostérieur et les diamètres transverses. L'appréciation de la perméabilité pelvienne est déterminante pour le pronostic de l'accouchement qui est évalué par l'indice de Mangin.

Indice de Magnin : c'est la somme du diamètre promonto-retro pubien et celui du diamètre transverse médian. Elle permet d'indiquer le pronostic de l'accouchement par voie basse. Le pronostic est par [9].

- Normal >23cm ;
- Favorable >22cm ;
- Incertain : 21-22cm
- Médiocre : 20-21cm
- Mauvais : <20cm

3- Le travail d'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, marque par l'apparition des contractions utérines régulières et rythmées dont l'intensité et la fréquence croissantes, par ailleurs le col se raccourcit et s'ouvre. Ces contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique, d'un tranquillisant ou d'une beta mimétique arrête les contractions dans le cas d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en trois périodes [10] :

-1^{ère} période : Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 6 heures à 18 heures chez la primipare : 2 à 10 heures chez la multipare ;

-2^e période : Elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne 30 minutes à 1 heure chez la primipare ; 5 à 30 minutes chez la multipare.

- 3^e période : C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du mobile fœtal à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes. A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail qui permet de :

- réduire la durée du travail ;
- corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- contrôler de façon constante la vitalité fœtale ;

- et faire les pronostics.

a) Pronostic maternel : basé sur l'étude du bassin par :

- La pelvimétrie clinique interne et externe,
- La radiopelvimétrie,
- La scanno-pelvimétrie

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.

b) Pronostic fœtal :

La vitalité fœtale est appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet doppler ou d'un cardiotocographe, le bruit du cœur fœtal normal est compris entre 120-160 battements /mn

Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratique à l'intervalle régulier par la même personne sur un programme. L'obstétricien « aux mains nues » selon Delcourt Met thoulon J.M « 14 » a l'habitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques :

- Les contractions utérines.
- Les modifications du col.

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

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

La poche des eaux a un rôle dynamique, sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après du méconium par le fœtus. Si la présence du méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la présentation fœtale.

➤ L'évolution de la présentation :

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres du détroit supérieur et son amoindrissement. La présentation est engagée ou sa plus grande présentation a grandi le plan du détroit supérieur. Dans les présentations céphaliques, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsque, deux doigts trouvent place entre le pôle fœtal descendant et le plan sacro-coccygien : c'est le signe de FARABEUUF [11].

➤ L'état du fœtus :

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

A ces 5 éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle, la température, la fréquence des contractions utérines.

IV- Thérapeutiques obstétricales :

1-La Césarienne : c'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale [12]. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie et du traumatisme rend plus large son indication. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée. Les principales indications sont les proportions fœto-pelviennes, les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, les présentations vicieuses et la souffrance fœtale.

✓ **Le Forceps** : C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destinée à tenir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles. Son utilisation est une opération qui nécessite une

bonne indication être une bonne manipulation. Il est utilisé dans la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale [13].

✓ **Ventouse** : La ventouse ou vacuum extractor est un instrument de flexion, de rotation et de traction destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail d'accouchement et l'extraire hors des voies génitales maternelles. Le principe fondamental repose sur la force créée par un générateur de vide unissant la cupule au pôle céphalique du fœtus [14].

- Ventouses métalliques
- Ventouses en silicone
- Et systèmes d'aspiration

2-Quelques manœuvres obstétricales :

❖ La manœuvre de MAURICEAU :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médus 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 places de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet [15]

- Fléchir la tête
- tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant ;
- abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé

❖ La manœuvre de Bracht:

Elle est indiquée pour prévenir les retentions 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 [16].

❖ LOVESET :

Cette manœuvre permet de prévenir le relèvement des bras lors de l'accouchement du siège. La technique consiste à un opérateur de placer ses pouces sur les lombes, ses paumes sur les fesses, et ses sur les ailes iliaques du fœtus. Une première rotation de 90 degré est effectuée. Le bras antérieur du fœtus est amené sous la symphyse pubienne et dégage. L'autre épaule est alors sous le promontoire. Une seconde rotation de 180 degré est effectuée dans le sens inverse. Le bras postérieur est ainsi amené en avant, le coude à la vulve. Le fœtus est abaissé pour fixer l'occiput sous la symphyse pubienne .la manœuvre de LOVESET se termine systématiquement par la manœuvre de Mauriceau ou de BRACHT [17].

❖ EPISIOTOMIE :

C'est une incision chirurgicale depuis la vulve consistant à sectionner, généralement aux ciseaux la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée obstétrical afin d'agrandir l'orifice de la vulve et faciliter, accélérer l'accouchement et pour éviter les déchirures accidentelles du périnée, du vagin et du rectum quand le risque de la survenue de ces déchirures semble important. On distingue trois (3) types d'épisiotomies : L'épisiotomie latérale, l'épisiotomie médiane et l'épisiotomie medio latérale [18].

1-La Grande extraction du siège :

Les meilleures indications sont : la rétention du 2^e jumeau et la souffrance fœtale aigue au moment de l'expulsion.

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

2^e temps : l'accouchement du siège. Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bi trochantérien dans un diamètre optique du bassin par un moment de rotation des membres inférieurs.

Au moment du dégagement orienter le bi trochantérien dans un diamètre antero postérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare. En tirant en bas, on dégage la

hanche antérieure. La traction ensuite horizontale puis vers la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^e temps : Accouchement des épaules

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

4^e temps : Accouchement des de la tête.

L'extraction de la tête s'effectue habituellement par la manœuvre de MAURICEAU, quelques fois avec l'application de forceps au détroit inférieur [19].

V- Les motifs d'évacuation :

1-Les dystocies :

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

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine.
- Dystocie mécanique en relation avec :

- . Un rétrécissement de la filière pelvienne.
- . Une anomalie du fœtus.
- . Un obstacle prævia ou anomalie de partie molle.

Ainsi on distingue les dystocies d'origines fœtales et les dystocies d'origines maternelles :

❖ **Dystocies d'origine Fœtale :**

- Disproportion Fœto-pelvienne :

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios. Selon DELECOUR M [19]. Une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des fœtus de plus 4000g à défaut d'échographie. La disproportion Fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

-Présentation de siège :

C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus.

- Le siège est dit complet lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen. Ainsi les membres inférieurs sont repliés devant la présentation, dont ils font partie et dont ils augmentent les dimensions.
- Le siège est dit décompleté mode des fesses lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extensions totale, de sorte que les pieds sont à la hauteur de la tête du fœtus. Ainsi les fesses sont à elles seules la présentation.

- La présentation de la face :

C'est la présentation de la défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la 1^{ère} est la face tout entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position.

- La Présentation du front :

On dit que la tête fœtale se présente par le front lorsque sa position pendant l'accouchement est intermédiaire à celle du sommet et à celle de la face, intermédiaire à la flexion et à la déflexion. La présentation du front est de beaucoup la plus dystocique des présentations céphaliques.

- La Présentation transverse et optique :

Lorsqu'à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'aire du détroit supérieur n'est occupée ni par la tête, ni par le siège du fœtus, celui-ci, au lieu d'être en long se trouve en travers ou en biais. Il est en position transversale ou plus souvent oblique. Ces faits sont d'écrits sous le nom de <<présentation de l'épaule.

Dystocies d'origine Maternelle

❖ **Dystocie dynamique :**

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

- ✓ D'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie ;
- ✓ D'une anomalie par insuffisance de contraction utérine ou hypocinésie ;
- ✓ D'une anomalie par relâchement utérine insuffisant entre les contractions ou hypertonies ;
- ✓ D'une anomalie par arythmie contractile ;
- ✓ D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine.

- Bassin pathologie :

Les rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mega-retrecis et les bassins asymétriques.

- Providence du cordon :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du

cordon par le danger qu'il fait courir au fœtus. Si le cordon bat, l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que les cordons non battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus.

✓ **Souffrance Fœtale :**

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

Ou par extraction instrumentale.

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

❖ **Rupture utérine :**

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus mais l'usage a prévalu d'écarter les déchirures du col et celles consécutives à une manœuvre abortive (33). La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale. Elle est d'origine maternelle ou fœtale parmi les causes nous avons.

- ❖ Les anciennes cicatrices utérines
- ✓ Les anciennes déchirures de col ;
- ✓ Obstacles prævia ;
- ✓ Les présentations pathologiques ;
- ✓ Les dystocies dynamiques ;
- ✓ Et disproportion fœto-pelvienne.

-Placenta prævia :

Le placenta prævia est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur [20]. La rupture des membranes a une influence favorable sur les hémorragies en supprimant une des causes le traitement des membranes.

Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation, mais elle peut être la cause de la procidence du cordon.

- Hématome Reto placentaire :

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

C'est un accident paroxystique des derniers mois de grossesse.

Sa complication majeure est la circulation intraveineuse disséminée très mortelle.

- Hémorragie de la délivrance :

Les hémorragies de la délivrance sont une partie de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement ; anormale par leur abondance (plus de 500 ml) et leur effet sur l'état générale [13]. On distingue selon l'importance de l'hémorragie.

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

➤ **Utérus cicatriciel :**

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie chirurgicale qui a intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi. Une grossesse sur un utérus cicatriciel constitue un risque impliquant une surveillance prénatale particulière et indiquant un accouchement dans un centre obstétricaux-chirurgical.

➤ **Pré-éclampsie et éclampsie :**

La consultation prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce des Pré éclampsies, dont l'éclampsie est la complication majeure.

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

METHODOLOGIE

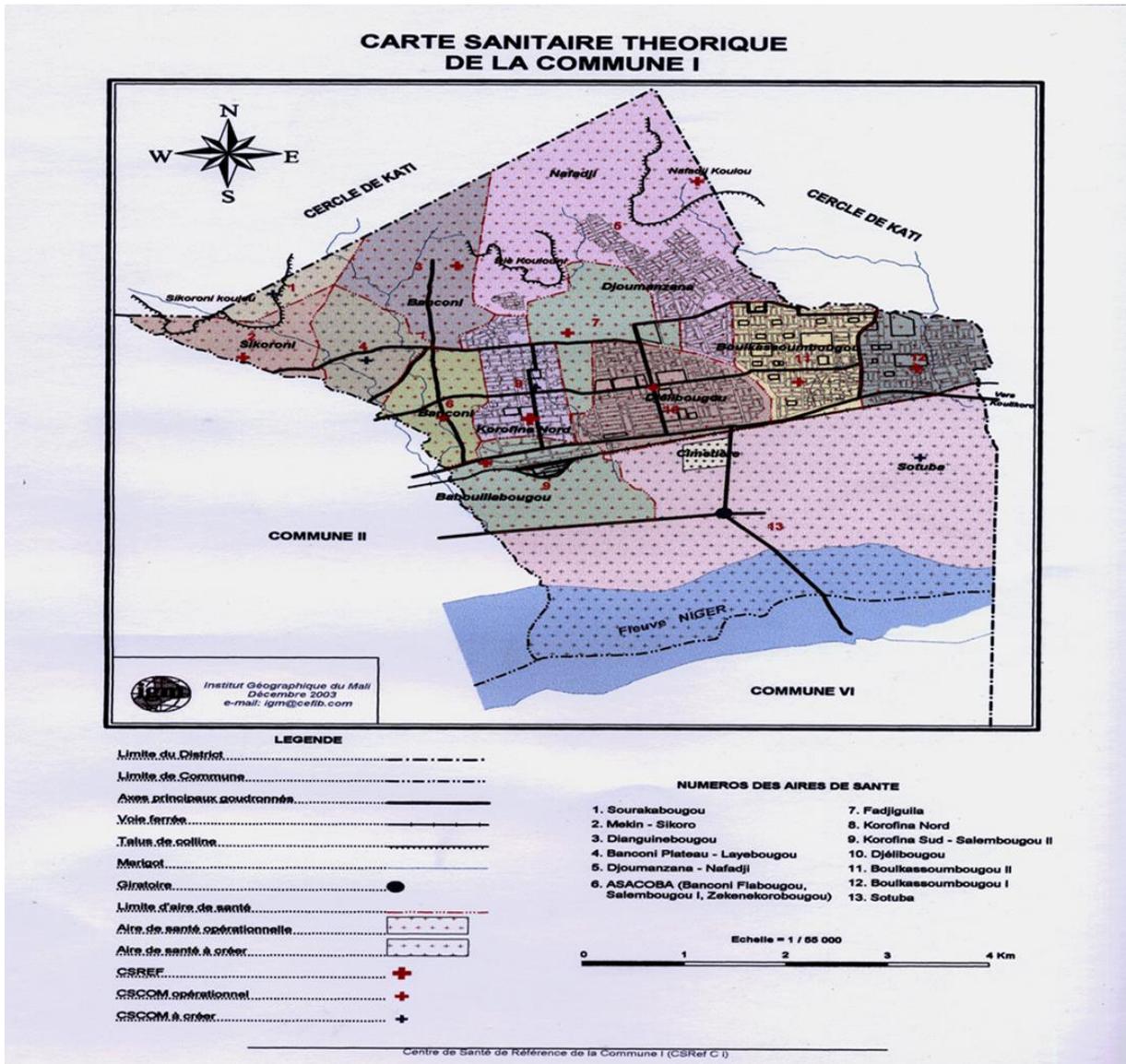
IV- METHODOLOGIE :

4-1 : Cadre d'étude :

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

4-1-1 : Situation géographique du service :

La commune I est située à l'est du district de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle couvre une superficie de 34,26 km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako pour une population totale de 411586 habitants soit une densité moyenne de 12013 habits/km² (CROCEPS 2017).



4-1-2 : Description du service de gynéco obstétrique du CS Réf CI :

La commune I compte 1CSRef ; 11 CSCOM, des cabinets médicaux, des cliniques privées médicales et des centres confectionnés chérifla et le CSC. Le CS Réf CI est situé à korofina nord. Il est limité à l'EST par l'ancien tribunal, à l'OUEST par la pharmacie Ben, au NORD par la mairie de la commune I et au SUD par le terrain de football de korofina NORD.

*Le service de gynécologie et obstétrique fait partie des services les plus fréquentés du centre de santé de référence de la commune 1. Il est situé au sud

CS Réf entre le bloc l'hospitalisation à l'ouest, la pharmacie à l'EST et le bloc opératoire du Nord.

***Le personnel de la maternité est composé de :**

- Trois (3) gynécologues obstétriciens dont le chef de service ;
- Vingt-quatre (24) sage femmes réparties entre les différentes unités du service ;
- Dix (10) infirmières obstétriciennes ;
- Deux médecins anesthésistes réanimateurs au compte du CS Réf CI
- Quatre assistants médicaux de l'anesthésie réanimation au compte du CS Réf CI
- Quatre techniciens supérieurs de santé
- Huit (8) aides-soignantes ;
- Huit techniciens de santé
- Six chauffeurs d'ambulances au compte du CS Réf CI
- Six manœuvres au compte du CS Réf CI

***Infrastructures :**

- Un bloc opératoire composé de
 - Deux salles d'interventions pour les interventions gyneco-obstétricales, chirurgicales et ophtalmologiques
 - Une salle de stérilisation des instruments.
 - Une salle contenant l'auto clave pour la stérilisation des champs a des blocs opératoires ;
 - Une salle de réveil ;
 - Une salle de préparation des patients ;
 - Une salle de préparation des opérateurs ;
 - Un bureau pour les aides, du bloc opératoire ;
 - Une unité de réanimation non fonctionnelle.
- Une pharmacie et un laboratoire d'analyse et d'échographie
 - Maternité :
 - Trois (3) bureaux des gynéco-obstétriciens ;
 - Une salle de consultation pour les urgences

- Une unité de CPN ;
- Une unité de planification familiale et de consultation post natale ;
- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus et de PTME ;
- Une salle d'observation ou de surveillance des femmes accouchées ;
- Deux salles de gardes ;
- Cinq salles d'hospitalisation.

*Autres au service au compte du CS Réf CI.

Un service de pédiatrie, de médecine interne, de chirurgie générale, de diabétologie, de neurologie, de cardiologie, de radiologie d'odontologie et d'ophtalmologie.

➤ **Ambulance:** Le CSRéf CI recouvre deux ambulances, dont l'une n'est plus en état.

➤ **Type d'étude :** Nous avons mené une étude prospective transversale.

Période d'étude : Notre étude s'est déroulée sur 12 mois allant du juin 2018 au juin 2019.

Population d'étude :

-Echantillonnage :

Nous avons recruté de façon exhaustive les femmes évacuées vers le centre de santé de référence de la commune I pendant la période d'étude.

❖ **Critères d'inclusion :**

Toute femme prise en charge dans le service à la suite d'une évacuation pendant la période de l'étude pour une cause obstétricale.

❖ **Critères de non inclusion :**

Les femmes venues d'elles-mêmes le service sans être évacuées,

Les femmes admises pour des problèmes non obstétricaux,

Les femmes adressées verbalement.

Collecte et analyse des données :

Les données ont été recueillies sur des questionnaires remplis suivant les dossiers des patientes évacuées.

Les données ont été saisies sur le logiciel EPR info version 6,0 et analysées sur 8 PSS version 12,0. Le test de Fisher est utilisé pour comparer les entités avec le $p=0,05$.

Variables étudiées :

Age, profession, statut matrimonial, provenance, niveau d'étude, gestité, parité, antécédents chirurgicaux, les motifs d'évacuation, diagnostic, coloration des conjonctives, tension artérielle, type d'accouchement, suites de couches, pronostic maternel et fœtal, les CPN, l'utilisation du programme, qualification des agents qui évacue, type d'accouchement.

Les aspects éthiques de l'étude :

- L'anonymat des questionnaires ;
- La confidentialité.

RESULTATS

RESULTATS

Caractéristiques socio- démographiques :

Fréquence globale : Durant la période d'étude allant du juin 2018 au juin 2019 sur 600 patientes enregistrées à la maternité 202 parturientes ont été référées/évacuées soit une fréquence globale à 33,6%.

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'Age	Effectif	Pourcentage
---------------	----------	-------------

≤19	44	21,8
[20 - 25]	57	28,2
] 26 – 34]	73	36,1
≥ 35	28	13,9
Total	202	100,0

Les patientes entre 26 à 34 ans étaient majoritaires avec 44cas sur 202 soit 21 ,8%

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la profession

Profession Parturiente	Effectif	Pourcentage
Ménagère	172	85,1
Vendeuse	11	5,4
Elève	6	3,0
Commerçante	5	2,5
Etudiante	3	1,5
Autres	5	2,46
Total	202	100,0

Autres : *Coiffeuse (2), Enseignante (2), Infirmière obstétricienne (1)*

Les femmes au foyer représentaient 172 cas soit 85,1%

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	88	43,6
Peulh	26	12,9
Soninké	25	12 ,4
Dogon	19	9,4

Malinké	17	8,4
Sonrhäï	7	3,5
Mianka	5	2,5
Senoufo	4	2,0
Bobo	3	1,5
Autres	8	4
Total	202	100,0

Autres : Bozo (2), kakolo (2), Kassogue (2), Samogo (1), somono (1),

Les bambaras étaient majoritaires avec 43 ,6%.

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

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	22	10,9
Secondaire	20	9,9
Supérieure	6	3,0
Aucun	154	76,3
Total	202	100,0

Les femmes non instruites représentaient 149 cas sur 202 soit 73,

Tableau V : Répartition en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Marié monogame	163	80,7
Marié polygame	37	18,5
Célibataire	2	1,0

Total	202	100,0
--------------	------------	--------------

Les patientes mariées monogame étaient majoritaires avec 163 cas sur 202 soit 80,7%

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigestes	58	28,7
Pauci geste	56	27,7
Multi geste	42	20,8
Grande multigeste	46	22,8
Total	202	100,0

Les primigestes ont représentées 28,7%

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	5	2,5
Primipare	63	31,2

Pauci pare	53	26,2
Multipare	42	20,8
Grande multipare	39	19,3
Total	202	100,0

Les primipares ont représenté 63 cas soit 31,2% sur l'ensemble de 202 cas référés/ évacués

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants vivants

Enfants vivants	EFFECTIF	Pourcentage
0	9	4,5
1	70	34,7
2	26	12,9
3	27	13,4
4	28	13,9
5	20	9,9
6	10	5,0
7	6	3,0
8	4	2,0
9	2	1,0
Total	202	100,0

Dans notre étude les femmes qui ont un enfant vivant étaient les plus représentées avec 70 cas sur 202 cas soit 34,7%

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants décédés

Enfants décédés	Fréquence	Pourcentage
0	151	74,8

1	41	20,3
2	9	4,5
3	1	,5
Total	202	100,0

Les femmes qui ont zéro enfant décède étaient majoritaires avec 151 cas sur 202 soit 74,4%

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du nombre de morts nées à la dernière grossesse

Mort-Né	Effectif	Pourcentage
0	172	85,1
1	28	13,9
2	2	1
Total	202	100,0

Les femmes qui avaient fait de mort née étaient majoritaire avec 172 cas sur 202 soit 85,1%

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du nombre d'avortements

Avortements	Fréquence	Pourcentage
--------------------	------------------	--------------------

Aucun	193	95,6
Spontané	8	4,0
Provoqué	1	,5
Total	202	100,0

Sur les 202 patientes évacuées 193 patientes n'avaient pas fait d'avortement

Tableau XII: Répartition des patientes en fonction du nombre de consultations prénatales

Consultation prénatale	Effectifs	Pourcentage
Aucun	56	27,7
<4	64	31,7
≥4	82	40,6
Total	202	100,0

Les patientes qui ont fait 4 CPN et plus étaient les plus représentées soit 40,6%

Tableau XIII : Répartition des patientes en des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
-----------------------------	-----------------	--------------------

HTA	9	4,5
Drépanocytose	1	,5
Aucun	192	95,0
Total	202	100,0

Les patientes sans antécédents médicaux étaient les plus représentées 192 cas sur 202 soit 95%

Tableau XIV Répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	20	9,9
Aucun	182	90,1
Total	202	100,0

Les patientes sans antécédents chirurgicaux étaient les plus représentées avec 182 cas sur 202 soit 90,1%

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de la zone de provenance

Zones	Effectif	Pourcentage
--------------	-----------------	--------------------

CI	147	72,8
HCI	55	27,2
Total	202	100,0

Les patientes en provenance de la commune I étaient les plus représentées avec 147 cas sur 202 soit 72,8%

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du centre d'évacuation

Centre	Effectifs	Pourcentage
Centres communautaires de Korofina	17	8,4
Centres communautaires de Banconi	46	22,8
Centres privés de Banconi	18	8,9
Centres communautaires de Djelibougou	9	4,5
Centres privés de Djelibougou	21	10,4
Centres communautaires de Boukassoumbougou	11	5,5
Centres privés de Boukassoumbougou	12	5,9
Centres communautaires de Fadjiguila	4	2
Centres communautaires de Sangarebougou	2	1
Centres privés de Sangarebougou	10	5
Centres communautaires de Sotuba	4	2,0
Centres communautaires de dialakorodji	25	12,4
Centres communautaires de Sicoro	5	2,4
Centres communautaires de Moribabougou	12	5,9
Centres privés de Moribabougou	6	2,9
Total	202	100,0

La plupart de nos parturientes ont été évacuées des centres communautaires de banconi

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction des moyens d'évacuation

Moyens d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Ambulance	81	40,1
Taxi	116	57,4
Véhicule personnel	5	2,5
Total	202	100,0

Les patientes évacuées par les taxis étaient majoritaires avec 116 cas sur 202 soit 57,4%

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent qui évacue

Qualification de l'agent qui évacue	Effectif	Pourcentage
Médecin	44	21,8
Sage-femme	157	77,7
Interne	1	,5
Total	202	100,0

Les femmes évacuées par les sages-femmes étaient majoritaires avec 157cas sur 202 soit 77,7%

Tableau XIX: Répartition des patientes en fonction de la durée du trajet

Moyens d'évacuation	Effectif	Pourcentage
<30mn	134	66,33
30min-59min	60	29,70
1H-1H59	7	3,46
2H-2H59	1	0,5
Total	202	100,0

Au cours de notre étude dans 66,33% cas la durée était <30mn

Tableau XX: Répartition des patientes en fonction de l'agent d'accompagnement

Agent	Effectifs	Pourcentage
Aide-soignant	1	0,49
Infirmier	159	78,7
Interne	25	12,41
Matrone	13	6,43
Médecin	1	0,49
Sage-femme	3	1,48
Total	202	100

Les infirmiers avaient majoritairement fait les références/évacuations 71,28%

Tableau XXI: Répartition des patientes en fonction de la prise des voies veineuses

Voies veineuses	Effectif	Pourcentage
Oui	197	97,5
Non	5	2,5
Total	202	100,0

Les patientes avec une voie veineuse étaient majoritaires avec 97,5%

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du support d'évacuation

Support d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Partogramme	3	1,5
Fiche d'évacuation	196	97,0
Fiche d'évacuation et partogramme	2	1,0
Sans document	1	0,5
Total	202	100,0

Les patientes avec une fiche d'évacuation étaient majoritaires 196 cas sur 202 soit 97%

Tableau XXIII: Répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation

Motif de Reference	Effectifs	Pourcentage
Utérus cicatriciel	11	5,44
Souffrance foetale	110	54,4
Disproportion fœto-pelvienne	45	22,28
Pathologies maternelles (HTA, Diabète, Anémie)	25	12,37
Primiparité âgée	2	0,99
Procidence du cordon	9	4,46
Complication hémorragiques (HRP, PP)	9	4,5
TOTAL	202	100

DFP : BGR ; bassin limite ; présentation de siège, transversale

La souffrance foetale était le motif d'évacuation le plus fréquent soit 54,4%

Tableau XXIV : répartition des patientes en fonction de temps de prise en charge

Temps de prise en charge	Fréquence	Pourcentage
<30mn	92	45,54
30min-59min	72	35,65
1h-1h59	16	7,92
2h-2h59	8	3,96
Indéterminé	14	6,93
Total	202	100

Dans moins de 30mn, une prise en charge était entamée 45,54% des cas

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction du type d'intervention

Type d'intervention	Effectif	Pourcentage
Hystérectomie	3	1,49
Césarienne	164	81,18
Voie basse	33	16,34
Salpingectomie	2	0,99
Total	202	100,0

La césarienne est la voie d'intervention la plus fréquente avec 164 cas soit 81,19%

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de la survenue des complications

Complication	Effectifs	Pourcentage
Oui	34	16,8
Nom	168	83,2
Total	202	100,0

Parmi les patientes évacuées 34 parturientes avaient des complications soit 16,8%

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de la nature des complications

Nature de complications	Effectifs	Pourcentage
Anémie	25	12,3
CIVD	2	1
OAP	2	1
HTA	5	2,5
Aucune	168	83,2
Total	202	100,0

L'anémie était la principale complication 12,3%

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la survenue des accouchements prématurés

Accouchements prématurés	Effectifs	Pourcentage
Oui	1	0,5
Non	201	99,5
Total	202	100,0

Les patientes n'ayant pas fait d'accouchement prématuré étaient majoritaires avec 99,5%

Tableau XXIX: Répartition des patientes en fonction du pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectifs	Pourcentage
Vivantes	197	97,5
Décédées	5	2,5
Total	202	100,0

Les patientes vivantes étaient majoritaires avec 97,5%

Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction de la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	Effectifs	Pourcentage
Oui	17	8,42
Non	185	91,58
Total	202	100,0

Les patientes non transfusées étaient les plus représentées avec 91,58%

Tableau XXXI: Répartition des patientes en fonction de l'état des nouveaux nés

Etat des nouveaux nés	Effectifs	Pourcentage
Nouveaux nés vivants	172	85,1
Mort-nés	30	14,9

Total	202	100,0
--------------	------------	--------------

Le pronostic était défavorable chez 30 nouveaux nés soit 85,1%

Tableau XXXII: Répartition en fonction de l'état des nouveaux nés à l'admission

Etat des nouveaux nés	Effectifs	Pourcentage
Mort-nés à l'admission	11	36,67
Mort-nés après admission	19	63,33
Total	30	100,0

Le pronostic était défavorable chez 19 nouveaux nés soit 63,33%

Tableau XXXII : Répartition des patientes en fonction de l'adaptation des nouveaux nés

Adaptation des nouveaux nés	Effectifs	Pourcentage
Bonne adaptation	141	81,8
Mauvaise adaptation	31	18,02
Total	172	100,0

La majorité des nouveaux nés avait une meilleure adaptation avec 81,8%

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés en fonction de la récupération par la pédiatrie

Adaptation des nouveaux nés	Effectifs	Pourcentage
Nouveau-né récupéré	23	74,19
Nouveau-né non récupéré	8	25,81
Total	31	100,0

74,19% des nouveau-nés ayant une mauvaise adaptation ont pu être récupéré par la néonatalogie

Tableau XXXV: Répartition selon la disponibilité d'ordinogramme dans les centres

Centres	Présence en pourcentage
CS Réf (disponible au niveau de la maternité)	100
CSCOM	100
Cabinets médicaux	40
Cliniques privées	22
Centres confessionnels	85
Autres	10

Tous les CSCOMS et le CS réf disposaient d'ordinogramme au niveau de la maternité.

Tableau XXXVI : Etats de paiement de quottes parts dans le Csréf CI

Acteurs	Nombre	Part trimestriel	Montants	Montant	reste
			Payes	Annuel	
ASACO	11	15000	615000	660000	45000
CCNafadji	1	15000	60000	60000	0
CSCherifla	1	15000	60000	60000	0
Total	13	45000	735000	780000	45000

CCNafadji: Centre catholique de nafadji, CSCherifla: Centre de sante Cherifla

ASCO en retard de paiement étaient ASCOKOSA et ASACOfadji

Tableau croisé XXXVIII : Type de complication * Durée du trajet

Type de complication	Durée du trajet				Total
	< 30 mn	30-59 mn	1h-1h59mn	2h-2h 59 mn	
Anémie	13	11	1	0	25
CIVD	2	0	0	0	2
HTA	3	1	1	0	5
OAP	2	0	0	0	2
RAS	114	48	5	1	168
Total	134	60	7	1	202

P = 0,083.

IL n y a pas de corrélation entre le type de complication et la durée du trajet

Tableau croisé XXXVIII : Type de complication * temps de prise en charge

Type de complication	temps de prise en charge					Total
	<30mn	1h-1h59	2h-2h59	30-59mn	Indéterminé	
Anémie	13	1	6	0	5	25
CIVD	0	0	1	0	1	2
HTA	3	1	1	0	0	5
OAP	2	0	0	0	0	2
RAS	77	14	0	71	6	168
Total	95	16	8	71	12	202

P =0,0001

Il y a de corrélation le type de complication et le temps de prise en charge

Tableau croisé XXXIX : Etat du fœtus à la naissance * temps de prise en charge

Etat du fœtus à la naissance	temps de prise en charge					Total
	<30mn	1h-1h59	2h-2h59	30-59mn	indéterminé	
Vivant	80	15	4	67	6	172
Mort-né	12	1	4	5	8	30
Frais						
Total	92	16	8	72	14	202

P =0,001

Il y a de corrélation entre l'état du fœtus à la naissance et le temps de prise en charge

Tableau XXXX : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

	Effectifs	Pourcentage
Anémie	4	2,0
Avortement incomplet	1	,5
Bassin Asymétrique	1	,5
Bassin immature en travail	2	1,0
BGR en travail	4	2,0
Dépassement de terme+bishop defavorable	2	1,0
DFP	20	9,9
DS	2	1,0
Epaule négligée	2	1,0
GEU rompue	3	1,5
GG avec J1 en épaule	1	,5
GG avec J1 en siège	4	2,0
GG sur Bassin limite	1	,5
HPPI	19	9,4
HRP IIIb de sher	1	,5
HRP IIa de sher	11	5,4
HTA sur dépassement de terme	1	,5
HTA sévère sur grossesse prolongée	1	,5
Macrosomie	11	5,4
MFIU	7	3,4
Œdème aigu des poumons	2	1,0
Présentation de l'épaule en travail	8	3,9
Présentation de Face variété postérieure	2	1,0
Présentation du Front en travail	6	3,0

Phase de latence du travail d'accouchement	1	,5
Présentation transversale sur UC	1	,5
Procidence du cordon 2 ^e degré battant	5	2,5
PP hémorragique non recouvrant	1	,5
PP hémorragique recouvrant	11	5,4
Primipare âgée	1	,5
RPM avec bishop défavorable	1	,5
RPM sur uterus cicatriciel	1	,5
RU	1	,5
Syndrome de pré rupture	8	3,9
SFA	38	18,7
Siege sur utérus cicatriciel	1	,5
Siege chez une primigete	5	2,5
Utérus bicicatriciel en travail	4	2,0
Utérus cicatriciel sur BGR en travail	3	1,5
Utérus cicatriciel sur bassin limite en travail	4	2
Total	202	100,0

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1- Aspect Méthodologique :

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est étendue sur 12 mois (allant du juin 2018 au juin 2019) sur le 600 cas, 202 patients ont été enregistrés dans le cadre de la référence évacuation dans notre étude.

Les difficultés rencontrées durant notre étude étaient l'indisponibilité temporaire des ambulances au niveau des aires de santé de la commune I et inaccessibilité du CSRéf I essentiellement au réseau routier en état défectueux.

2- Fréquence :

Au cours de notre étude sur les 600 admissions, 202 Patientes ont été évacuées soit une fréquence globale de 33,6%. Nos données étaient supérieures à celles des auteurs. Sékou T [3] dans son étude à Banamba (28,3%), Traoré K [21] à Niono (24,4%) ; Thiéro [22] au CHU Gabriel Touré (12,9%), Macalou [23] à l'hôpital régional de Kayes (11,5%) et Fall [24] au Sénégal (6,1%).

Dans les pays développés les évacuations obstétricales bénéficient d'une meilleure gestion à cause d'une bonne disponibilité des structures [25]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le CSRéf CI couvre assez d'aires sanitaires santé.

3- Aspect Sociodémographique :

- **Age :** La tranche d'âge comprise entre 25 à 35 ans était la plus représentée soit 36,1% par contre Sékou Touré [3] rapportait 38,73% dans la même tranche d'âge.

- **Statut Matrimonial :**

Les femmes mariées représentaient 80,7% de nos patientes. Ces données étaient inférieures à celles rapportées par Touré S [3], Macalou B [23], Diarra M [26] et Alamine [27] avaient rapporté respectivement 97,51%, 96,80%, 88,46% et 80,9%.

4- Profession :

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 80,7% des cas. Ce taux était superposable à celui d'Alamine [27] (80,8%) et de Diarra M [26] (88,46%).

1-L'Ethnie

Les Bambaras étaient les plus représentées dans notre étude avec respectivement 43,6% des référées. Sékou T [3] rapportait que les Bambaras, les Soninkés et les Peulhs étaient les plus représentées dans son étude avec respectivement 40,49% ; 33,10% et 20,42% des patientes.

Ce taux s'explique par le fait que cette ethnie est dominante à Bamako.

5- Les Antécédents :

Dans notre série les primigestes ont représentées 28,7%. Notre taux était inférieur aux 37,67% de Sékou [3]. Cependant Soumouthéra M [28] à Koutiala rapportait un taux plus élevé de primigestes (63,89%).

Par rapport à la parité nous avons recruté 31,2 % de primipares ; tandis que Touré S [3] et Mamadou Larabi Diallo [29] rapportaient respectivement 27,7% et 26,61% de primipares. Soumouthéra M [28] rapportait plutôt que les grandes multipares étaient les plus représentées avec 35,20%, contre 19,3% dans notre série.

Ces taux confirment la notion de risque de la gravido-puerpéralité de la femme n'ayant pas de grande expérience de maternité.

Le risque chez ces patientes est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesses multiples et rapprochées.

7- Consultation prénatale: Les consultations prénatales constituent un indicateur de la santé de reproduction. Dans notre étude 72,3% de nos patientes avaient été suivies et 40,6% avaient fait plus de 4 consultations prénatales et 27,7% n'avaient pas été suivies.

8- Provenance et la durée du trajet :

Le district sanitaire de la commune I regorge 11 CSCOM répartis de façon inégale créés et organisés par les différentes associations. Chaque CSCOM bénéficie l'assistance technique des autorités à travers des CSRéf. En dehors des

11 CSCOM enregistrés ; le CSRéf CI compte également des centres confessionnels catholiques cabinets médicaux référant des patientes.

C'est pourquoi nos patientes provenaient de tous ces centres et les CSCOM de ASACOBBA et ASACODIA avaient évacuées plus de patientes avec 8,9% chacune sur l'ensemble des centres. Dans la série de Touré S [3] le CSCOM de Touba et Kiban avaient fait plus d'évacuations avec respectivement 7,4% et 6,7%.

Par rapport à la durée du trajet comme le CSRéf est située au Nord de Bamako la durée du trajet était inégalement répartie ; c'est pourquoi la durée moyenne était de 30 mn dans 66,33% des cas pour des extrêmes de moins de 30mn à 3 heures (0,5%). Nous n'avons pas tenu compte de la distance parcourue à cause de la situation du CSRéf, situé au cœur de la ville de Bamako.

Cependant dans la série de Soumouthéra M [29] la distance parcourue variait entre 5 et 15 km et 46,20% des évacuées venant du village vers le CSCOM et par contre 67,60% des évacuées venant du CSCOM vers le CSRéf faisait plus de 30 kilomètres. Il rapportait que la distance parcourue variait entre 30 à 90 kilomètres ; soit 67,20% des cas. Touré S [3] rapportait que dans 26,4% des cas, les patientes avaient parcouru une distance comprise entre 5-20 Km avec des extrêmes de 0km-105km. Ceci est dû au fait que la plupart des patientes venaient des différentes communes de Banamba.

9- Qualification de l'agent demandeur de la référence évacuation :

La majorité des références évacuation étaient faites par les sages-femmes avec 77,7% des cas. Dans la série de Touré S [3] les sages-femmes n'avaient été agent référents que dans 21,8% des cas. Diarra M [26] au point-G rapportait 41,20% de références /évacuation faites par les médecins.

10- Moyens de locomotion utilisés dans les références /Evacuations :

Nous signalons que seulement 40,1% avaient été évacuées par les ambulances. Dans le reste des cas il s'agissait des évacuations faites par les véhicules personnels et les taxis (59,9%) dans des conditions non conformes au système de référence /évacuation. Ce taux d'évacuation par l'ambulance était inférieur à

ceux de Diarra M [26] (73,6%), de Cheick O [30] (71,6%), et de Touré S [3] à Banamba (63,03%). Nous signalons cependant qu'une seule ambulance était en bon état de fonctionnalité pendant la période de l'étude. Ceci demande une forte implication et les efforts à consentir par les autorités de tutelle pour la dotation en ambulance et l'organisation du système de référence / évacuation.

11- Motifs de référence/évacuation :

Dans notre série la souffrance fœtale était le motif d'évacuation le plus fréquent (60,44%) suivie de la disproportion fœto-pelvienne (22,28%) et des pathologies maternelles (12,37%). Nos données diffèrent des celles des autres. Diallo M L [29] rapportait : la prolongation du travail (33,71%), la disproportion fœto-pelvienne (19,82%), les hémorragies sur grossesse (12,90%).

Dans la série de Soumouthéra M [28], les motifs de référence /évacuation étaient principalement : l'hémorragie du 3ème trimestre (41,70%), la dilatation stationnaire (12%), le défaut d'expulsion (11,10%).

Traoré BD [31] rapportait dans son étude, que les principaux motifs étaient : la dilatation stationnaire (13,29%), suivi de l'utérus cicatriciel (8,69%) et l'éclampsie (6, 86%). Touré S [3] signalait dans sa série à Banamba : la dystocie (23,9 %), les facteurs de risque sur grossesse (30,3%), les hémorragies sur grossesse (13,4 %).

12- Qualification de l'agent accompagnant de la référence /évacuation :

Dans notre étude les infirmiers avaient accompagné majoritairement les patientes soit 71,28%. Ce taux était différent de celui de Touré S [3] car les matrones étaient celles qui avaient plus accompagné soit 45,8% des patientes. Par contre dans la série de Soumouthéra M [28], 95,5% des évacuées n'étaient accompagnées par aucun agent de santé.

13- Prise de la voie veineuse :

La majorité de nos patientes référées ou évacuées avaient un abord veineux dans 97,5% des cas. Touré S [3] rapportait que la majorité de patientes référées ou évacuées dans sa série n'avaient pas d'abord veineux dans 58,1% des cas.

Traoré B.D [31] et EL Adj I [32] obtenaient respectivement 72,47% et 50,3% en 2010 au CS Réf C VI et en 2012-2013 au CS Réf CII

14- Documentation de la référence/évacuation:

Dans notre série, 97% les patientes avaient une fiche de référence/évacuation. Ce taux était le contraire de celui de Soumouthéra M [28] où près de 98 % des références étaient faites sans document. Touré S à Banamba rapportait dans son étude que 46,5% des patientes avaient un partogramme à l'arrivée. Cheick O. [30] et Alamine [27] rapportaient respectivement trouvés 6,9% et 19,4%.

15- Temps de prise en charge

Dans moins de 30mn, une prise en charge était entamée 45,54% de nos patientes ; et entre 30mn et 1 heure chez 35,65 %. Cela montre la qualité et la disponibilité des personnels qualifiés au niveau du CSRéf CI. Touré S [3] rapportait dans son étude que 30,28% des patientes étaient prises en charge entre 00mn et 60mn. Ce temps de prise en charge était indéterminé dans l'étude de Soumouthéra M [28] et Diarra M [26].

16- La nature de l'intervention à l'admission :

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée soit 81,18% suivie de l'accouchement par voie basse avec 16,34%. L'indication de la césarienne était majoritairement la souffrance fœtale aigue.

Nos données étaient différentes de celles de Thiero [22] au CHU Gabriel Touré où la proportion de césarienne était de 50,63%, et l'accouchement par voie basse (42,5%). Savadogo S. [32] rapportait également un taux de 50,6% pour la césarienne CHU de Point G.

17- La transfusion sanguine :

Dans notre étude la transfusion avait concerné 8,42% des patientes. Ce résultat était superposable nettement à celui de Cissé B [34] (9,4%) ; mais nettement supérieur aux 2,4% de EL ADJI [32]. Nous rappelons que le CS Réf dispose d'un mini banque de sang ravitaillé par le Centre National Transfusion

Sanguine. Cette fréquence s'explique par un taux élevé des cas des complications hémorragiques au cours de notre étude.

18- Mortalité Maternelle :

Nous avons enregistré cinq (5) décès maternels soit un taux de 2,5% durant la période de l'étude. Ce taux de décès maternel était proche de celui de Touré A [35] (2, 8%). Dolo K [12] à Mopti en 2008 et Macalou B [23] rapportaient des taux plus élevés que le nôtre de 5,76% et 6,50% respectivement. Touré S [3] avait enregistré un taux plus bas de 0,7 %. Les principales causes de ces décès maternels étaient l'hémorragie du post-partum et le retard d'évacuation. La mortalité maternelle était faible dans notre étude grâce à la rapidité et la spécificité de la prise en charge.

19- Etat des nouveau-nés

Au cours de notre étude nous avons enregistré un taux de 85,1% de nouveau-nés vivants et 14,9% de mort-nés. Nos données étaient superposables à celles de Cheick O [30] qui avait enregistré un taux de 83,3% de nouveau-nés vivants et 15,13% de mort-nés. Coulibaly A [35] rapportait 76% de nouveau-nés vivants et 24% de mort-nés. Dans l'étude de Touré S [3] le taux de nouveau-nés vivants et de mort-nés était respectivement de 74,6% et 19%. Nous rapportons que 31 nouveau-nés soit 18,02% avaient une mauvaise adaptation et 23 d'entre eux avaient été récupérés par la pédiatrie soit 74,19%.

20- Existence d'ordinogramme :

Durant la période de l'étude il existait un ordinogramme au niveau de tous les CSOMS et au niveau de la maternité du CS Réf. Il n'était pas disponible au niveau de tous les centres ayant fait des références.

21- Quoties parts: Le district sanitaire de la CI regorge 11 CSCOM répartis de façon inégale créés et organisés par les différentes associations. En dehors des 11 CSCOM sont enregistrés également des centres confessionnels catholiques, des cabinets médicaux référant des patientes. Tous ces centres

bénéficient de l'assistance technique des autorités à travers le CS Réf. Les différents CSCOM doivent dans leur fonctionnement payer les quotes-parts pour la continuité des activités de SONU. Toute cette organisation a pour but de réduire la mortalité maternelle et néonatale d'abord au niveau de la CI puis le Mali.

Parmi les 11 CSCOMS, nous rapportons que deux CSCOM n'étaient pas à jour de paiement. Dans l'étude de Touré S [3], tous les CSCOMS étaient à jour de paiement des **Quotes- parts** à hauteur de 86,25%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V-CONCLUSION

Un renforcement du système référence / évacuation est nécessaire pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales.

Les différents paramètres influencent le pronostic des évacuées : le délai d'évacuation, le suivi de la grossesse et l'acte effectué.

La tranche d'âge de 25-35 ans était la plus représentée.

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés étaient :

-Métrorragie sur grossesse 10,4%

- Dilatation stationnaire 8,9 %

-Hémorragie du post partum 7,9 %

Le taux de mortalité maternelle était de 2,47% dont l'hémorragie maternelle et le retard d'évacuation étaient les principales causes.

La mise en place du système de référence/évacuation a permis de diminuer le taux de décès maternel et fœtal. Cependant des difficultés persistent dans le système de référence / évacuation dont :

-le retard d'évacuation :

-le mauvais état des routes ;

- la réticence première de la parturiente ou ses parents

- La mauvaise disponibilité des ambulances

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer la prise en charge des évacuées nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités socio-sanitaires :

- Construire une salle d'opération et des salles de surveillance des césariées,
 - Installer un laboratoire disponible 24/24 heures au niveau de chaque CSCOM pour les examens complémentaires indispensables ;
 - Rendre disponible le sang en permanence à la mini banque de sang au CS Réf ;
 - Recruter des sages-femmes, des personnels qualifiés et assurer la formation continue du personnel existant.
- Ouvrir une unité de réanimation

Au personnel de santé:

- Assurer une CPN de qualité tout en insistant sur le plan d'accouchement ;
- Surveiller le travail d'accouchement par l'utilisation correcte et systématique du programme ;
- Sensibiliser la population sur l'importance de la surveillance de la grossesse dans les centres de santé ;
- Sensibiliser la population sur les avantages des méthodes modernes de PF ;
- Améliorer l'organisation des références/évacuations.

A la population :

- Suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- Eviter le mariage précoce des filles ;
- Exhorter la population à s'impliquer davantage dans le système de Référence/évacuation par le paiement des cotisations des ASACO au niveau des Collectivités territoriales (quote part).

BIBLIOGRAPHIE

[1]-Kane TT, EL-KAdy AA,Saleh S, Hage M, Stanback J Potter L

Maternal mortality in GIZA, Egypt: Magnitude, causes, and prevention sud fam planning 1992; 23:45-57

[2] -OMS

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.10^e révision ; Vo11.Genève 1993 ; 1330.

[3]-Touré S

Evaluation du système de référence/évacuation au centre de santé de référence de Banamba. Thèse de Méd. Bamako 2019. N°19M129 :79

[4] - Les soins primaires en gynécologie et Obstétrique.

Rapport 2014 : Société française de Gynécologie et Obstétrique :

[5] Kané A

Audit de décès maternel au centre de santé de références de la commune IV du district de Bamako. Thèse de Med Bamako 2018. N°18M49 :55

[6] -Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali.

Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population 1990

[7] - 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.

Gynecol Obstet. 1997 Nov., 59 Suppl 2: 5259-65.

[8]- Merger R., Levy J., Melchior J.

Précis d'obstétrique. 6^{ème} Edit. Paris : MASSON, 1995.597p

[9] - Comité éditorial de l'UVMaF.

Dystocie mécanique 2014.UNF3S- campus numériques

[10] -Le Horrier G., Solat J.

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

[11] -FARABEUF LH, VARNIER H. Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. Ed. Masson 1923, Paris : 488

[12] - Dolo K

Evaluation du système de référence/évacuation gynécologie obstétricale à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Thèse de Méd. Bamako 2008 N°238 :118

[13] - LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H.

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

[14] -Koné Y A

Accouchement par ventouse obstétricale dans le service de gynécologie obstétricale du CSRéf CV du district de Bamako

Thèse Méd. 2008 N °8M235 :19

[15] - Université virtuelle de maïeutique francophone

Les manœuvres obstétricales.

[http://umf.univ-nantes.fr/campus maïeutique/](http://umf.univ-nantes.fr/campus%20maieutique/)

[16] -Accouchement en présentation du siège, Plaidoyer pour la voie basse ;

XIVe JTA Journées de techniques avancées en gynécologie obstétrique, Procréation Médicalement Assistée et pédiatrie ; Janvier 1999.

[17] Breech delivery at term: a critical review of the literature.

ObstetGynecol.1993oct;82(4Pt.1):605-18.Authors.n.cheng.MHannah.

Affiliation.Departement of obstetrics and gynecology women's college

Hospital.de n.cheng cite247

[18] - Dr Aly Abbara

Episiotomie: Définition techniques et indications

www.aly-abbara.com/episotomie

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

[20] - Saye M.

Les urgences obstétricales à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti à propos de 140 cas. Thèse Méd. Bamako 2005. N°0120 :105

[21] - Traoré K.

Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Niono.

Thèse de Med. Bamako 2005. N°318 :114

[22] - Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas. Thèse de Med Bamako1995. N°17

[23] - Macalou B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de Méd. Bamako2002. N°142 :114

[24] - Fall G : Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence d'Afrique sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996. Thèse de Med Dakar. 1996.

[25] - Berland M. Le choc en obstétrique.

Enc Med chir Paris obstet 1980. 65082A10. 2

[26] - Diarra M

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

Thèse de Méd. Bamako 2008 N°131 :108

[27] - Alamine A S

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 de Méd. Bamako 2005. N°168 :65

[28] - Soumouthéra M

Evaluation du système de référence évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Koutiala de juillet 2008 à juin 2009. Thèse de Med 2010 N°M277 :126

[29] - Diallo ML

Evaluation du système de référence/évacuation du cercle de Baraouéli.

Thèse de Med. Bamako.2010 N°12M183 :103

[30] –Bagayoko CO

Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité du district sanitaire de Kita. Thèse de Med. Bamako 2013. N°13M13 :73

[31] -Traoré B D

Problématique du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse de Méd. Bamako 2010.N°365

[32] –Cissé IS

Evaluation du système référence/évacuation à la maternité du CS Réf de la commune II de Bamako. Thèse de Med 2015. N°15M73 :113

[33] -Savadogo S

Les urgences gynécologiques et obstétricales au service de Gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point G. Thèse Med. Bamako 2012.N°133 :117

[34] -Cissé B

Evaluation du système de référence /évacuation des urgences obstétricales au Cs réf de Marakala. Thèse de Méd. Bamako 2012. N°14M190 :95

[35] -Coulibaly A

Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au CS Réf de la commune V de Bamako. Thèse de Med.Bamako2004. N°233 :82

[36] -Touré A A

Système de référence/évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de Kolokani : Etude prospective à propos de 145 cas. Thèse de Méd. Bamako 2010. N°10M307 :90

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro du dossier : **Date** :

I) Renseignement démographique :

Nom :

Age :

Prénom :

Tel :

Résidence : commune I / / ; hors commune / /

II) Renseignements généraux :

1) Ethnie :

a) Bambara /___/, b) Bobo / ___ /, c) Sarakolé /___/

d) Miniaka /___/, e) Senoufo /___/, f) Peulh /___/, g) Bozo /___/

h) Dogon/ /, i)

Autre.....

2) Profession de la patiente

a) Ménagère / /, b) Vendeuse/ /, c) Elève / /

d) Etudiante / / e) Aide-ménagère / /, f)

Autre.....

3) Profession du conjoint

a) Cultivateur/ /, b) Commerçant / /, c) Ouvrier / /, d) Elève / /,

e) Etudiante / / ; f) Autre.....

4) Niveau d'inscription :

a) Primaire / /, b) Secondaire / /, c) Supérieur / / d) Alphabétisée / /

e) Autres / /,

f) Aucun / /

5) Situation Matrimoniale :

- a) Célibataire / /, b) Divorcée / /, c) Mariée monogame / /, d) Mariée Polygame / /,
e) Veuve / /

6) **Motif de référence ou d'évacuation**

.....

7) **Date et heure ou évacuation :**

.....

8) **Date et heure d'admission :**

9) **Qualification de l'agent qui évacuée :**

- a) Médecin / /, b) Sage-femme / /, c) Infirmière / /, d) Infirmière obstétricienne / /, e) Matrone / /, f) Aide- Soignante / /, g)
Autres :.....

10) **Moyens ou conditions d'évacuation :**

- a) Ambulance / /, b) Véhicule collectif ou taxi / /, c) Véhicule personnel / /,
d) Moto / /,
e) Autres :.....

11) **Support d'évacuation :**

- a) Partogramme / /, b) Fiche d'évacuation / /, c) Fiche d'évacuation +
Partogramme / /, d) Sans document / /

III) **Antécédents :**

12) **Médicaux :**

- a) a) HTA / /, b) Diabète / /, c) Cardiopathie / /, d) Anémie / /, e)
Drépanocytose ou autres hémopathies / /, f) Asthme / /, g) Autres
pathologie / /.

13) **Chirurgicaux :**

- a) Césarienne / /, b) GEU / /, c) Myomectomie / /, d) Curetage / /,
e) Appendicectomie / /, f) Laparotomie.....
g) Autres à préciser.....

14) **Obstétricaux :**

a) G....., b) P..., c) V.... d) D..... e) MOrt née.....

f) Avortement : Spontané / /, Provoqué / /

15) **Accouchement(s) Prématuro(s)** :.....

16) **CPN** :

a) Moins de 4 / /, b) Plus de 4 / /, Pas de CPN / /

17) **Traitement reçu** :

.....

.....

18) **Manoeuvre avant l'admission** :.....

.....

.....

IV) **Examen clinique à l'entrée** :

19) **Examen général** :

20) **Etat général** :.....

21) Conjonctives :.....

22) Température :.....°C

23) Poul.....puls/mm

B) **Manœuvre** **après**

l'admission :.....

.....

B) **Examen Obstétrical** :

24) HU.....

25) ABC.....

26) **Contraction utérines**.....

27) **Durée du travail en heure** :

a) Moins de 8 heures / /, b) Entre 8 et 12 heures / /,

c) Plus de 12 heures / /.

28) **Phase du travail d'accouchement** :

a) Phase de latence / /, b) Phase active / /, c) Phase expulsive / /

29) **Niveau de la Présentation** :

a) Engagée / /, b) Non engagée / /

30) **Etat du Bassin :**

a) Normal / /, b) Asymétrique / /, c) Limite / /, d) BGR / /

31) **Présentation :**

a) Céphalique : Front / /, Face / /, Bregma / /,

b) Siege : Complet / /, Décomplété / /,

C) Transverse ou épaule

32) BDCF:

a) <120 //, b) 120-160 //, c) >160 //, d) Absent //

33) **Etat de la membrane :**

a) Intacte //, b) Rompue dans le service / /

c) Rompue hors du service (préciser le délai) :.....

34) Aspect du liquide :

a) Clair / /, b) Meconial / /, c) Hématique / /

V) **Examens compléments :**

35) **Taux d'hémoglobine :**

a) <11 / /, b) < 11, c) Non fait / /

36) **Groupage rhésus :** a) Oui / /, Non / / et

Autres :.....

VI) **Diagnostic retenu :**.....

.....

VII) **Evolution et pronostic :**

37) **Pronostic maternel :**

a) **Complication** : Non / /, b) Oui :

.....

38) **Prognostic fœtal:**

a) Apgar (1mm)b) Apgar (5mm).....

c) **Traumatismes:** Non / /,

Oui:.....

d) **Etat du fœtus à la naissance :**

Vivant / / , Réanimé / / , Mort née/ / , Malformation / /

e) Poids / /

f) Taille (cm) :.... g) PC (cm) : h) PT (cm) :,

h) **Sexe**: M / / , F/ /

i) **Délivrance** : Naturelle / / , Dirigée / / , Artificielle / /

j) **Complication de la délivrance** :

Rétention / / , Atonie utérine / / , Autres / / , Non / /

k) **Réfère en pédiatrie** : Oui / / , Non / /

39) **Traitements** :

a) Traitement médical :.....
.....

b) **Traitement chirurgical** :

Hystérectomie / / , Autres / /

40) Suites opératoires ou de couches

a) **Durée d'hospitalisation** :.....

b) **Diagnostic de sortie** :.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom et Prénom : Diarra Mariam Sory

Titre : Évaluation du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune I.

Année universitaire : 2018-2019

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 CSRéf CI.

Au centre de santé de référence CI, les référées/évacuées représentaient 33,6% des femmes du juin 2018 au juin 2019.

La tranche d'âge comprise [26 35 était dominante avec 36,1%.

Les ménagères étaient plus représentées : 85,1%.

Le taux de décès maternel était de 2,5 %.

Les principales causes de décès maternel étaient l'hémorragie par choc hypovolémique et l'éclampsie avec complications rénales.

Mots clé : Système, Référence/Evacuation, Maternité, CS Réf Mortalité Maternelle.

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 qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

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

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

Je le jure !