

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTTB)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE
(FMOS)

THESE N°

THESE

LES URGENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES DANS UN CONTEXTE HUMANITAIRE À L'HÔPITAL SOMINÉ DOLO DE MOPTI

Présentée et soutenue publiquement le .../.../...2022
Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie par :

Monsieur Housseyni KANTE

Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

Président : Professeur Broulaye SAMAKE

Membre : Docteur Seydou FANE

Co-directeur : Docteur Pierre COULIBALY

Directeur : Professeur Niani MOUNKORO

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail

À mon père Mamadou KANTE

Tu as été pour moi, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est le témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi.

Ce travail est le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

À ma mère Gabdo KONE

Rien ne peut contre la volonté de Dieu. Ces phrases n'exprimeront pas assez tout ce que je ressens ce jour, tu as pris soin de nous.

Tu nous as toujours protégé. Femme dynamique, généreuse, loyale, joviale, sociable, attentionnée, croyante, naturelle et infatigable. Tes conseils, tes encouragements, tes câlins, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices.

Que le Tout Puissant te donne la bonne santé et te garde aussi longtemps auprès de nous.

Puisse ce travail te donner le réconfort et la fierté, mais aussi le témoignage de l'amour mon grand.

À ma grande mère Haoussa NAYETE

Ta combativité, ton courage, ta générosité resteront pour moi un repère sûr. Tes peines, tes sacrifices n'ont pas de prix pour moi. Que Dieu te donne une longue vie. Puisse ce travail être pour toi une source de satisfaction.

À mes frères et sœurs

L'union, la solidarité et l'amour sont la plus grande richesse de la famille. Vous avez tous été d'un soutien inestimable tout au cours de mes longues années d'études. L'occasion m'est offerte pour vous rappeler que les liens de sang sont sacrés. Je vous prie d'accepter ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Mes cousins et cousines

J'ai appris avec vous que la tolérance, la solidarité, le partage, la taquinerie dans le respect sont les moyens de renforcement des liens de sang, et de famille. Vous êtes et vous serez toujours un support moral. Grace à vous cette joie qui fait l'harmonie de la vie en famille ne m'a jamais manqué. Ce travail est le vôtre.

Soyez assurés de mon profond attachement.

À mes oncles, mes tantes et tous les autres membres de la famille,

Votre soutien, votre amour et vos encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mon amour et mon affection indéfectible. Qu'ALLAH vous protège et vous accorde santé, bonheur et prospérité.

Sans oublier à tous les membres de la famille de Sogomadi KONE de Boukassoumbougou, famille d'accueil pendant mon cycle d'étude de médecine, ce travail est le vôtre.

REMERCIEMENTS

A « ALLAH », loué soit-il pour son soutien tout le long de ses difficiles années ainsi à son Prophète Mohamed (SAW)

Au corps professoral de la FMOS en général :

Pour votre qualité intellectuelle, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, Mes chers maîtres, je suis fier de toute la formation que j'ai reçue de vous.

À toute la 11^{ème} promotion du Numérus clausus : Feu Professeur GANGALY

Ce travail est le vôtre.

A Dr Pierre COULIBALY ; Dr Seydou Nanko BAGAYOGO ; Dr BALLO Amadou ; Dr Hassane KANTE ; Dr SARAMPO Amadou ; Dr CISSE Ibrahim ; Amadou TOGO ; Mamadou CISSE ; Dr Fatoumata MALLE ; Dr Sorry KANTA et Dr DIAWARA pour leur soutien inestimable et précieux dans l'élaboration de ce document.

A mes meilleurs amis : Amadou BALLO ; Marafa BOCOUM ; Ismail THERA ; Bamoussa GUITTEYE ; Adama TRAORE ; Mahamadou MAIGA ; Lassine TROUPO ; Mory SIDIBE ; Aliou BOUARE, Souma MAIGA, Oumar DICKO ...

Les bons comme les mauvais moments qu'on a passé ensemble n'ont fait que consolider nos liens. Que Dieu vous bénisse mes frères d'autres mères ;

A tous les personnels du CSREF de Mopti ;

A tous mes colocataires du Point G : Victor ; Até ; Mme Até ; Fortuné ; Diata ; Karamoko ; Charbel ; Fawoaz ; Crouch...

À tous mes collègues thésards de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti :

Tangara A ; Djibo S ; Diabate B ; Mme BALLO Fatoumata WALLET ; Douyon A ; Kassambara ; et Sarampo.A ; Ouologuem.A ; Sanhga.S ; Ganame.M ; Djongo.S merci pour votre coopération et votre soutien pour ces moments passés ensemble.

A tout le personnel du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

À tout le personnel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti :

Dr COULIBALY.P ; Dr BAGAYOGO.S ;Dr DIABY ; Dr Guindo O ; Dr Dienta; Dr Guindo A, Dr Thera ; Dr Coulibaly Modibo ; Dr CISSE.A ; Dr Traore Chéibou ; Dr Kone Mory; Dr Konde A ; Dr Sidibe L ; Dr Traore Kaman ; Dr Djoubalo ; Dr TEME.I Mme Togo ; Ami Ouattara ; Fatoumata Kone ; KAREMBE K ; SANGARE K ; TROUPO K ; CISSE.R ; Mme KOÏTA ; Mme MARIKO ; HAÏDARA H ; etc.....

Aux aînés, au bureau, ainsi qu'à tous les membres de l'Association des Etudiants Ressortissants de la région de Mopti et Sympathisants (AERMOS) ;

A mes amis du Point g : KONTE MSL ; DR TRAORE A ; DR TAPILY A ; DR GACKOU M ; Dr KANTE H ; KASSOGUE A ; BORE Y ; BOLLY M ; GAKOYE A ; TRAORE AS ; MAIGA S ; DR SANKARE Y ; KODIO S ; KAREMBE B ; DR KAREMBE S ; BAH O ; GARIKO A ; SARRO F ; CISSE M ; TRAORE F ; TOGO Y ; KONE M ; SYLLA O ; KONE I ; TOURE M ; BADINI B ; KARAKODIO A ; COULIBALY O ; GORO A ; TRAORE M ; GUINDO N ; BERTHE B ; TRAORE I ; KEBE M ; Demba DIALLO ; Lassine GOITA ; Mahamadou BENGALY...

Aux collègues du cabinet médical DUFLO : Dr Malick TRAORE ; Dr KONE ; Yaya TOURE ; Amadou ; Tante Djeretou ; Tante Oumou ; Dr BALLO...

Aux autres collaborateurs de l'hôpital Sominé DOLO : DICKO O ; TOPAN A ; KEÏTA M ; KONE G ; COULIBALY F ; DIARRA H ; BORE A ; TOGO M ;

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Broulaye SAMAKE

- ✓ Professeur titulaire en anesthésie réanimation.
- ✓ Chef du service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel TOURE.
- ✓ Membre de la société d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU Mali).
- ✓ Membre de la société d'anesthésie réanimation de l'Afrique noire francophone (SARANF Mali).
- ✓ Membre de la société française d'anesthésie réanimation(SFAR).

Cher maitre,

Vous nous faite un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques, vos multiples qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait ont fait de vous un maître admiré de tous.

Recevez ici, cher maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Seydou FANE

- ✓ Gynécologue-obstétricien
- ✓ Maître-assistant à la Faculté de Médecine d'Odontostomatologie
- ✓ Médecin spécialiste en santé publique.

Cher maitre,

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre disponibilité, votre simplicité, votre courage, votre volonté de transmettre vos savoirs aux jeunes et surtout votre franchise font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Pierre COULIBALY

- ✓ Gynécologue- Obstétricien à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti ;
- ✓ Praticien hospitalier ;
- ✓ Chef de service de la Gynécologie- Obstétrique à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti
- ✓ Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)
- ✓ Attaché de recherche ;
- ✓ Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé (INFSS) de Mopti.
- ✓ Membre de la SOMAGO (Société Malienne de gynécologie-obstétrique).
- ✓ Point focal de « One stop center » à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

Cher Maître,

Ce jour est le vôtre, vous nous avez accordé votre confiance en nous confiant ce travail.

Vous nous avez accueillis et traités dans votre service avec respect et amour. Vous avez su inculquer en nous la rigueur, l'honnêteté, le sens du sacrifice et du travail bien fait.

Votre esprit communicatif, votre détermination à faire avancer la science font de vous la vitrine de la nouvelle génération. Nous sommes très fiers d'avoir appris à vos côtés ;

Permettez-nous aujourd'hui de vous exprimer toute notre profonde gratitude pour le savoir que vous nous avez transmise.

Puisse ALLAH le tout puissant vous garder encore plus longtemps auprès de nous.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Niani MOUNKORO

- ✓ Professeur Titulaire à la FMOS
- ✓ Chef du département de Gynéco-Obstétrique au CHU Gabriel Touré ;
- ✓ Point Focal de l'initiative Francophone de réduction de la mortalité maternelle par Avortement à risque ;
- ✓ Coordinateur du D.E.S de gynécologie à la FMOS ;
- ✓ Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;
- ✓ Officier du mérite de la santé du Mali ;

Honorable Maître,

Vos grandes qualités scientifiques et de formateurs joints à votre esprit communicatif sont pour nous une source d'inspiration.

En peu de temps, vous nous avez appris à travailler avec méthode et efficacité.

En acceptant de diriger nos travaux, c'est un grand honneur que vous nous faites malgré vos multiples occupations.

Trouvez ici cher maitre, le témoignage de notre profonde gratitude et de notre plus grand respect.

Qu'Allah vous accorde toute sa grâce et vous accorde une longue vie et une très bonne santé.

Amen

LISTE DES SYMBOLES, SIGLES ET ABBREVIATIONS

LISTE DES SYMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS

- AINS** : Anti inflammatoire non stéroïdien ;
- ATCD** : Antécédent ;
- AVC** : Accident vasculaire cérébral ;
- B** : Bassin ;
- BAF** : Blessure par arme à feu ;
- BDCF** : Bruit du cœur fœtal ;
- BGR** : Bassin généralement rétréci ;
- BIP** : Biométrie inter pariétaux ;
- CIVD** : Coagulation intra vasculaire disséminée ;
- CICR** : Comité international de la Croix-Rouge ;
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- Cm** : Centimètre ;
- CP** : Comprimé ;
- CPN** : Consultation prénatale ;
- CSCOM** : Centre de santé communautaire ;
- CSREF** : Centre de santé de référence ;
- CUD** : Contraction utérine douloureuse ;
- DFP** : Disproportion fœto-pelvienne ;
- DPPNI** : Décollement prématuré du placenta normalement inséré ;
- DIH** : Droit international humanitaire ;
- DIU** : Dispositif intra utérin ;
- ECBU** : Examen cyto bactériologie des urines ;
- EDS** : Enquête Démographique et Sanitaire ;
- EPH** : Etablissement public hospitalier ;
- FIGO** : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique ;
- FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- FVV** : Fistule vésico-vaginale ;
- G** : Gramme ;
- GEU** : Grossesse extra utérine ;
- H** : Heure ;
- HB** : Hémoglobine ;
- HCG** : Hormone gonadotrophine chronique ;

HU : Hauteur utérine ;
HELLP : Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets ;
HTA : Hypertension artérielle ;
HRP : Hématome rétro placentaire ;
IRM : Imagerie résonance magnétique ;
IVG : Interruption volontaire de grossesse ;
J : Jour ;
Km² : Kilomètre carré ;
Km : Kilomètre ;
M : Mètre ;
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro ;
MFIU : Mort Fœtale In-Utéro ;
MIDP : Mento-iliaque droite postérieure ;
MIGA : Mento-iliaque gauche antérieure ;
MIDA : Mento-iliaque droite antérieure ;
MIGP : Mento-iliaque gauche postérieure ;
MIDT : Mento-iliaque droite transverse ;
MIGT : Mento-iliaque gauche transverse ;
Mm Hg : Millimètre de mercure ;
MSF : Médecin sans Frontiers ;
NFS : Numération formule sanguine ;
OAP : œdème aigu des poumons ;
OMD : objectifs du millénaire pour le développement ;
ONG : Organisation non gouvernementale ;
OMS : Organisation mondiale de la santé ;
PDDSS : Plan décennal de développement sanitaire et social ;
PEC : Prise en charge ;
PEV : Programme élargie de vaccination ;
PP : Placenta prævia ;
PPH : Placenta prævia hémorragique ;
PRODESS : Programme de développement sanitaire et social ;
PSPHR : Projet santé, population et hydraulique rurale ;
PNUD : Programme des nations unies pour le développement ;
RPM : Rupture prématuré des membranes ;

RU : Rupture utérine ;

R/E : Référence/évacuation ;

SA : Semaine d'aménorrhée ;

SAMU : Service d'accueil médical des urgences ;

SFA : Souffrance fœtale aigue ;

SP : Sulfadoxine pyréméthamine ;

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;

TR : Le touche rectal ;

TV : Le touche vaginal ;

VAT : Vaccin antitétanique ;

UI/L : Unité internationale par litre ;

VS : vVtesse de sédimentation ;

β : Bêta ;

< : Inférieur à ;

> : Supérieur à ;

≥ : Supérieur ou égal à ;

% : Pourcentage ;

≤ : Inférieur ou égal à ;

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : répartition des variables étudiées	71
Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession.....	74
Tableau III : Répartition des patientes selon la profession du procréateur	75
Tableau IV : Répartition des patientes selon la résidence	76
Tableau V : Répartition des patientes selon leur ethnie.....	76
Tableau VI : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction.....	77
Tableau VII : Répartition des patientes selon le mode d'évacuation	77
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité	78
Tableau IX : Répartition des patientes selon leurs ATCD Obstétricaux	79
Tableau X : Répartition selon leurs ATCD médicaux	79
Tableau XI : Répartition des patientes selon leurs ATCD Chirurgicaux	80
Tableau XII : Répartition des patientes selon l'agent de la référence	81
Tableau XIII : Répartition des patientes évacuées selon le type de document d'accompagnement.....	81
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le temps mis en cours de route.....	82
Tableau XV : Répartition des patientes selon la distance parcourue	82
Tableau XVI : Répartition des patientes selon les raisons du retard à l'admission.....	83
Tableau XVII : Répartition des patientes selon le type de lésion.....	83
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le caractère de la zone.....	84
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le motif de référence	84
Tableau XX : Répartition des patientes venue d'elle-même selon le motif	85
Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'agent à l'admission.....	85
Tableau XXII : Répartition des patientes selon les traitements reçus avant l'évacuation.....	85
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon leur état général à l'admission	86
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon leur taille physique	86
Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'état de leurs conjonctives	87
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la période gravido-puerperale	87
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon l'état du bassin des parturientes	88
Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le traitement institué après l'admission ..	88
Tableau XXIX : Répartition des patientes selon les moyens thérapeutique obstétricaux chirurgicaux.....	89

Tableau XXX : Répartition des patientes selon les moyens thérapeutiques médicaux	90
Tableau XXXI : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement	90
Tableau XXXII : Répartition des patientes selon les indications de césarienne	91
Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le diagnostic	92
Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement	92
Tableau XXXV : Répartition des patientes selon le nombre de poche de sang transfusé	93
Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la quantité de l'hémorragie	93
Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon les complications maternelles à l'admission	94
Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon les complications maternelles dans les suites de couche.....	94
Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon la cause du décès maternel.....	95
Tableau XL : Répartition des patientes selon les causes du décès due à l'hémorragie	95
Tableau XLI : Répartition des patientes selon l'état maternel à la sortie.....	96
Tableau XLII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation	96
Tableau XLIII : Répartition des patientes selon l'état de leur enfant à la naissance	97
Tableau XLIV : Répartition des patientes selon le score d'Apgar de leur enfant.....	97
Tableau XLV : Répartition des patientes selon la cause de la mortalité foetale	98
Tableau XLVI : Répartition des patientes selon le poids de leur nouveau-né	98
Tableau XLVII : Répartition selon le motif de référence des nouveau-nés en pédiatrie	99
Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon le mode délivrance	99
Tableau XLIX : Répartition des patientes selon les complications de la délivrance	100
Tableau L : Répartition des patientes selon la source de financement de la prise en charge	100
Tableau LI : répartition des fréquences	103

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	74
Figure 2 : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale	75
Figure 3 : Répartition des patientes selon le type de Paiement du transport.....	78
Figure 4 : Répartition des patientes selon la CPN.....	80

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	23
2. OBJECTIFS	26
2.1. Objectif général.....	26
2.2. Objectifs spécifiques	26
3. GENERALITES.....	28
3.1. Définitions.....	28
3.1.1. Les urgences gynécologiques et obstétricales.....	28
3.1.2. Epidémiologies des urgences gynécologiques et obstétricales	28
3.1.3. Définition du contexte humanitaire :.....	28
3.1.4. Définition du conflit	29
3.2. Les principales urgences gynécologiques et obstétricales	29
3.2.1. Les pathologies obstétricales	29
3.2.1.1. Dystocies.....	29
3.2.1.2. Les hémorragies	35
3.2.1.3. Les déchirures obstétricales	39
3.2.1.4. L'hypertension artérielle et ses complications	40
3.2.1.5. Paludisme au cours de la grossesse.....	42
3.2.1.6. Les vomissements gravidiques	44
3.2.1.7. Infections au cours de la grossesse	44
3.2.1.8. Thérapeutiques obstétricales	47
3.2.1.8.1. Césarienne.....	47
3.2.1.8.2. Forceps	47
3.2.1.8.3. Ventouse	48
3.2.1.8.4. Quelques manœuvres obstétricales :	48
3.2.2. Pathologies gynécologiques :	50
3.2.2.1. Grossesse extra-utérine	50
3.2.2.2. Avortements spontanés.....	52
3.2.2.3. Avortements provoqués.....	53
3.2.2.4. Infections génitales	54
3.2.2.4.1. Infections génitales hautes :.....	54
3.2.2.5. Fibromes :	55
3.2.2.6. Kyste hémorragique.....	57
3.3. Impact de la crise sur le système de sante	58
3.3.1. Histoire de la crise	58

3.3.2.	Conséquences du conflit sur les urgences gynécologiques et obstétricales .	58
3.3.3.	Principaux problèmes causés par ces conflits.....	59
3.4.	Décès maternels et périnatales :	59
3.4.1.	Définition du décès maternel.....	59
3.4.2.	Types de mortalité.....	60
4.	METHODOLOGIE.....	62
4.1.	Cadre d'étude.....	62
4.1.1.	Présentation de la région de Mopti.....	62
4.1.2.	Présentation du cercle de Mopti.....	63
4.1.2.1.	Historique.....	63
4.1.2.1.1.	Fondation.....	63
4.1.2.1.2.	Évolution historique.....	63
4.1.2.2.	Aspects géographiques.....	64
4.1.2.3.	Données démographiques.....	64
4.1.2.4.	Économie.....	64
4.1.3.	Présentation générale de l'hôpital.....	65
4.2.	Type d'étude.....	70
4.3.	Période d'étude.....	70
4.4.	Population d'étude.....	70
4.5.	Critères d'inclusion.....	70
4.6.	Critères de non-inclusion.....	70
4.7.	Taille de l'échantillon.....	70
4.8.	Méthodes.....	70
4.9.	Saisie, Analyse, traitement et présentation des données.....	72
4.10.	Considérations éthiques.....	72
5.	RESULTATS.....	74
5.1.	Fréquence.....	74
5.2.	Caractéristiques socio démographique.....	74
5.3.	Donnes cliniques.....	78
5.4.	Difficultés :.....	83
5.5.	Thérapeutiques.....	88
5.6.	Pronostic.....	93
5.6.1.	Maternel.....	93
5.6.2.	Pronostic fœtal.....	97
6.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	102

6.1. Fréquence	102
6.2. Caractéristiques sociodémographiques :	103
6.2.1. Caractéristiques cliniques :	104
6.3. Principales pathologies retrouvées :	106
6.4. Traitement institué	110
6.5. Pronostic :	111
7. CONCLUSION	114
8. RECOMMANDATIONS	116
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	117
10. ANNEXES	121
10.1. Fiche d'enquête	121
10.2. Fiche signalétique	126

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La situation humanitaire demeure préoccupante avec la juxtaposition des conflits, l'insécurité multiforme et les aléas climatiques (inondations et sécheresses). Ces chocs se superposent à la pandémie de la COVID-19 qui continue d'exacerber les vulnérabilités préexistantes avec des conséquences socioéconomiques néfastes à court, moyen et long terme, exacerbant les besoins humanitaires. Ces chocs conjoncturels récurrents de magnitudes toujours plus élevées, à chaque fois, se superposent aux facteurs structurels contribuant à l'aggravation de cette crise.[1] Ainsi, en 2021, selon les estimations, 11,7 millions de personnes sont affectées par la crise, parmi lesquelles 5,9 millions sont désormais dans le besoin d'une assistance humanitaire relative aux besoins vitaux, à l'accès aux services sociaux de base et des conditions de vie, ainsi qu'au renforcement de leurs capacités de relèvement et résilience face aux chocs [1].

La situation sanitaire au Mali ne cesse de se dégrader. De nombreux besoins sanitaires des populations les plus vulnérables restent non couverts en raison du manque d'accès et d'utilisation des services de santé de base de qualité. En effet une analyse comparative du nombre de consultations entre 2019 et 2020 a montré une différence de plus ½ million de consultations en moins, en outre en ce qui concerne les accouchements assistés, moins de 15000 accouchements ont été rapportés durant 2020. [1] Cette situation est la conséquence de la faible disponibilité des services de santé de la reproduction, obstétricaux et néonataux d'urgence. Dans ce contexte, moins de 50% des femmes accouchent sous assistance d'un personnel de santé qualifié [1].

Les urgences obstétricales sont des situations cliniques dramatiques engageant à court terme le pronostic vital maternel et /ou fœtal. Elles peuvent survenir à n'importe quel moment de la grossesse et souvent dans un contexte socio-économique défavorable. Les femmes enceintes courent le risque de subir des complications souvent imprévisibles et parfois mortelles [2].

L'expérience montre qu'au moins 15% des grossesses dans le monde présentent des complications qui peuvent être mortelles. [3].

Selon le rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 2015 et l'analyse des statistiques sanitaires mondiales de 2015 les taux de mortalité maternelle ont significativement diminué ces dernières années. Mais malgré la mise en œuvre de multiples programmes de lutte contre la mortalité maternelle, 830 femmes environ dans le monde mourraient par jour de cause évitable liée à la grossesse et l'accouchement et 99% de ces décès maternels surviennent dans les pays en voie de développement notamment en Afrique

sub-saharienne.[5] Le ratio de mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne est de 510 décès maternel pour 100 000 naissance vivante contre 12 pour 100 000 naissance vivante dans les pays développés [5].

Au Mali selon EDS VI, la mortalité maternelle est estimée à 325 décès pour 100 000 naissances et le rapport de mortalité liée à la grossesse est de 373 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [4].

Les conflits constituent une barrière à l'accès physique et financier aux centres de santé [6].

La COVID-19 apparue en 2020 dans la région a aggravé d'avantage cette situation déjà précaire.

Devant un tel constat et dans ces conditions, il y a lieu de s'interroger sur les limites imposées au domaine de la santé par le manque quasi permanent des ressources hospitalières et des technologies modernes dans certaine localité de la région de Mopti. D'où, notre question de recherche : jusqu'où va-t-on dans la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales dans un contexte de conflit ou le système de santé est soutenu en grande partie par des partenaires humanitaires ?

A Mopti aucune étude n'a été faite sur les urgences gynécologiques et obstétricales dans un contexte humanitaire.

Cette étude voudrait contribuer à l'atteinte de l'objectif 3 du développement durable à travers la cible 3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes [1].

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Etudier les urgences gynécologiques et obstétricales dans un contexte humanitaire à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence des urgences gynécologiques et obstétricales ;
- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti ;
- ✓ Déterminer les pronostics maternels et néonataux ;
- ✓ Préciser les entraves et ou les causes limitant l'accès des urgences au CHU

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1. Définitions

3.1.1. Urgences gynécologiques et obstétricales

Les urgences obstétricales toute situation pathologique survenant sur grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 42 jours des suites de couches et dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement pour préserver le pronostic vital maternel et/ou foetal.

De façon opérationnelle, c'est la femme dont la vie est menacée immédiatement dans les 24 à 48 heures par une pathologie obstétricale [5].

Les urgences gynécologiques s'adressent aux patientes présentant des problèmes gynécologique (saignement, douleur du bas ventre, infection urinaire, constat d'agression sexuelle, etc.), y compris les grossesses inférieures à 12 semaines d'aménorrhée (absence de règles).

3.1.2. Epidémiologies des urgences gynécologiques et obstétricales

L'épidémiologie est définie comme une discipline scientifique qui étudie les problèmes de santé dans une population humaine, leur fréquence, leur distribution dans le temps et dans l'espace, ainsi que les facteurs influant sur la santé et les maladies de populations [14].

L'OMS a estimé que dans le monde plus d'un million de femmes meurent chaque année suite aux complications obstétricales [15 4].

En Afrique de l'Ouest, la mortalité maternelle est de 1020 pour 100 000 naissances vivantes.

Au Mali selon l'enquête EDS VI, la mortalité maternelle est estimée à 325 décès pour 100 000 naissances et la mortalité néonatale 36 pour 1000 naissances vivantes [4].

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que foetal réservé.

3.1.3. Définition du contexte humanitaire :

L'humanitaire peut se définir de manière générale comme une action (qui vise au bien de l'humanité) [selon le dictionnaire robert].

Le terme a de nos jours, souvent pris le sens d'une action d'urgence dans des pays lointains frappés par des catastrophes naturelles et/ou par des guerres. Tant du point de vue de son action que du droit, l'humanitaire vise à protéger la vie et la dignité d'individus et de communautés dans des situations de détresse-la maladie, la misère, l'infirmité, les traumatismes liés aux catastrophes naturelles, aux conflits armés, aux conséquences du changement climatique ou aux migrations, les déplacements forcés de populations, l'esclavage, les génocides [27].

3.1.4. Définition du conflit

Le conflit est un affrontement entre des intérêts, des valeurs, des actes ou des procédures. C'est un désaccord, une idée s'opposant à une autre. Il peut y avoir un désaccord sans qu'il y ait de conflit [7].

3.2. Principales urgences gynécologiques et obstétricales

3.2.1. Pathologies obstétricales

3.2.1.1. Dystocies [15 16 17 18 20 25]

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 fœtale, un obstacle prævia ou anomalie des parties molles. Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle.

a. Dystocies d'origine maternelle :

Elles sont : Mécaniques, Dynamiques et Plastiques

❖ **Dystocies mécaniques** : C'est lorsque le fœtus rencontre un obstacle durant sa progression dans le canal pelvi génital maternel. Il peut s'agir :

- ✓ Des bassins rétrécis : (symétrique et asymétrique)
- ✓ Des tumeurs prævia : fibrome, kyste de l'ovaire pelvien

❖ **Dystocies dynamiques** :

Elle comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Les anomalies peuvent être classées en cinq groupes : Les anomalies par défaut : hypocinésie : les contractions sont, soit d'intensité trop faible (<25 -30mmHg), soit espacées (<2 contractures/10mn). L'association de ces deux types définit l'inertie utérine que l'on observe plutôt chez les multipares et qui résulte d'une diminution de la contractilité des fibres utérines.

Les anomalies par excès : hypercinésie : les contractions sont soit trop intenses (>60 65mmHg), soit trop rapprochées (fréquence>5 contractions/10mn).

Le tonus de base reste normal au début [15]. Les anomalies du tonus de base : hypertonie : l'hypertonie peut être modérée (tonus de 12 à 20mmHg) ou majeure (tonus> 20mmHg). Elle peut être isolée ou succédée à une hypercinésie (lutte contre un obstacle, abus des ocytociques).

L'hypertonie isolée réalise le tableau du mauvais relâchement utérin dans l'intervalle des contractions. La fréquence et l'intensité des contractions sont normales, mais le tonus de base est trop élevé.

Les arythmies contractiles se caractérisent par une succession de contractions irrégulières tant dans leur amplitude que dans leur durée, mais surtout dans leur fréquence.

Les anomalies avec activité utérine apparemment normale : la contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa représentation graphique ; l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.

Le signe le plus important de la dystocie dynamique est la lenteur ou l'arrêt des phénomènes du travail et principalement de la dilatation du col.

Traitement : Les dystocies dynamiques relèvent avant tout de la conduite de l'accouchement dirigé, hormis les cas où elle est associée à un obstacle évident et où la césarienne est le seul traitement possible.

❖ **Dystocies plastiques**

- Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70 à 80 mm hg au cours de la période de dilatation et bien plus ou moins de l'expulsion ;
- Dans les hypercinésies de fréquence, les ondes contractiles se succèdent à la fréquence de 6 à 10 par 10 minutes, mais les valeurs du tonus de base restent normales, ce qui distingue cet état de la tétanisation ;
- Les hypercinésies totales associent excès d'intensité et excès de fréquence. Elles sont souvent le premier stade d'une « tétanisation » de l'utérus.

❖ **Dystocie du col**

- Spasme ou œdème cervical ;
- Agglutination cervicale ou le col s'efface sans se dilater ;
- Cancer du col.

❖ **Dystocie des parties molles**

- Tonicité du releveur de l'anus (nécessite le forceps)
- Des brides vaginales ;
- Un périnée trop résistant.

b. Dystocies d'origine fœtale

❖ **Disproportion fœto-pelvienne (DFP)**

-La macrosomie fœtale : on considère que le fœtus à terme est trop gros lorsqu'il pèse plus de 4kg. L'excès de volume porte sur la totalité du corps, et non sur une seule de ses parties.

Certains facteurs favorisants sont : l'hérédité, la multiparité, la primipare âgée, la grossesse prolongée, le diabète patent ou inapparent.

Le pronostic fœtal : il est le risque d'être traumatisé au cours de l'accouchement et l'hypoglycémie néonatale.

Chez la mère, les lésions obstétricales sont fréquentes survenues au cours des manœuvres.

La césarienne est justifiée chez la primipare âgée ; chez certaines diabétiques mal équilibrées ; lorsque le fœtus se présente par le siège ; lorsque la tête ne s'engage pas.

-Hydrocéphalie -congénitale : qui est caractérisée par l'accumulation du liquide céphalorachidien dans le crâne fœtal, de sorte que celui-ci subit une augmentation de volume considérable, qui rend le plus souvent impossible, l'accouchement spontané par les voies naturelles.

Elle est due non pas à un excès de production du liquide céphalorachidien, mais soit à un trouble de la circulation, soit à un trouble de la résorption du liquide.

Les conséquences sont : la dilatation des ventricules et l'atrophie du cerveau.

Lorsque le diagnostic est fait et confirmé en cours de grossesse, l'interruption de celle-ci est en général proposée.

Pendant le travail, on s'oriente vers les opérations fœtales mutilatrices par voies naturelles : une césarienne conduirait à extraire un monstre vivant.

❖ **Présentations anormales** : La présentation du sommet est plus eutocique, celles dystociques sont représentées par :

- **Présentation de la face** : C'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face toute entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position.

Le grand axe de la tête défléchie occupe toujours le diamètre oblique.

Mais à la flexion de la tête en variété antérieure correspond la déflexion de la tête en variété postérieure. La variété la plus fréquente est la mento-iliaque droite postérieure (MIDP). Puis vient la mento-iliaque gauche antérieure (MIGA). Les mento-iliaque droite antérieure (MIDA) et mento-iliaque gauche postérieure (MIGP) sont exceptionnelles. La présentation de la face va de pair avec le bassin plat, on peut rencontrer aussi des positions transversales :

- mento-iliaque droite transverse (MIDT)
- mento-iliaque gauche transverse (MIGT).

L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

- **Présentation du siège :**

La présentation du siège est une présentation longitudinale dans laquelle le pôle pelvien du fœtus est au détroit supérieur, alors que la tête est dans le fond utérin. Il en existe deux grandes variétés :

Le siège décomplété : <<mode des fesses>>, où les membres inférieurs sont relevés en attelle devant le tronc (70%) ;

Le siège complet où le fœtus est assis en tailleur (30%).

La fréquence de la présentation du siège est d'environ 3,8%. Elle témoigne d'un trouble de l'accommodation.

Le diagnostic est fait par le palper qui décèle : en bas, un gros pôle irrégulier et mou : le siège ; en haut, un pôle dur et régulier qui ballote : la tête.

Au toucher vaginal : présentation molle et irrégulière.

Il est parfois nécessaire d'intervenir pour un arrêt d'expulsion, le siège étant déjà plus ou moins hors des voies génitales de la mère : petite extraction, pour prévenir ou traiter un relèvement des bras par la double rotation de LOVSET ; grande extraction de siège, lorsque la présentation reste à la partie haute de l'excavation ; l'expulsion traîne ; la mère refuse de pousser ; une souffrance fœtale apparaît. Une césarienne est souvent préférable.

- **Présentation du front :** C'est une présentation intermédiaire du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

- **Présentation de l'épaule :**

On réunit sous le nom de présentation de l'épaule tous les cas dans lesquels le fœtus se place dans l'utérus, obliquement ou transversalement. C'est une présentation très dystocique, ne permettant jamais l'accouchement spontané d'un enfant vivant, à terme ou près terme.

La présentation de l'épaule est rare : 0,3%. Elle est due à des troubles de l'accommodation fœto-utérine ou fœto-pelvienne.

Lorsque la poche des eaux est rompue, le toucher vaginal permet de sentir le gril costal, le creux axillaire, la saillie osseuse de l'acromion qui est le repère de la présentation.

L'évolution spontanée se fait vers l'épaule, dite <<négligée>>, après rupture prématurée ou précoce des membranes. Les grands accidents sont inévitables : mort du fœtus ; rupture utérine ou infection amniotique chez la primipare.

Une version par manœuvres externes peut encore être tentée chez la multipare, mais elle est plus aléatoire du fait des contractions utérines. Si les membranes sont rompues, la seule solution est l'opération césarienne.

- **Procidence du cordon** : La procidence du cordon est une des urgences obstétricales où le pronostic fœtal peut être mis en jeu rapidement sans altérer le devenir maternel.

La procidence se définit comme la chute du cordon ombilical en avant de la présentation à membre rompue. Elle peut se classer en 3 groupes :

- Type I : cordon en intra vaginal ;
- Type II : cordon à la vulve ;
- Type III : cordon extériorisé au dehors de la vulve.

Cette classification correspond à la <<procidence franche>> décrite par Prabulos, ou le cordon est visible, ou palpé lors du toucher vaginal.

La prise en charge consiste en une extraction fœtale par césarienne dans la majorité des cas.

L'accouchement par voies naturelles peut être autorisé en cas d'accouchement imminent, le plus souvent assisté par des manœuvres obstétricales.

Le diagnostic est le plus souvent clinique devant la constatation, lors du toucher vaginal, de cordon dans le vagin au travers du col, en avant de la présentation.

La procidence du cordon est le résultat de l'inadaptation entre le mobile fœtal, le segment inférieur de l'utérus et le pelvis maternel après la rupture des membranes.

Les facteurs favorisants sont : prématurité et petit poids de naissance ; grossesses multiples, présentations non céphaliques ; hydramnios ; placenta bas inséré.

- **Bassins pathologiques** : Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse, on peut faire souvent recours à la radio pelvimétrie. On peut classer les parturientes en trois (3) catégories selon l'état de leur bassin :

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

Pour un enfant de poids normal si :

- Le promonto - retro pubien a moins de 8 cm la voie basse est impossible et la Césarienne s'impose.

- Le promonto - retro pubien est entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée.

La surveillance est meilleure sous monitoring. Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

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

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne. Les dystocies peuvent être responsables :

Chez la mère :

- 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.
- **Souffrance fœtale** : La souffrance fœtale aiguë (SFA) est, par convention, la souffrance fœtale qui survient pendant le travail. Elle menace, à court terme, le pronostic vital et fonctionnel du fœtus. C'est donc une urgence thérapeutique.

Elle a été longtemps considérée comme une asphyxie intra-utérine, c'est-à-dire la conséquence d'une diminution d'apport d'oxygène et d'un défaut d'élimination du gaz carbonique aboutissant à une acidose respiratoire. Elle relève en fait souvent d'une acidose métabolique qui est la conséquence de la seule hypoxie.

Les étiologies sont soit :

Fœtales : hypotrophie, prématurité, jumeaux, anémie, certaines cardiopathies ; annexielles : placentaires, funiculaires ;

Maternelles : dystocies dynamiques avec hypercinésie de fréquence ou d'intensité, et/ou hypertonie, grossesse prolongée, syndromes vasculo-renaux, diabète, syndrome de

compression de la veine cave, états de choc, insuffisance respiratoire aigüe ou chronique, cardiopathies décompensées et anémie sévère.

La souffrance fœtale aigüe peut être suspectée sur deux signes : le liquide amniotique teinté de méconium ; les modifications des bruits du cœur fœtal.

Elle peut être transitoire, ou peut aboutir à : la mort fœtale in utero ; la naissance d'un fœtus en état de détresse cardio-respiratoire ; des lésions qui laissent des séquelles.

Le diagnostic précoce, grâce à la cardiotocographie et le doppler, permet d'éviter la constitution des lésions neurologiques définitives.

3.2.1.2. Hémorragies [16 17 18 20 21 25]

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, l'hémorragie de la délivrance, le placenta prævia, l'hématome rétro placentaire.

a. Rupture utérine (RU) :

La rupture utérine est une solution de continuité complète ou partielle de l'utérus gravide. Le pronostic, classiquement grave de cette complication, est très variable, selon le siège et l'aspect des lésions. Il est donc important de distinguer des ruptures complètes des ruptures incomplètes, des ruptures sur utérus sain des ruptures sur l'utérus cicatriciel. La rupture utérine est rare dans les pays développés et souvent, le fait de la désunion d'une cicatrice segmentaire antérieure. A l'inverse, dans les pays en voie de développement, sa fréquence et sa gravité sont considérablement accrues.

Les ruptures utérines, au cours de la grossesse, ne surviennent spontanément que sur un utérus cicatriciel. La cause principale, la césarienne corporeale antérieure, ayant à peu près disparu, elles sont exceptionnelles.

Les ruptures, au cours du travail, s'observent dans des conditions fortes différentes :

- certaines sont liées à une fragilité particulière de la paroi utérine et surviennent au cours d'un accouchement apparemment normal ;
- d'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable ;
- enfin un troisième groupe est celui des ruptures provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques.

Le diagnostic peut être facile en cas de rupture franche sur utérus sain ou à l'inverse, insidieux en cas d'utérus cicatriciel en raison du caractère peu hémorragique des berges de la cicatrice.

Au cours du travail, la rupture est souvent précédée d'un syndrome de pré rupture, qui associe d'abord une hypercinésie, et un mauvais relâchement utérin. Il apparaît ensuite une hypertonie

utérine, un anneau de Bandl ; l'utérus prend un aspect en sablier. La souffrance fœtale est fréquente.

Le pronostic maternel comportait naguère une énorme mortalité. La femme pouvait mourir dans les heures qui suivaient la rupture, d'hémorragie et surtout de choc, voire plusieurs jours après l'accident, par péritonite puerpérale. La gravité était encore plus grande dans les ruptures compliquées avec éclatement du vagin ou déchirure de la vessie.

Le pronostic fœtal était très mauvais dans les ruptures franches. Le fœtus succombe pendant la période de rétraction utérine ou mourir après la rupture. Le fœtus reste souvent vivant dans les désunions de cicatrice et même dans les ruptures tardives et discrètes, révélées seulement pendant la période de la délivrance.

Le traitement curatif : Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Le traitement chirurgical en urgence doit être complété par celui du choc et celui de l'infection.

Les ruptures utérines sont opérées par la voie abdominale, qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Après cœliotomie, deux opérations sont possibles : la suture de la rupture est le plus souvent, aujourd'hui, le traitement de la désunion de cicatrice. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

Le pronostic obstétrical d'avenir de ces utérus rompus et suturés est bon, mais la césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur.

L'hystérectomie est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante, compliquée de lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires, quand elle date de plus de six heures, ou encore, si, elle est même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée.

Le traitement de choc doit être entrepris dès la rupture reconnue, et confié ensuite à un service de réanimation.

Le traitement anti-infectieux : Les antibiotiques seront administrés à haute dose par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours.

b. Placenta prævia Hémorragique

C'est l'insertion du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur de l'utérus au troisième trimestre de la grossesse. Normalement le placenta s'insère au fond de l'utérus ou sur une de ses faces. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporelle devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse. Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est

celui qui donne lieu à des accidents hémorragiques très souvent redoutables. Anatomiquement nous avons trois variétés de Placenta.Praevia :

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

Pendant le travail, nous en distinguons deux types :

- **La variété non recouvrante** : dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical ;
- **La variété recouvrante** : dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

L'échographie obstétricale permet le diagnostic et précise la localisation placentaire. Dans la variété non recouvrante, la rupture de la poche des eaux entraîne en général l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à dilatation complète. Le cas du placenta central est particulier : il donne des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col. Ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni d'envisager un accouchement par voie basse. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence.

c. Hématome Rétro Placentaire

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

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser. La cause de l'hématome rétro – placentaire n'est pas connue avec précision.

Cliniquement considéré comme une complication de la pré éclampsie, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP :

- Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant à confusion avec le placenta prævia ;
- Les formes moyennes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué ;
- Les formes latentes peuvent passer inaperçues, les signes cliniques étant discret. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta ;

- Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de :

- Troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par défibrillation, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne ;
- De nécrose corticale du rein : sur le plan hémo-vasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéroplacentaire : Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose.

C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

- Thrombophlébites des suites de couches.

En présence de l'HRP il faut : Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide ;

Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite ;

Faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant.

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

d. Hémorragie du post partum :

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire. Elles surviennent au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500ml) et leurs effets sur l'état général.

Les hémorragies obstétricales du post partum représentent encore une cause importante de mortalité et de morbidité maternelle grave.

C'est pourquoi la prévention, le diagnostic clinique et étiologique précoce, la mise en route simultanée rapide du traitement obstétrical et de réanimation représentent la clé pour éviter les complications maternelles.

Les causes les plus fréquentes sont : Les rétentions placentaires totales (que le placenta soit en partie ou entièrement décollé) et les rétentions placentaires partielles (plus ou moins importantes).

L'inertie utérine qui est une cause de rétention placentaire, peut à elle seule, alors que l'utérus est entièrement vide, être responsable de certaines hémorragies.

Les coagulopathies, la rupture utérine, l'inversion utérine, sont rares mais graves.

Les lésions cervico-vaginales sont une cause classique dont le diagnostic est parfois fait tardivement. Elles sont à rechercher surtout en cas d'extraction instrumentale.

Une expression utérine maladroite, une application de forceps tiraillant les membranes. Au moment de la délivrance, l'impatience peut inciter à la traction sur le cordon, à une expression intempestive, conduisant soit au décollement partiel, soit à un enchatonnement pathologique.

Le diagnostic est avant tout clinique. En fait, l'estimation clinique visuelle de l'hémorragie est souvent sous-estimée, si elle ne représente que la moitié de la spoliation sanguine réelle. La prise systématique et répétée des constantes, dans les deux heures qui suivent un accouchement, permet de dépister précocement une hémorragie du post partum.

La prise en charge : après le diagnostic fait, l'attitude qui s'impose, est la délivrance artificielle, suivie de la révision des voies génitales, ce qui permettra non seulement de faire le diagnostic étiologique, mais souvent aussi d'arrêter le saignement.

Le traitement hémostatique est effectué, soit comme complément d'une des deux interventions précédentes, soit à titre isolé. Il dispose de médicaments efficaces : les ocytotiques, les prostaglandines.

En cas d'aggravation du syndrome hémorragique, le risque est le choc et la CIVD, ce qui nécessite les mesures de réanimation, l'hystérectomie d'hémostase ou les ligatures vasculaires (hypogastriques ou triple ligature), l'embolisation artérielle sélective.

3.2.1.3. Déchirures obstétricales

On distingue les déchirures périnéales, vulvaires, vaginales, cervicales, qui peuvent être associées les unes aux autres. Les déchirures, les plus fréquentes, sont les déchirures périnéales postérieures.

- **Déchirures périnéales :**

Elles surviennent au moment du dégagement, soit de la tête, soit de l'épaule postérieure.

Les facteurs de risque sont nombreux et souvent associés : primiparité, les manœuvres obstétricales, la macrosomie fœtale, la qualité des tissus, l'épisiotomie médiane, un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

On distingue :

- Les déchirures du 1er degré qui sont dites déchirures simples ou incomplètes n'atteignant pas le sphincter anal ;
- Les déchirures du 2ème degré, qui sont dites complètes, avec lésions du sphincter anal.

Un risque : l'incontinence anale, véritable infirmité ;

- Les déchirures du 3ème degré, qui sont dites complètes et compliquées, caractérisées par l'effraction de la cloison recto vaginale et de la paroi antérieure du canal anal.

La réparation est très délicate, il s'agit d'une intervention chirurgicale.

Il Ya un risque de constitution d'un cloaque, d'une fistule ou d'une incontinence anale.

L'évolution, parfois très désastreuse, explique l'intérêt de l'épisiotomie, qui faite à temps, évite presque toujours ces lésions.

- **Déchirures vulvaires antérieures :**

Elles sont bénignes et ne nécessitent pas de suture. Elles touchent les petites lèvres, le clitoris ou le tissu péri-urétral.

- **Déchirures cervicales :**

On distingue :

- Les déchirures sous vaginales qui n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin, non hémorragiques et bénignes ;

- Les déchirures sus vaginales, qui remontent sur le segment inférieur : c'est une rupture utérine.

Le risque immédiat est le choc avec hémorragie sous- périnéale et CIVD.

A distance, il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou vésico-cervicale.

Le saignement n'est pas contrôlable par les voies naturelles, et une décision d'embolisation ou d'hystérectomie doit être prise rapidement.

- Les déchirures vaginales : les déchirures basses ont peu de gravité ; les déchirures du dôme vaginal sont heureusement devenues exceptionnelles.

3.2.1.4. Hypertension artérielle et ses complications [15 16 17 18 20 25]

a. Toxémie gravidique ou pré éclampsie

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression systolique supérieure ou égale à 140 mmhg et / ou la pression diastolique supérieure ou égale à 90 mmhg.

- Au repos et aux deux bras ;
- Brassard adapté à la corpulence de la femme ;
- En position demi- assise et si la tension est élevée il faut la vérifier en décubitus latéral gauche.

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

Merger et collaborateurs décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores.

Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux. L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister.

Certains facteurs favorisent son apparition : La primiparité, le jeune âge, le diabète, l'obésité, les grossesses multiples et le stress.

L'évolution peut être aggravée par de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, hémorragie cérébro - méningée, insuffisance rénale et help syndrome qui associe : (Une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD), une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique). L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à :

- Mettre la patiente au repos ;
- Donner du sulfate de magnésium ayant une triple action : Action sur la fonction neuromusculaire, anti-œdème cérébral et bénéfique pour le flux utéroplacentaire ;
- Donner de la dihydralazine : Nepressol pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance ;
 - Hospitaliser la patiente en cas de complications.

b. Eclampsie

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail ou plus rarement des suites de couches.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparu dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares.

Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de troubles de l'hémostase,

de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma post-critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le diazépam et le sulfate de magnésium. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec de ces traitements. La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la Dihydralazine ou la clonidine et les diurétiques.
- Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne. Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta : J. MILLIEZ

3.2.1.5. Paludisme au cours de la grossesse [15 16 17 18 20 21 25]

En Afrique, malgré les grands efforts déployés dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis plus de 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravidopuerpérale et des nouveau-nés.

En France le nombre de cas de paludisme importé augmente.

Une chimio prophylaxie correcte est donc indispensable.

❖ **Grossesse aggrave le paludisme** : Les défenses immunitaires sont déprimées pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est plus avancée et plus profondément chez les primipares que chez les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc plus exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès pernicieux mortels que la femme non enceinte. La grossesse favorise la survenue des complications graves de la malade paludéenne : accès palustre avec albuminurie et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique ; accès palustre avec psychoses diverses, myocardites palustres, rupture de la rate paludéenne. La grossesse est souvent à l'origine de la reviviscence schizogonique et entraîne le réveil du paludisme chez des femmes ayant quitté définitivement et depuis un temps plus ou moins long une zone d'endémicité pour une zone non impaludée.

❖ **Paludisme complique la grossesse** : directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant au début de la grossesse une accentuation des phénomènes d'intolérance "d'auto-intoxication" avec aggravation de tous les signes sympathiques de la grossesse, ensuite des avortements, des accouchements

prématurés, des morts fœtales in utero et à la naissance d'enfants débiles et hypotrophiques présentant quelques fois une splénomégalie accompagnée d'hépatomégalie.

❖ **Paludisme peut compliquer l'accouchement** (l'hémorragie de la délivrance aggrave une anémie préexistante) et les suites de couches (accès palustres, moindre résistance aux infections bactériennes). Au cours du dernier trimestre, l'impaludation peut se solder par l'infestation du fœtus qui va naître avec un paludisme congénital. Certains auteurs ont posé le problème de la stérilité d'origine paludéenne. Celle-ci semble s'observer en cas de cachexie palustre et se manifesterait par une aménorrhée liée à une absence d'ovulation par atteinte centrale hypophysaire : CORREA P. et Coll.

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif.

Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement car l'évolution est imprévisible et le passage trans-placentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf.

❖ **Traitement curatif :**

- Le traitement médical : Consiste à l'administration d'anti palustres : les sels de quinine, les dérivés phénoliques (quinimax).
- Le traitement obstétrical :
 - Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, antiémétiques, antispasmodiques ou Bêtamimétiques en cas de contractions utérines.
 - Au cours du dernier trimestre :
 - La femme n'est pas en travail : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtale s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on pourrait décider une césarienne.
 - La femme est en travail : celui-ci est en général accéléré par l'hyperthermie.

L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (forceps) ou d'une césarienne.

- Eviter toute excoriation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite.
- Eviter de traire le cordon lors de l'accouchement.

Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

❖ **Traitement préventif :**

- Protection contre les piqûres de moustiques par exemple l'usage de moustiquaires imprégnés ;

- Chimio prophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. Elle reste limitée par l'état gravidique.
 - Sulfadoxine pyréméthamine (SP) = 3 CP en prise unique à la 16^{ème} SA de la grossesse et à renouveler cette dose tous les mois jusqu'à l'accouchement.
 - La vaccination préventive : pose des problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus.

Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, des populations entières en zones d'endémie et parmi elles, les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti-palustre.

3.2.1.6. Vomissements gravidiques

Les vomissements graves de la grossesse sont une complication sérieuse du premier trimestre de la gestation. Dans certains cas ils sont le signe d'une grossesse anormale : gémellaire, môle hydatiforme.

Mais la cause essentielle des vomissements graves est d'ordre psychique : grossesse non désirée ou au contraire trop désirée, conflits affectifs. Lorsqu'ils se poursuivent après la fin du 3^{ème} mois il faut rechercher une affection organique du tube digestif.

Sur le plan clinique : c'est l'intolérance gastrique absolue ; la malade rejette immédiatement tout ce qu'elle prend par la bouche.

En absence d'un traitement et d'une réanimation efficaces, l'évolution est parfois extrêmement sérieuse : déshydratation, dénutrition, l'oligurie, aboutissant à un véritable état de cachexie. Des signes de gravité apparaissent : fièvre, ictère, torpeur progressive qui aboutit au coma et finalement à la mort.

Le traitement consiste en plus des anti-émétiques, les anti-nauséux, les sédatifs, à isoler la malade en chambre seule avec rideaux noirs, pas de visite, pas de repas, eau minérale seulement. Parfois l'alimentation est parentérale exclusivement pendant 24 heures.

3.2.1.7. Infections au cours de la grossesse

L'infection urinaire est une inflammation due dans près de 70% des cas au colibacille qui se localise tantôt au niveau des voies excrétrices (pyélo-uretrocystite) tantôt rénale (pyélonéphrite).

Elle peut concerner aussi le vagin et l'utérus provoquant ainsi certaines complications de la grossesse telle que les avortements spontanés, les accouchements prématurés et la mort du fœtus. Cette maladie, qui a des manifestations cliniques dans 2/3 des cas et des formes latentes (la bactériurie asymptomatique) dans 1/3 des cas, peut s'observer à toute période de la

grossesse et dans les suites de couches ; mais on l'observe surtout pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Deux modes de propagation de l'infection se présentent :

- La propagation ascendante, dans laquelle le foyer d'infection est la vessie et dont la contamination est favorisée par la brièveté de l'urètre féminin ;
- La propagation descendante dont l'origine du germe est l'intestin. Dans ce cas la pullulation bactérienne est favorisée par les entéocolites, les constipations et le météorisme chez la femme enceinte et la propagation par voie sanguine : la bactériémie précédant toujours la bactériurie et la pyurie.

Sur le plan clinique on distingue les formes cliniques de l'infection urinaire :

a. Pyélonéphrite aiguë

Elle est de gravité moyenne, mais la plus caractéristique des infections urinaires.

Elle évolue en deux phases ;

- La phase de début ou pré suppurative qui est caractérisée par des signes généraux très marqués à savoir la fièvre entre 38 et 39°C, le frisson, l'accélération du pouls, les maux de tête, l'insomnie, l'alternance de constipation et de diarrhée, la fétidité de l'haleine, la langue chargée, teint pâle les urines peu abondantes (500 à 600ml/jour).
- La phase d'état ou de suppuration qui se caractérise par une chute relative des signes généraux sans toutefois retomber à la normale et l'apparition des signes d'inflammations vésicales (dysurie, pollakiurie, brûlure mictionnelle), des signes d'inflammations pyélouretrales (douleur lombaire localisée à droite permanente, douleur iliaque droite) et des signes physiques précisant l'atteinte unilatérale droite de l'arbre urinaire.

Elle peut se manifester aussi par une polyurie dans laquelle les urines sont troubles à l'émission et peuvent atteindre un volume de 2 litres en 24 heures, on observe également une leucocytose avec polynucléose dans le sang.

b. Cystite

Localisée au niveau de l'appareil urinaire cette infection est celle que l'on rencontre le plus couramment. Elle se manifeste par des brûlures à la miction sans une répercussion véritable sur l'état général du malade.

c. Bactériurie asymptomatique

Généralement mise en évidence par la numération des corps microbiens dans l'urine, elle se manifeste uniquement par la bactériurie.

Cependant elle peut se transformer en une pyélonéphrite si elle n'est pas traitée.

Eu égard son caractère latent,

elle peut être source de complications immédiates où lointaines.

Sous l'effet d'un traitement approprié institué après un antibiogramme et bien conduit, la guérison est de règle en toute période de l'évolution de la maladie. Par contre, en cas de traitement insuffisant ou mal conduit, le pronostic est grave aussi bien pour la femme enceinte que pour le fœtus. Cette bactériurie peut avoir des complications souvent à savoir la coagulation intra vasculaire disséminée, l'anurie, l'ictère soit par hémolyse soit par hépatite. Quel que soit la forme de l'infection, l'étude minutieuse des antécédents chez la femme enceinte lors des grossesses précédentes, en dehors des grossesses, pendant l'adolescence et même l'enfance est particulièrement importante.

Toutefois, les examens hématologiques et cyto bactériologiques de l'urine (ECBU) permettent de poser le diagnostic. Le traitement de l'infection urinaire sur grossesse repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme. Nous distinguons deux types de traitement :

- **Le traitement prophylactique** : dans lequel on doit éviter la constipation chez la femme enceinte dans la mesure où l'intestin est source possible de l'infection. Les mucilages et les huiles végétales sont les meilleurs médicaments. Cependant les purgatifs violents sont à éviter, ils peuvent se révéler dangereux.

- **Le traitement curatif** : A ce niveau, il faut distinguer les mesures hygiéno-diététiques et l'action médicamenteuse :

L'action médicamenteuse se repose sur les Pénicillines telles que l'Amoxicilline, l'Ampicilline, la Gentamicine et les Céphalosporines telles que la Cefotaxime, la Ceftriaxone, peuvent être administrés tout au long de la grossesse. Par contre les Sulfamides (retard ou semi retard) sont à éviter dans le dernier trimestre de la grossesse et au cours de l'allaitement, tant dis que les Quinoléines telles le Pipram sont contre indiqués pendant le dernier trimestre de la grossesse. Les aminosides sont à éviter pendant toute la grossesse à cause du risque d'atteinte toxique de l'appareil cochleovestibulaire (phénomène dose dépendant). En cas d'utilisation indispensable il faut une dose efficace la plus faible et une durée de traitement plus courte possible. Les sulfamides et Trimetoprimes sont à éviter au cours du premier et du troisième trimestre de la grossesse à cause du risque d'ictère nucléaire et d'hémolyse chez le nouveau-né. Mais l'administration est possible au deuxième trimestre.

Le Nitrofurantoin est autorisé mais à éviter au cours du troisième trimestre de la grossesse à cause du risque d'ictère et d'hémolyse chez le nouveau-né.

Le traitement de la pyélonéphrite doit être le plus rapide possible après recueil de l'urine pour l'ECBU. Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie

parentérale. Cependant en absence de nausées importantes et vomissement, la voie orale est aussi rapidement efficace que la voie intramusculaire.

La durée du traitement de la pyélonéphrite aigüe est de deux semaines avec un ECBU à la 48^{ème} heure du traitement et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

3.2.1.8. Thérapeutiques obstétricales [15 16 17 18 20 25]

3.2.1.8.1. Césarienne

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Ses indications ont beaucoup évolué.

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie.

Ce fait ne doit pas conduire à l'abus.

Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

- Les bassins généralement rétrécis ;
- Le placenta prævia hémorragique ou recouvrant ;
- Les présentations dystociques ;
- L'éclampsie et la pré éclampsie sévère ;
- L'hématome rétro-placentaire (grade II ou III).

Nous avons d'autres indications comme :

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

3.2.1.8.2. Forceps

C'est un instrument de préhension, de rotation et 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 aigüe à la période expulsive et l'arrêt de la progression de la tête fœtale.

D'autres indications sont : le BIP élevé supérieur à 9,5 cm et la fatigue maternelle.

3.2.1.8.3. Ventouse

La ventouse est un instrument de flexion et de traction destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail d'accouchement et l'extraire hors des voies génitales maternelles.

Son principe fondamental repose sur l'utilisation de la force que représente le vide créé sous forme de dépression au niveau de son système de préhension.

Les principales indications de la ventouse sont : l'arrêt de progression de la tête fœtale, la souffrance fœtale aigue et l'insuffisance des efforts expulsifs.

3.2.1.8.4. Quelques manœuvres obstétricales : [15 16 17 18 20 25]

a. Manœuvre de MAURICEAU

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dernière dans l'excavation lors de l'accouchement du siège.

Elle consiste à introduire l'index et le médium de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue.

On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras et les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet pour :

- Fléchir la tête ;
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant et 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.

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).

b. Manœuvre de BRACHT

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège.

La technique est la suivante :

Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches, est 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.

Grande extraction du Siège :

Les indications sont rares.

La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement.

Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion.

L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps à savoir :

○ **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**

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^{èmes} et 3^{èmes} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le biacromial 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 médus 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 2ème et le 3ème 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.

3.2.2. Pathologies gynécologiques :

3.2.2.1. Grossesse extra-utérine

La GEU représente environ 1% des grossesses. Bien que son diagnostic soit pratiquement toujours fait à un stade précoce dans les pays développés, il arrive encore que le diagnostic soit fait tardivement, situation mettant alors en jeu le pronostic fonctionnel et éventuellement vital de la femme. C'est ce qui explique que la GEU soit encore responsable d'environ 6% de la mortalité maternelle. Dans les pays en voie de développement, en Afrique en particulier, les chiffres de mortalité maternelle liée à la GEU restent élevés. Dans le cadre des urgences en gynécologie obstétrique c'est à cette dernière situation et à elle seule que nous nous intéressons ici.

Diagnostic :

Nous avons distingué deux situations, l'une correspondant à une situation de semi urgence, et l'autre à une situation d'urgence vraie, survenant chez une femme en période d'activité génitale.

a. GEU symptomatiques sans signe de gravité :

« Par définition », ils sont absents ici : le pouls et la tension artérielle sont normaux, il n'existe pas de signes d'anémie. Seuls peuvent (éventuellement) être retrouvés des signes sympathiques de grossesse.

b. GEU symptomatique avec signes de gravité :

La patiente est amenée aux urgences par le SAMU ou tout autre moyen de transport urgent. En raison du contexte de gravité, la prise en charge thérapeutique est prioritaire et la démarche diagnostique réduite au strict minimum utile, concomitante des premiers gestes d'urgence.

❖ **Diagnostic clinique**

- ✓ **Signes généraux** : tableau de collapsus ou d'état de choc (pouls rapide et filant, tension artérielle basse), signes d'anémie (pâleur cutanéomuqueuse).
- ✓ **L'interrogatoire** : se limite (si possible) à rechercher quelques notions principales : retard de règles, douleur pelvienne violente et d'apparition brutale, métrorragies.
- ✓ **Examen clinique** :
 - **Examen abdominal** : défense pariétale généralisée avec matité des flancs, douleur irradiant dans les épaules (signant la présence d'un hémopéritoine diffus).
 - **Examen gynécologique** : limité au TV qui est douloureux.
 - **TR** : douloureux (« cri du Douglas »).

❖ **Démarche paraclinique**

- ✓ Bilan pré-opératoire demandé en urgence +++
- ✓ Dosage quantitatif urinaire de l'HCG (si possible)
- ✓ Echographie pelvienne

- Si possible, à condition que l'appareil d'échographie soit disponible immédiatement dans la salle d'examen.

- **Apport de toutes façons limité** : vérifie seulement la vacuité de l'utérus et surtout la présence d'un épanchement intrapéritonéal diffus allant jusque sous les coupes diaphragmatiques. Dans cette situation la GEU ne peut pas être visualisée, du fait de la rupture tubaire ou de l'avortement tubo-abdominal.

❖ **Prise en charge chirurgicale**

✓ **Voie d'abord**

- Pas de place ici pour la coelioscopie ++++

- **Laparotomie** :

- Médiane sous ombilicale ;
- Transversale, uniquement si le diagnostic est certain
- Geste sur la trompe : la salpingectomie est habituellement la règle, car l'état de la trompe ne permet pas sa conservation.
- Exploration de l'ensemble de la cavité abdominopelvienne et évacuation de l'hémopéritoine avec lavage abondant de la cavité péritonéale.

3.2.2.2. Avortements spontanés

L'avortement spontané est l'expulsion spontanée du produit de conception avant la vingt huitième (28^{ème}) semaine d'aménorrhée.

Il est en général un avortement facile, peu douloureux et peu hémorragique.

Il donne rarement lieu à des complications infectieuses.

L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur ou égal à dix (10) semaines d'aménorrhée. Dans les menaces d'avortement, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale.

Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection de puis l'avènement de l'échographie.

Le traitement est étiologique et est basé aussi sur le repos en cas de menace d'avortement spontané.

Les antispasmodiques et ou les bêtamimétiques myorelaxants utérins en perfusion veineuse ou en intra musculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit ; elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique.

La révision utérine ou une aspiration manuelle intra utérine s'impose, chaque fois qu'on a un doute sur une rétention placentaire éventuelle.

Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype.

3.2.2.3. Avortements provoqués

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinés à interrompre une grossesse.

La surface d'insertion placentaire sur la muqueuse utérine est plus ou moins étendue. Les liaisons utero placentaires sont solides, ce qui favorise des avortements incomplets avec rétention placentaire source d'hémorragie et d'infection.

L'ouverture de l'œuf provoquée par les manœuvres instrumentales directs peut être rapidement suivie d'une infection plus ou moins sévère.

Fréquents, les avortements compliqués sont redoutables.

Certaines complications sont encore mortelles telles que les septicémies à perfringens, à gram négatif infarctus utérin, embolies gazeuses et plus rarement le tétanos.

Les séquelles sont toujours fréquentes à type de douleurs, de troubles de règles, de stérilités, d'accidents obstétricaux divers, de troubles psychiques.

L'évacuation rapide par curetage et plus rarement par curage est le plus souvent nécessaire.

L'intervention sans délai n'a qu'une seule indication qui est l'hémorragie profuse engageant le pronostic vital immédiat.

L'évacuation retardée doit être préférée dans les autres circonstances, règle importante lorsqu'il s'agit d'une infection ovulaire avant toute menace d'expulsion et également quand il s'agit d'une rétention après expulsion partielle.

Il est démontré que nombre de complications et des plus graves (les toxiinfections à perfringens, à germes gram négatif, tétanos) sont les conséquences d'un curetage hâtif.

Il ne faut intervenir qu'après un délai de 24 à 36 heures après un traitement antiinfectieux, aboutissant à l'apyrexie.

Le traitement du choc doit souvent doubler l'acte opératoire.

A cela s'ajouteront la thérapeutique antitétanique et la prévention de l'iso immunisation par l'injection de gammaglobuline anti-D chez les femmes de groupe sanguin rhésus négatif.

3.2.2.4. Infections génitales : [25 26]

3.2.2.4.1. Infections génitales hautes :

Il s'agit des salpingites et de l'endométrite. C'est l'atteinte infectieuse par des germes pathogènes de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires.

Elles sont fréquentes et multiples. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection ; ultérieures par leur retentissement sur l'appareil génital créant des séquelles dont la plus importante est la stérilité d'origine tubaire. 20 % des femmes auront une stérilité après une salpingite aigue.

La porte d'entrée est en général cervicaux vaginal.

La salpingite peut être provoquée par les infections endocervicales, les endométrites par voie lymphatique ou par contiguïté, rarement une métastase septique peut atteindre la trompe par voie hématogène.

Dans certaines conditions (toilette trop fréquente, l'utilisation abusive d'antibiotique, diabète...) les saprophytes de la flore vaginale peuvent acquérir un pouvoir pathogène et certains germes habituels tels que les colibacilles, les entérocoques peuvent y trouver un terrain propice à leur développement pathologique.

Les germes responsables sont : les streptocoques, les staphylocoques, les gonocoques, les entérobactéries (klebsiella, colibacilles, Proteus), les entérocoques, les anaérobies, le chlamydiae et les mycoplasmes. Parmi ceux-ci les gonocoques sont responsables de 20 à 40% de salpingites aiguës.

Les causes iatrogènes en l'absence d'asepsie sont : hystérosalpingographie, la biopsie cervicale et de l'endomètre, les sondes endocavitaires (curiethérapie), les stérilets(DIU), l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la révision utérine. Bien traitée, la salpingite évolue vers la guérison. En cas de traitement insuffisant ou même parfois malgré un traitement correct, la salpingite peut se compliquer de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire.

L'évolution est marquée par des épisodes de poussée à l'occasion d'une agression infectieuse génitale ou extra génitale.

Les séquelles fonctionnelles à savoir les algies pelviennes et la stérilité s'expliquent bien par les séquelles anatomiques telles que l'hydrosalpinx avec l'oblitération tubaire, l'agglutination des franges, les voiles adhérentiels péritonéaux qui gênent le fonctionnement de l'ovaire et la captation de l'ovule par le pavillon.

La cœlioscopie en absence des contre-indications à savoir la péritonite, l'occlusion, la femme multi opérée, est l'un des meilleurs examens complémentaires qui permettent d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan de lésions, d'éliminer une grossesse extra utérine, de prélever des

liquides péritonéaux, permet le traitement dans certains cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

Le traitement des infections hautes est curatif et préventif :

Le traitement médical comporte :

- Une prévention anti tétanique si nécessaire,
- La vessie de glace,
- Les antalgiques,
- L'antibiothérapie adaptée en quantité et en qualité, réajustée en fonction du résultat des prélèvements et de l'antibiogramme, dont l'efficacité est jugée sur la clinique et la vitesse de sédimentation (VS)
- L'ablation du stérilet si cela est nécessaire,
- Le traitement du ou des partenaires est impératif en cas de contagé vénérien.

Le traitement chirurgical à chaud, n'intervient qu'après l'échec du traitement médical généralement dus à une complication telle que le pyosalpinx ou abcès du cul de sac de Douglas.

Ces derniers sont traités par laparotomie et par colpotomie postérieure et drainage.

Le traitement préventif est essentiel et consiste à :

- Rechercher et traiter les gonococcies chez les deux sexes
- Rechercher et soigner toutes les vaginites, les cervicites, les endométrites ;
- Respecter les contre-indications des investigations endo-utérines (hystérosalpingographie.) ;
- Réaliser toutes ces investigations avec une asepsie parfaite ;
- Rechercher les antécédents gynécologiques, la numération formule sanguine (NFS) et la vitesse de sédimentation (VS), avant de réaliser ces investigations. Cette réalisation ne doit jamais être entreprise avant six mois à un an après l'épisode infectieux.

3.2.2.5. Fibromes :

La pathologie utérine fibroléiomyomateuse est fréquente puisque 25 % des femmes ont des fibroléiomyomes.

Le type de complications aiguës dépend de l'association avec une grossesse et de la localisation du fibrome.

- ❖ En l'absence de grossesse, deux principales complications peuvent survenir :
 - ✓ Les hémorragies qui sont plutôt des ménorragies ou des méno-métrorragies.
 - ✓ Les torsions de fibrome sous séreux pédiculé.

✦ **Méno-métrorragies :**

En cas de fibromes, les saignements sont liés à deux principaux phénomènes :

- Soit des anomalies de la muqueuse utérine en cas de fibrome intracavitaire ou sous muqueux
- Soit des anomalies de la rétraction utérine au moment des règles empêchant ainsi l'hémostase physiologique en cas de fibrome intracavitaire ou sous-muqueux essentiellement et plus rarement de fibromes interstitielles mais jamais en cas de fibrome sous-séreux.

Le diagnostic de fibrome est évoqué parfois à l'examen clinique mais surtout à l'occasion d'explorations (échographie, hystéroscopie, hystérographie).

La CAT dépend de l'âge de la patiente, des antécédents, de la localisation, du nombre et de la taille des fibromes et du retentissement sur l'organisme.

✦ **Torsion de fibrome pédiculé :**

La torsion nécessite deux éléments : un fibrome assez volumineux et un pédicule étroit.

La torsion du fibrome se présente sous un tableau clinique proche de celui d'une torsion d'annexe.

Les antécédents (fibrome connu) et surtout l'imagerie permettent de faire le diagnostic.

L'échographie, et en cas de doute, l'IRM permettent de vérifier l'intégrité des ovaires et de localiser le fibrome et d'en analyser les changements structuraux.

Il est souvent nécessaire d'intervenir en raison du tableau abdominal aigu, sinon la nécrose du fibrome tordu va entraîner progressivement sa disparition (comme après embolisation).

La contractilité utérine et de sa rétraction - Maladies thrombo-emboliques

Les complications aiguës sont essentiellement la nécrobiose aseptique de fibrome.

❖ Fibrome et grossesse.

La fréquence de l'association fibrome et grossesse varie de 0,1 à 3,87 %. L'échographie permet d'objectiver les fibromes et d'en préciser la prévalence. Dans plus de 50% des cas, les fibromes sont découverts au cours de la grossesse grâce à l'échographie.

Evolution au cours de la grossesse :

L'augmentation de taille des fibromes au cours de la grossesse n'est pas systématique :

- régression dans 40 %
- stabilité dans 50%
- progression dans 10%

75% des fibromes diminuent en post-partum.

La nécrobiose survient en raison d'une asymétrie entre l'augmentation de volume et du développement de la vascularisation du fibrome.

Le diagnostic est habituellement posé sur les signes cliniques associant : douleurs localisées, absence d'hyperthermie ou hyperthermie inférieure à 38°5, et efficacité du simple traitement médical.

L'échographie peut actuellement contribuer au diagnostic en objectivant par doppler couleur l'ischémie du myome.

Le diagnostic est parfois purement histologique lors des myomectomies réalisées au cours des césariennes.

Le pourcentage observé de nécrobiose aseptique au cours de la grossesse est variable de 1,5 % à 28 %

Le traitement chirurgical en urgence, est exceptionnel. Les traitements symptomatiques sont les seuls indiqués : repos, antalgiques qui permettent de soulager la femme pendant l'épisode d'ischémie aiguë +/- traitement court et à avant 35 SA par AINS (Ibuprofen 600 à 800 mg toutes les 6 heures).

3.2.2.6. Kyste hémorragique

La principale situation est la rupture du corps jaune hémorragique. Elle correspond à 0 à 20% des urgences gynécologiques soit 1 pour 4 GEU.

Le tableau clinique est proche de celui d'une GEU avec des signes d'hémopéritoine dans un contexte de douleurs abdomino-pelviennes aiguës chez une femme jeune.

Les éléments du diagnostic différentiel par rapport à une GEU sont :

- L'absence de facteurs de risque de pathologie tubaire
- L'absence de grossesse (bien qu'une grossesse intra-utérine soit présente dans (> 15% % des cas) Sur le plan clinique, la douleur peut être d'apparition brutale en coup de poignard ; on peut retrouver un facteur déclenchant (traitement anticoagulant, rapport sexuel). Elle est latéralisée.

Sur le plan échographique, trois tableaux sont possibles :

- Image de corps jaune kystique avec un liquide finement échogène ou parfois hétérogène en fonction de la lyse des caillots
- Image d'hémopéritoine avec un épanchement dans le cul de sac de douglas et parfois dans le cul de sac inter hépato-rénal
- Image mixte associant les deux tableaux précédents

La conduite à tenir dépend de trois critères :

- ✓ Etat clinique
- ✓ NFS
- ✓ Importance de l'épanchement péritonéal

Une attitude chirurgicale sera recommandée en cas de :

- TA basse et pouls accéléré ou abdomen chirurgical
- Hb < 9g/100ml
- Epanchement péritonéal en dehors du pelvis La technique chirurgicale consiste par coelioscopie le plus souvent, à électrocoaguler la paroi du kyste, et réaliser la toilette péritonéale. Une ovariectomie sera exceptionnellement nécessaire. Sinon, l'attitude conservatrice en hospitalisation dans un premier temps, est suffisante dans 65-70% des cas.

3.3. Impact de la crise sur le système de sante

3.3.1. Histoire de la crise

Le Mali a connu entre 2012 et 2013 une situation militaro-politique ayant abouti à une occupation d'environ $\frac{2}{3}$ du territoire national représentant les trois régions administratives du nord du pays (Tombouctou, Gao, Kidal) par des bandes armées. Elle a été suivie par un renversement du régime démocratique suite à un coup d'état militaire entraînant une situation de désordre et chaos institutionnelle. Cette situation a frappé tous les secteurs du développement du pays renforcé par un déplacement massif des populations des zones occupées à l'intérieur et à l'extérieur du pays [8].

Trois ans plus tard, en 2015, leur intensification dans les régions du centre a progressivement mobilisé l'attention des autorités maliennes ainsi que des observateurs internationaux [9 ; 10]. On assiste de nos jours à un plus grand nombre de conflits armés internes opposant des groupes ethniques, religieux ou politiques qui s'affrontent pour la maîtrise de ressources, de territoires ou de populations [11]. Les conflits ont fait des victimes collatérales parmi les civils, qui ont été touchés par des explosions de mines ou des balles perdues.

3.3.2. Conséquences du conflit sur les urgences gynécologiques et obstétricales

Du fait de l'insécurité qui règne, l'absence ou la faible disponibilité des services de santé au centre du pays se détériore graduellement.

Suite à différentes attaques par des hommes armés sur le personnel de santé et les ambulances, les sorties des cliniques mobiles ont diminué et les structures sanitaires fonctionnelles respectant les standards requis sont passées de 88% en 2015 à 83% en 2017.

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) restent peu ou pas accessibles dans certaines zones [12]. Aucune activité sanitaire ne peut être menée correctement dans ces zones de conflit à cause de l'insécurité aggravée par le conflit intercommunautaire. Les femmes enceintes ont des difficultés liées à l'accès au centre de santé par voie terrestre aux risques de s'exposer aux engins explosifs improvisés ou marcher sur une mine. Selon les autorités

locales (maires et notabilités) aucun déplacement n'est possible en dehors des villages de ces zones à cause de la présence des engins explosifs improvisés, des mines et des hommes armés qui sont prêts à tirer sur toute personne qui est interceptée hors des villages [13].

3.3.3. Principaux problèmes causés par ces conflits

- ✓ Difficultés liées à l'accès aux consultations prénatales et aux soins ;
- ✓ Difficultés liées à l'insuffisance financière ;
- ✓ Difficultés liées à la prise en charge des urgences obstétricales et au système de référence/évacuation ;
- ✓ Difficultés liées à l'utilisation des services de santé ;
- ✓ L'inaccessibilité géographique ;
- ✓ L'insécurité alimentaires ;
- ✓ L'absence d'infrastructures routières reliant les villages de la commune entre eux, l'existence d'engins explosifs improvisés, des mines et les braquages de tout genre rendent dangereux tout déplacement dans la zone par voie routière. Dans une telle insécurité il est dangereux sinon impossible pour les femmes enceintes ou dans les suites de couche en demande de soins d'urgence d'accéder à un établissement sanitaire opérationnel.

3.4. Décès maternels et périnatales : [28 29]

3.4.1. Définition la mortalité maternelle

C'est le décès d'une femme pendant la grossesse pendant l'accouchement ou dans les 42 jours suivant l'accouchement sans tenir compte de la durée ou du site de la grossesse pour une cause liée a ou aggravée par la grossesse ou par son traitement mais non pour des causes accidentelles ou fortuites ;

En 1967, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) définissait la mort maternelle comme « la mort de toute femme succombant à n'importe quelle cause, que ce soit pendant la grossesse ou les 42 jours suivant son issue, sans tenir compte de la durée ou du siège de la gestation ». L'OMS répartit les causes de décès maternels en 2 groupes :

- Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent des complications obstétricales (grossesse, travail d'accouchement et suites de couche).
- Décès par cause obstétricale indirecte : Ils résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

3.4.2. Types de mortalité

- **Mortalité maternelle** : c'est la mortalité des femmes pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum jusqu'au 42^{ème} jour après l'accouchement, le décès étant lié à la grossesse ou à l'accouchement.
- **Mortinatalité ou mortalité intra-utérine** : c'est la mortalité des fœtus entre la 22^{ème} semaine de gestation et la naissance. Ces enfants sont morts avant de naître.
- **Mortalité néonatale précoce** : c'est la mortalité des enfants entre le jour de la naissance et la fin du 7^{ème} jour de vie (= au cours de la première semaine de vie).
- **Mortalité périnatale** : c'est la somme de la mortinatalité et de la mortalité néonatale précoce. Elle comptabilise les morts fœtales tardives survenant entre la 22^{ème} semaine de gestation et la naissance et les morts néonatales précoces survenues entre le jour de la naissance et la fin du 7^{ème} jour de vie (= au cours de la première semaine de vie).
- **Mortalité néonatale tardive** : c'est la mortalité des enfants de la 2^{ème} semaine de vie à la fin de la 4^{ème} semaine (= du 8^{ème} au 28^{ème} jour inclus).
- **Mortalité néonatale** : c'est la mortalité des enfants de la 1^{ère} semaine de vie à la fin de la 4^{ème} semaine (= du 1^{er} au 28^{ème} jour inclus) ; elle cumule la mortalité néonatale précoce et la mortalité néonatale tardive.

Les causes de décès maternels sont multiples et souvent évitables sont :

- ✓ Les actions pour leur réduction se situent à différents niveaux
- ✓ La place du professionnel de santé est primordiale mais non exclusive

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti dans le service de Gynécologie-Obstétrique.

4.1.1. Présentation de la région de Mopti

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

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

- ❖ **La zone exondée** : située en grande partie à l'Est, elle comprend les cercles de Bankass, de Bandiagara et de Koro ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, de Mopti et de Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : La partie montagneuse et rocheuse (Bandiagara) et la partie de la plaine (Bankass).
- ❖ **La zone inondée ou le delta intérieur du Niger** : C'est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, de Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, de Mopti et de Djenné.

La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 2.037.330 (2009) habitants, soit plus de 15 % de la population totale du Mali.

La plupart des ethnies y sont représentées : 26 % de Bambara, 23 % de Peulh, 18 % de Songhoï, 11 % de Bozo, 9 % de Dogon.

Le taux d'accroissement de la population pour l'année 2009 était de 3 %.

Près de 50 % de la population de cette région a moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale.

Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture, de l'élevage, du commerce et du tourisme.

L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du Niger.

Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région semble être largement en croissance, grâce au tourisme.

La région dispose, en effet, des sites touristiques les plus fréquentés au Mali qui sont Djenné et sa grande mosquée, le pays Dogon et Mopti la Venise malienne.

En termes d'infrastructures de communication, la région de Mopti dispose de réseau routier, bien développé dans la zone exondée rendant accessible une grande partie de la région toute l'année.

Tous les cercles disposent de radios rurales FM.

Notons tout de même les difficultés d'accès de la zone inondée en période de crue même si les pinasses assurent à grands frais les transports de passagers et marchandises le long du fleuve.

La société civile de la région est marquée par un grand nombre d'associations ou de groupements souvent peu fonctionnels et ne disposant que de capacités limitées.

Il existe également une soixantaine d'ONG de profils variables.

La région compte au total 108 communes dont 5 urbaines et 103 rurales.

Ces communes regroupent plus de 2000 villages et plusieurs fractions nomades.

Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et ont été mises en place depuis 1999 par la politique de décentralisation au Mali.

4.1.2. Présentation du cercle de Mopti

4.1.2.1. Historique

4.1.2.1.1. Fondation

La ville de Mopti a été fondée par Kiffou Nassiré qui habitait à l'emplacement actuel de l'hôtel Kanaga de Mopti. Il pratiquait la pêche sur le long du fleuve Niger.

Kiffou Nassiré était originaire du village de Sina, situé à huit (8) km de Mopti.

Il a accueilli à Mopti Assékou Touré et Yawo Kanta. Assékou, commerçant originaire de Seiry dans le cercle de Niafunké pratiquait le commerce entre Tombouctou et Djenné.

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

4.1.2.1.2. Évolution historique

Tous les empires et royaumes qui se sont succédés sur le territoire actuel du Mali ont influencé la vie politique et économique des populations qui habitent aujourd'hui le cercle de Mopti.

Les influences les plus marquantes sur le cercle de Mopti ont été celles des empires Songhaï et Peulh du Macina.

Sékou Amadou, fondateur de la Dîna a démocratisé la vie politique dans le Macina, par l'institution des organes législatif, exécutif et judiciaire.

La capitale de l'empire du Macina était Hamdallaye, commune de Soufouroulaye (cercle de Mopti).

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

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

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

4.1.2.2. Aspects géographiques

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

b. Limites : il est limité :

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

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

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

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

- ✓ Une zone exondée sur 2/3 de la superficie ;
- ✓ Une zone inondée occupant le 1/3 de la superficie du cercle, d'accès difficile où le moyen de déplacement demeure exclusivement la pirogue ou la pinasse.

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

4.1.2.3. Données démographiques

- ✓ **Population totale :** 2037330 habitants en 2009
- ✓ **Densité :** 35 hbts/km²
- ✓ **Principales ethnies :** Peulh, Bambara, Bozo, Dogon, Somono, Songhaï, Mossi et Sarakolé
- ✓ **Découpage sanitaire :** le cercle de Mopti compte :
 - Un centre de santé de référence (csréf) et un hôpital régional ;
 - Vingt-trois centres de santé communautaire.

4.1.2.4. Économie

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

4.1.3. Présentation générale de l'hôpital

✦ Historique

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti est l'unique structure médico-chirurgicale de 2^{ème} référence de la 5^{ème} région administrative du Mali. Il est actuellement situé à la zone administrative de Sévaré sur la route nationale 6 (RN6). Il est bâti sur une superficie de 5,2 hectares.

L'hôpital Sominé DOLO précédemment situé au quartier Komoguel II (quartier administratif) de la ville de Mopti au fil des ans a connu des évolutions aussi bien sur le plan institutionnel que structurel qui ont marquées son existence.

C'est ainsi que constitué d'un seul bâtiment en 1952, il passa par diverses appellations et bénéficia à chaque étape de nouvelles constructions.

Certaines dates marquent son histoire :

- ✓ **1952** : Date des premières constructions ; successivement l'établissement est régi par le statut AMI (Assistance Médicale Indigène) puis AMA (Assistance Médicale Africaine) ;
- ✓ **1962** : l'hôpital est érigé en « Hôpital Secondaire » ;
- ✓ **1969** : il change de statut et devient un « Hôpital Régional »
- ✓ **1995** : l'hôpital est baptisé Sominé DOLO (ancien Ministre de la Santé) ;
- ✓ **2002** : la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 est promulguée et confère aux hôpitaux l'autonomie administrative et financière et la personnalité morale de droit public ;
- ✓ **2003** : l'Hôpital Sominé DOLO, devient Etablissement Public Hospitalier doté de l'autonomie de gestion et de la personnalité morale (Loi N°03-016 du 14 juillet 2003) ;
- ✓ **2003** : Validation du premier Projet d'Etablissement (2004-2008) dont la mise en œuvre ne commencera qu'en 2006 dans le cadre du PADSS de la 5ème région par l'AFD/CTB ;
- ✓ **Juin 2007** : Tenue du premier Conseil d'Administration ;
- ✓ **2007-2008** : Elaboration et Validation du 2ème Projet d'Etablissement (2009-2013) qui prévoit la construction d'un nouvel hôpital dans le cadre du PADSS de la 5ème région ;
- ✓ **04 Juillet 2009** : Pose de la première pierre du nouvel hôpital à Sévaré par le Président Amadou Toumani TOURE ;
- ✓ **08 Octobre 2012** : Transfert de l'hôpital à Sévaré ;
- ✓ **17 Mars 2014** : Inauguration de l'hôpital par le Président Ibrahim Boubacar Keïta.

2. Textes :

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti est un établissement public hospitalier régi par de nombreux textes dont les principaux sont :

- ✓ **Loi n° 02-050, du 22 Juillet 2002**, portant loi hospitalière ;

- ✓ **Loi n° 03-016 du 14 Juillet 2003**, portant création de l'Hôpital Sominé DOLO ;
- ✓ **Décret n° 03-342/P-RM du 07 Août 2003**, fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'hôpital Sominé DOLO ;
- ✓ **Décret n° 209/P-RM du 08 Mai 2006**, portant modification du décret n° 03342/P-RM du 07 Août 2003, fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Hôpital Sominé DOLO ;
- ✓ **Décret n° 02-311/P-RM du 04 Juin 2002** fixant le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les établissements publics de santé ;
- ✓ **Décret n° 05-063/P-RM du 16 Février 2005** fixant les modalités d'organisation et de fonctionnement des pharmacies hospitalières ;
- ✓ **Décret n° 06-571/P-RM du 29 Décembre 2006**, fixant la carte nationale hospitalière ;
- ✓ **Décret n° 07-083/P-RM du 9 Mars 2007**, fixant les règles de la gestion budgétaire et comptable des établissements publics hospitaliers ;
- ✓ **Arrêté n° 07-1369/MS-SG du 31 Mai 2007**, portant classement des établissements publics hospitaliers ;
- ✓ **Arrêté n° 08-2716/MS-SG du 6 Octobre 2008**, portant charte du malade dans les Etablissements Hospitaliers ;
- ✓ **Décret n° 10-107/P-RM du 19 Février 2010**, portant nomination des membres du Conseil d'Administration de l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti ;
- ✓ **Décret n°2014-0238/P-RM du 24 Mars 2014**, portant modification du Décret n°03-342/P-RM du 7 Août 2003 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti.

✦ **Missions** : L'hôpital a pour missions :

- ✓ D'assurer les soins curatifs de 2^{ème} référence et la prise en charge des urgences ;
- ✓ De contribuer à la formation initiale des élèves et étudiants des écoles de santé et aussi la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de la région ;
- ✓ D'encadrer des thèses de doctorat en médecine ;
- ✓ De mener des activités de recherche dans le domaine de la santé.

✦ **Infrastructures**

☐ **Bureau des entrées** : Il est situé à l'entrée principale de l'hôpital, et constitué par :

- ✓ Un hall d'arrivée ;
- ✓ Un comptoir de trois guichets ;
- ✓ Le bureau du chef ;

- ✓ Un comptoir d'orientation ;
- ✓ Le bureau du service social ;
- ✓ Un point de vente pharmacie du jour ;
- ✓ L'atelier de lunetterie ;
- ✓ Un point de vente des lunettes ;
- ✓ Un poste de sécurité ;
- ✓ Les toilettes.

☐ Bâtiment central : Il regroupe les services médicochirurgicaux et techniques et l'administration. Il se compose de plusieurs zones :

- ✓ Un hall d'arrivée
- ✓ Une zone des consultations externes « boulevard des consultations » composée par :
- ✓ Un hall d'accueil ;
- ✓ Deux bureaux de consultation médicale ;
- ✓ Un bureau de consultation gynécologique ;
- ✓ Une salle d'exploration fonctionnelle endoscopique ;
- ✓ Deux bureaux de consultation chirurgicale ;
- ✓ Le service d'odontostomatologie ;
- ✓ L'unité d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico faciale ;
- ✓ L'unité de kinésithérapie ;
- ✓ Le service d'ophtalmologie ;
- ✓ Les toilettes.

☐ Une zone technique qui comprend :

- ✓ Le laboratoire ;
- ✓ L'imagerie médicale.

☐ Une zone des urgences « boulevard des urgences » qui comprend :

- ✓ Le service des urgences ;
- ✓ La salle de réanimation ;
- ✓ Le bloc opératoire.

☐ Une zone d'hospitalisation qui comprend :

- ✓ L'hospitalisation chirurgicale ;
- ✓ L'hospitalisation médicale ;
- ✓ Un point de vente de la pharmacie hospitalière.

☐ Un service de pédiatrie qui comprend :

- ✓ Un hall d'accueil ;
- ✓ Deux salles de consultation ;
- ✓ Une zone d'hospitalisation ;
- ✓ Une zone médicotechnique ;
- ✓ Les toilettes.

☐ Un service de gynéco-obstétrique qui comprend :

- ✓ Un hall d'accueil ;
- ✓ Une zone d'hospitalisation ;
- ✓ Une zone médicotechnique ;
- ✓ Un bloc opératoire ;
- ✓ Les toilettes.

☐ Le poste de commande médical situé au 1^{er} niveau, comprend :

- ✓ Le bureau du Directeur Général Adjoint ;
- ✓ Le bureau du Surveillant Général ;
- ✓ Le bureau du chargé du SIH ;
- ✓ Huit bureaux de médecin ;
- ✓ Une salle des internes ;
- ✓ Une salle de télé-médecine ;
- ✓ Une salle de cyber espace ;
- ✓ Une salle de réunion ;
- ✓ Les toilettes.

☐ L'administration située au 2^{ème} niveau, comprend :

- ✓ Le bureau du Directeur Général ;
- ✓ Le bureau du président de la CME ;
- ✓ Le Secrétariat Général ;
- ✓ Le bureau de l'informaticien ;
- ✓ Le bureau de l'agent comptable ;
- ✓ Le local informatique ;
- ✓ Le bureau du comptable matière ;
- ✓ Le bureau du contrôleur financier ;
- ✓ Le bureau du gestionnaire des ressources humaines et du technicien d'hygiène ;
- ✓ Le bureau du standard ;
- ✓ La salle des archives ;

✓ La salle du conseil d'administration ;

✓ Les toilettes.

☐ Bâtiment de la maintenance et de la logistique. Il comprend :

✓ La cuisine ;

✓ La buanderie ;

✓ Les magasins de stockage.

☐ Le service de maintenance est constitué de :

✓ Deux bureaux ;

✓ Deux ateliers de maintenance ;

✓ Un magasin de stockage ;

✓ Les toilettes ;

✓ Un local déchet biomédical constitué de deux salles ;

✓ Un local de stockage des fluides médicaux.

☐ Morgue : elle comprend :

✓ Une salle de conservation des corps ;

✓ Une salle de lavage des hommes ;

✓ Une salle de lavage des femmes ;

✓ Une salle d'autopsie ;

✓ Une salle de préparation des corps ;

✓ Un bureau gestionnaire ;

✓ Les toilettes.

☐ Abri pour accompagnants de la chirurgie et de la médecine

☐ Abri pour accompagnants de la gynécologie obstétrique et de la pédiatrie.

☐ Local groupe électrogène

☐ Bâtiment néphrologie – dialyse : en construction

✦ Fonctionnement

Les consultations externes sont effectuées du Lundi au Vendredi par les médecins avec le concours des sages-femmes et faisant fonction d'interne.

Les Mercredi et Jeudi sont les jours d'interventions programmées.

Les visites aux malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff qui se tient chaque jour à partir de 8 heures.

La garde est assurée par un gynécologue, une sage-femme, une infirmière obstétricienne et les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manœuvre).

Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnants ainsi que les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des autres cercles.

4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et prospective utilisant un questionnaire pour évaluer les urgences gynécologiques et obstétricales dans un contexte humanitaire à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

4.3. Période d'étude

Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 septembre 2020.

4.4. Population d'étude

Il s'agissait de toutes les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétricale de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

4.5. Critères d'inclusion

Toutes les patientes admises en urgence dans le service pour affections gynécologiques ou obstétricales mettant en jeu à court terme le pronostic vital de la mère et /ou du fœtus

4.6. Critères de non-inclusion

Toutes les patientes admises à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti chez qui l'urgence obstétricale ou gynécologique n'a pas été étiquetée.

4.7. Taille de l'échantillon

Selon le rapport annuel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti de 2020 ; environ 1960 patientes ont été admises pour des urgences gynécologiques. Le calcul de la taille de l'échantillon de cette étude a été fait à l'aide du logiciel EPI Info version 3.5.3. Les paramètres suivants ont été utilisés : Marge d'erreurs à 5% ; Intervalle de confidences à 95% ; Distribution des réponses à 50%.

Le calcul de la taille de l'échantillon utilisant les paramètres ci-dessus a donné un échantillon requis qui était de 322 urgences gynécologiques et obstétricales.

4.8. Méthodes

- a) Collecte des données :** Sources suivantes ont été exploitées pour la collecte des données : Dossiers obstétricaux, Carnets de consultation prénatale, Registre d'accouchement, Registre de référence/évacuation, Registre de la césarienne, Registre des urgences obstétricales, Registre de décès maternel et des supports d'évacuation (fiche d'évacuation, partogramme).
- b) Matériel/Déroulement :** Le mètre ruban pour la mesure de la hauteur utérine ; Le stéthoscope de pinard permet d'écouter les bruits du cœur fœtal ; Le cardiotope

permet d'écouter les bruits du cœur fœtal et d'évaluer les contractions utérines ; Le thermo flash permet de prendre la température ; Le brassard manuel permet de prendre la tension artérielle ; Bandelette urinaire pour faire la protéinurie ;

Les inclusions ont été faites par les internes et dépendait de leurs présences.

Chaque patiente admis dans le service a été enregistrée et soumise à un examen clinique minutieux, et le traitement instauré selon le protocole avant l'élaboration du dossier la patiente a été confortablement installée dans un lit.

c) Variables étudiées :

Tableau I : répartition des variables étudiées

Variabiles étudiées	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	Années à partir du dernier anniversaire	Lecture de dossier ou interview
Statut matrimonial	Qualitative nominale	1= mariée 2= célibataire 3= divorcée 4= veuve	Lecture de dossier ou interview
Résidence	Qualitative nominale	Exemple= Mopti ville;	Lecture de dossier ou interview
Parité	Quantitative discontinue	Nombre total d'accouchement (grossesse d'au moins 28 SA)	Lecture de dossier ou interview
Taille	Quantitative continue	En cm du cortex à la plante des pieds	Lecture ou mesure à l'aide d'une toise graduée
Antécédent	Logique	Existence ou absence d'évènements spécifiques dans le passé	Lecture de dossier ou interview
Mode d'admission	Qualitative catégorielle	1= évacuée 2= venue d'elle-même.	Lecture de dossier ou interview
Besoins en sang	Qualitative nominale	1=satisfait 2=non satisfait	Lecture de dossier
Etat général	Qualitative nominale	1= bon 2= passable 3= altéré	Examen physique
Réalisation de CPN	Quantitative	1= 0 2= (1-3) 3= (4 et plus)	Lecture de dossier ou interview
HU	Quantitative	En cm du pubis au fond utérin	Lecture de dossier ou examen physique
Type de présentation	Qualitative nominale	1= sommet 3= siège 2= transversale ou épaule	Lecture de dossier ou toucher vaginal
Etat de la mère	Qualitative nominale	1= vivante 2= décédée	Lecture de dossier
Etat du nouveau-né	Qualitative	1= vivant 2= mort- né 3= décès néonatal	Examen physique
Causes du décès maternel	Qualitative nominale	1 = Hémorragie	Examen physique

		2 = choc septique 3 = Eclampsie	autopsie verbale
Voie d'accouchement	Qualitative nominale	1= voie basse 2= césarienne	Lecture de dossier
Durée d'hospitalisation	Quantitative discontinue	En jour	Lecture de dossier

4.9. Saisie, Analyse, traitement et présentation des données

Après remplissage des fiches d'enquête préétablies, les données ont été :

- ✓ Traitées et présentées à l'aide de Word et Excel version 2016 ;
- ✓ Saisies et analysées par le logiciel Epi info version 3.5.3
- ✓ Référencées par ZOTERO
- ✓ Test de khi²

4.10. Considérations éthiques

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des patientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé gynécologique et obstétricale, afin de fournir aux décideurs locaux, régional et national un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue d'améliorer la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales en temps de conflit.

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1. Fréquence

Pendant la période d'étude du 1er janvier au 30 septembre 2020 nous avons admis 1960 patientes dont 600 urgences gynécologiques et obstétricales soit 30,61%

5.2. Caractéristiques socio démographiques

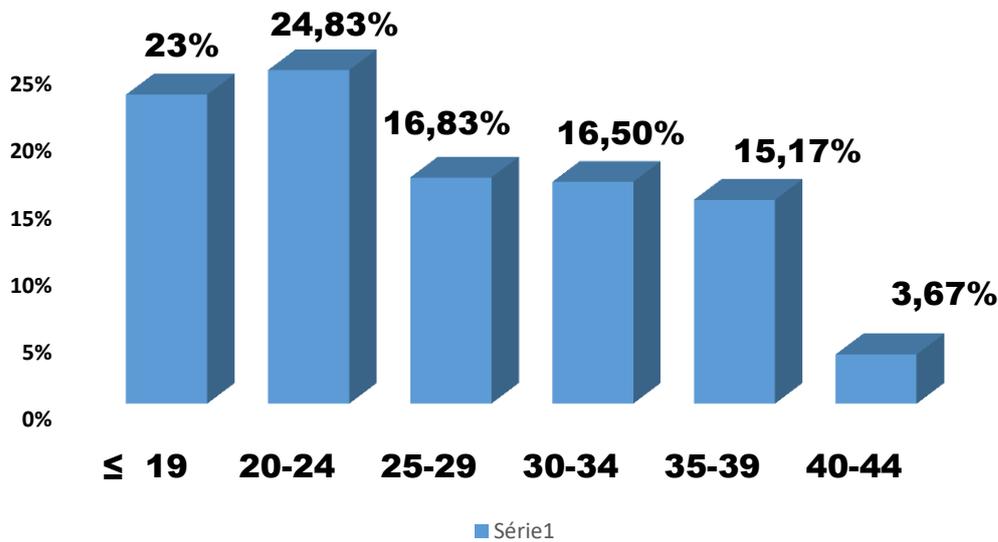


Figure 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était de **20-24** soit **24,83%**. L'âge moyen de 27ans, avec des extrêmes de 14 ans et de 49 ans.

Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	498	83,0
Elève / Etudiante	32	5,33
Commerçante	28	4,67
Fonctionnaire	17	2,83
Vendeuse	15	2,5
Aide-ménagère	10	1,67
Total	600	100,0

Les ménagères étaient les plus représentées avec **83% de cas**.

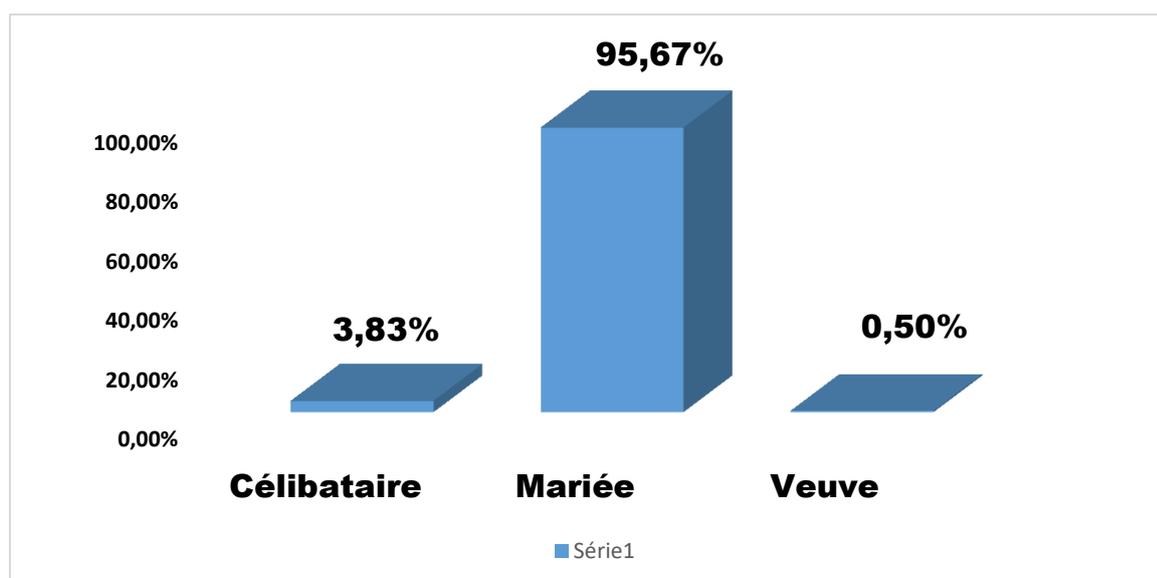


Figure 2 : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale

Les femmes mariées étaient majoritaires avec **95,67%**.

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession du procréateur

Profession du procréateur	Effectif	%
Commerçant	170	28,33
Eleveur	153	25,5
Cultivateur	138	23
Pêcheur	54	9
Fonctionnaire	50	8,33
Ouvrier	19	3,17
Tailleur	7	1,17
Chauffeur	6	1
Autres	3	0,5
Total	600	100,0

Autres = Etudiant : 3 cas soit 0,5%

Les commerçants représentaient le plus grand nombre soit **28,33%**.

Tableau IV : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	%
Mopti	438	73,0
Djenne	48	8,0
Douentza	42	7,0
Bandiagara	26	4,33
Bankass	20	3,33
Koro	10	1,67
Youwarou	9	1,5
Tenenkou	7	1,17
Total	600	100,0

La majorité des patientes venait du cercle de Mopti soit **73 %**.

Tableau V : Répartition des patientes selon leur ethnie

Ethnie	Effectif	%
peulh	191	31,83
Bambara	135	22,5
Dogon	109	18,17
Bozo	78	13
Sonrhäi	40	6,67
Malinké	16	2,67
Bobo	13	2,17
Soninké	9	1,5
Mossi	7	1,16
Maure	2	0,33
Total	600	100,0

L'ethnie peulh était la plus représentée soit **31,83%**.

Tableau VI : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	%
Non instruite	518	86,33
Primaire	33	5,5
Secondaire	39	6,5
Supérieur	10	1,67
Total	600	100,0

Les non instruites représentaient le plus grand nombre soit **86,33%**.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le mode d'évacuation

Mode d'évacuation	Effectif	%
Ambulance	306	51
Transport commun	86	14,33
Moto taxi	76	12,67
Moto	60	10
Voiture personnelle	55	9,17
Taxi	11	1,83
Autre	6	1
Total	600	100,0

Autres = Pied et charrette : 6 cas soit 1%

La plupart des évacuées étaient venues par ambulance soit **51%**.

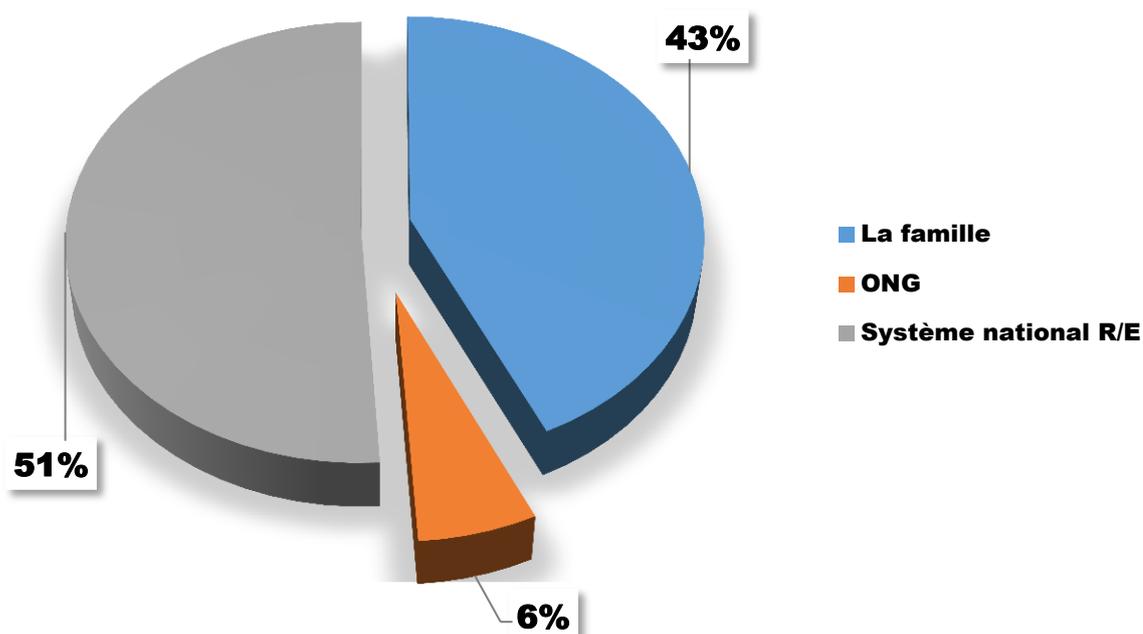


Figure 3 : Répartition des patientes selon le type de Paiement du transport

5.3. Les donnes cliniques

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	%
Nullipare (0)	147	24,5
Pauci pare (2-3)	127	21,2
Primipare (1)	113	18,8
Multipare (4-5)	107	17,83
Grande multipare (≥ 6)	106	17,67
Total	600	100,0

Les nullipares étaient majoritaires avec **24,5%**.

Tableau IX : Répartition des patientes selon leurs ATCD Obstétricaux

ATCD Obstétricaux	Effectif	%
Aucun	493	82,17
Mort-né	52	8,67
Avortement	30	5
Accouchement prématuré	25	4,16
Total	600	100

La majorité des patientes n'avaient aucun antécédent obstétrical soit **82,17%**.

Tableau X : Répartition selon leurs ATCD médicaux

ATCD Médicaux	Effectif	%
Aucun	533	88,83
HTA	34	5,67
Cardiopathie	14	2,33
Diabète	9	1,5
Asthme	5	0,83
Drépanocytose	2	0,33
autres	1	0,17
Epilepsie	1	0,17
Hémopathie	1	0,17
Total	600	100,0

88,83% des patientes n'avaient pas d'antécédents médicaux.

Tableau XI : Répartition des patientes selon leurs ATCD Chirurgicaux

ATCD Chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	490	81,67
Césarienne	92	15,33
GEU	9	1,5
autres	5	0,83
Myomectomie	4	0,67
Total	600	100,0

Autres = Kystectomie ; FVV et appendicectomie : 5 cas soit 0,83%

81,67% des patientes n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux.

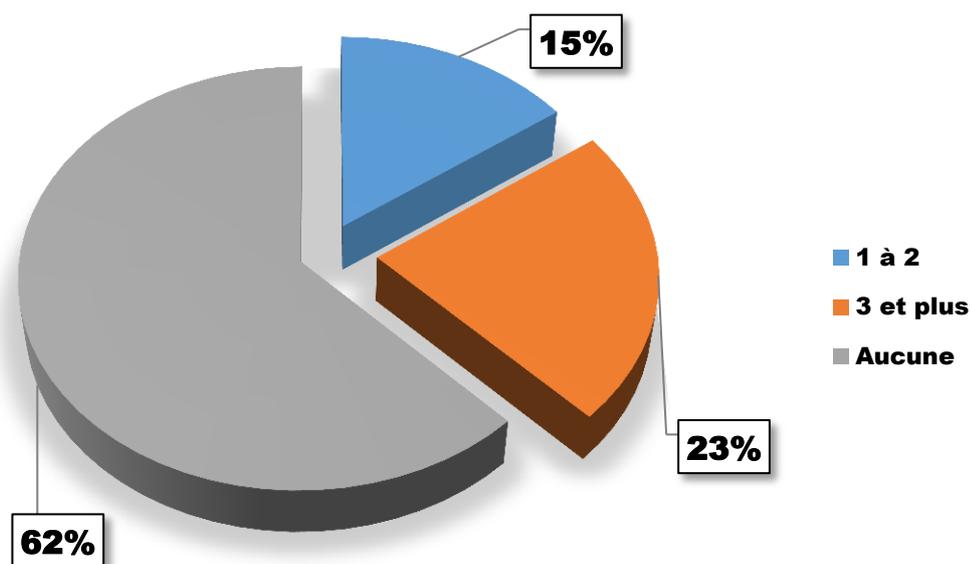


Figure 4 : Répartition des patientes selon la CPN

La majorité des patientes n'avaient pas fait de CPN soit **62,33%**.

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'agent de la référence

Agent de l'évacuation ou de la référence	Effectif	%
médecin	165	32,23
Infirmière obstétricienne	150	29,30
Sage-femme	100	19,53
Matrone	86	16,79
Aide-soignante	11	2,15
Total	512	100,0

Les médecins étaient majoritaires avec **32,23%**.

Tableau XIII : Répartition des patientes évacuées selon le type de document d'accompagnement

Type de document	Effectif	%
Fiche d'évacuation	306	59,76
Partogramme	150	29,30
Lettre	56	10,94
Total	512	100

La majorité des patientes évacuées avaient une fiche d'évacuation soit **59,76%**.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le temps mis en cours de route

Temps mis en cours de route (Heure : H)	Effectif	%
< 1	330	55
1 - 2	145	24,17
4 - 5	52	8,67
3 - 4	38	6,33
≥6	29	4,83
imprécis	6	1,0
Total	600	100,0

La majorité des patientes mettaient moins de 1H de temps en cours de route avant d'arriver à l'hôpital soit **55% avec une durée minimum de 20 minutes.**

Tableau XV : Répartition des patientes selon la distance parcourue

Distance parcourue (kilomètre :Km)	Effectif	%
3-15	330	55
≥16	270	45
Total	600	100

55% des patientes avaient parcourue une distance entre 3-15 Km. Les distances minimum et maximum parcourir était respectivement de 2 et 185km

5.4. Difficultés :

Tableau XVI : Répartition des patientes selon les raisons du retard à l'admission

Raison du retard à l'admission	Effectif	%
aucun	412	68,67
Dégradation de la route	106	17,67
imprécis	9	1,5
Manque de moyen	14	2,33
Tombe dans une embuscade	30	5,0
Trajet est long	29	4,83
Total	600	100,0

68,67% des patientes n'avaient aucune difficulté d'accès à l'hôpital.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le type de lésion

Type de lésion	Effectif	%
Aucune	592	98,67
Blessure par armé à feu	3	0,5
Traumatisme sur grossesse	5	0,83
Total	600	100

1,33% de nos patientes avaient des lésions avec 3 cas de blessure par arme à feu sur grossesse et 5 cas de traumatisme suite à l'application de la charia par le fouet

Aucun enlèvement n'avait été signalé au cours de l'étude.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le caractère de la zone

Caractère de zone	Effectif	%
Zone exondée	477	79,5
Zone inondée	123	20,5
Total	600	100

20,5% des patientes résidaient dans la zone inondée.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le motif de référence

Motif d'évacuation	Effectif	%
Hémorragie/grossesse	122	23,83
Pré éclampsie/éclampsie	66	12,89
Anémie	50	9,76
DFP	33	6,45
HTA	30	5,86
Dilatation stationnaire	25	4,88
GEU	22	4,3
HRP	19	3,71
Dystocie dynamique	18	3,52
Rupture utérine	18	3,52
Utérus cicatriciel	16	3,13
RPM	14	2,73
PPH	13	2,54
HU excessive	9	1,75
SFA	9	1,75
Avortement incomplet	8	1,56
Procidence du cordon	8	1,56
Rétention placentaire	8	1,56
Bassin anormal	7	1,4
Demande des parents	4	0,78
Trauma sur grossesse	4	0,78
Autres	3	0,58
Blessure par arme à feu sur grossesse	3	0,58
Placenta accreta	3	0,58
Total	512	100,0

Autres = Pelvipéritonite, torsion de kyste et traumatisme : 3 cas soit 0,58%

Le motif d'évacuation majoritaire était l'hémorragie avec **23,83%**.

Tableau XX : Répartition des patientes venue d'elle-même selon le motif

Si venue d'elle même motif	Effectif	%
CUD/grossesse	73	82,95
autres	10	11,36
RPM	5	5,68
Total	88	100,0

Autre = Crise convulsive et vomissement : 10 cas soit 11,36%

Les patientes venues d'elles-mêmes pour CUD/grossesse étaient majoritaires avec **82,95%**.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'agent à l'admission

Qualification de l'agent receveur	Effectif	%
Sage-femme	393	65,5
Médecin	207	34,5
Total	600	100,0

La plupart des patientes ont été reçues par des sages-femmes soit **65,5%**.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon les traitements reçus avant l'évacuation

Traitements reçus en amont	Effectif	%
Oui	346	57,67
Non	254	42,33
Total	600	100

57,67% des patientes avaient reçu des traitements en amont.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon leur état général à l'admission

Etat général	Effectif	%
Passable	316	52,67
Altéré	185	30,83
Bon	99	16,5
Total	600	100,0

La majorité des patientes avaient un état général passable à l'admission soit **52,67%**.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon leur taille physique

Taille(m)	Effectif	%
$\geq 1,50$	560	93,33
$< 1,50$	40	6,67
Total	600	100

93,33% des patientes avaient une taille normale ;

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'état de leurs conjonctives

Conjonctives	Effectif	%
Moyennement colorées	337	56,17
pâleurs	143	23,83
Bien colorées	120	20
Total	600	100,0

56,17% des patientes avaient des conjonctives moyennement colorées.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la période gravido-puerperale

Période gravidique	Effectif	%
Terme	413	68,83
Pré terme	181	30,17
Post terme	6	1
Total	600	100

Les grossesses à terme étaient majoritaires avec **68,83%**.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon l'état du bassin des parturientes

Etat du bassin	Effectif	%
Normal	411	93,84
Bassin-limite	18	4,11
BGR	7	1,59
Bassin-asymétrique	2	0,46
Total	438	100,0

93,84% des patientes avaient un bassin normal.

5.5. Thérapeutiques

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le traitement institué après l'admission

Type de traitement	Effectif	%
Traitement chirurgical	450	75
Traitement médical	150	25
Total	600	100

75% des patientes avaient bénéficié d'un traitement chirurgical.

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon les moyens thérapeutiques obstétricaux et chirurgicaux

Thérapeutique appliquée	Effectif	%
Césariennes	371	73,03
Forceps	30	5,91
Salpingectomie	20	3,94
Hystérographie	18	3,54
Hystérectomie	16	3,15
AMIU	16	3,15
Suture de la brèche (partie molle)	9	1,77
Kystectomie	8	1,57
Curage	7	1,38
Cerclage du col	7	1,38
Version par manœuvre interne et externe	6	1,18
Total	508	100

La césarienne a été le moyen thérapeutique la plus représentée soit **73,03%**.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon les moyens thérapeutiques médicaux

Thérapeutique appliquée	Effectif	%
Antihypertenseurs	40	43,48
Anticonvulsivants antihypertenseurs	20	21,74
Antibiothérapie+utero tonique	13	14,13
Antibiothérapie	10	10,87
Antipaludiques	9	9,78
Total	92	100

43,48% des patientes avaient reçu un antihypertenseurs ;

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	%
Césarienne	371	74,35
Laparotomie	62	12,43
Normal	36	7,21
Instrumental	30	6,01
Total	499	100,0

Le mode d'accouchement majoritaire était la césarienne avec **74,35%**.

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon les indications de césarienne

Indications de la césarienne	Effectif	%
Dystocie mécanique	90	24,26
Eclampsie	82	22,10
Pré-éclampsie	51	13,75
Pré rupture	40	10,78
Placenta prævia	28	7,55
SFA	27	7,28
HRP	20	5,39
Procidence du cordon battant	20	5,39
Présentation dystocique	13	3,50
Total	371	100

La dystocie mécanique était la plus représentée avec **24,26%**. L'éclampsie a représenté **22,10%**

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le diagnostic

Diagnostic d'entrée	Effectif	%
Dystocie mécaniques	90	15
Eclampsie	85	14,17
SFA	47	7,84
Dystocie dynamique	44	7,33
Hémorragie de la délivrance + rétention placentaire	40	6,67
Rupture + pré rupture utérine	34	5,67
Pré-éclampsie	31	5,17
GEU	30	5
Procidence du cordon et/ou des membres	29	4,83
Placenta prævia	28	4,67
HRP	20	3,33
Infection puerpérale	18	3
Paludisme sur grossesse	14	2,33
Avortement spontané en cours	10	1,67
MAP	10	1,67
Septicémie	9	1,5
Rupture de kyste/torsion de kyste	8	1,33
Grossesse molaire	8	1,33
Menace d'avortement spontanée	6	1
Infection sur grossesse	5	0,83
RPM	5	0,83
Trauma sur grossesse	5	0,83
Vomissement gravidique	4	0,67
Rupture de douglas	4	0,67
Avortement provoqué + complication	3	0,5
Blessure par arme à feu sur grossesse	3	0,5
Placenta acreta	3	0,5
Endométrite aigue	2	0,33
Traumatisme génital	2	0,33
Pelvipéritonite	2	0,33
Bartholinite aigue	1	0,17
Total	600	100

La dystocie mécanique était la plus représentée soit **15%**

L'éclampsie représentait **14,17%**

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement

Durée du travail	Effectif	%
Normal (≤ 12 H)	90	67,2
Prolonge (≥ 12 H)	44	32,8
Total	134	100,0

67,2% des patientes avaient un travail d'accouchement normal ;

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon le nombre de poche de sang transfusé

Nombre de poche	Effectif	%
3 à 4	70	47,62
> 5	27	18,37
1 à 2	50	34,01
Total	147	100%

47,62% des patientes avaient reçu 3-4 poches de sang transfusé

5.6. Pronostic

5.6.1. Maternel

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la quantité de l'hémorragie

Hémorragie(ml)	Effectif	%
< 500	459	76,5
500-1000	102	17
>10000	30	6,5
Total	600	100,0

76,5% des patientes avaient une spoliation sanguine inférieure à 500ml

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon les complications maternelles à l'admission

Complication maternelle à l'admission	Effectif	%
Aucune	354	59
Hémorragie	136	22,67
Anémie	78	13
Infection	20	3,33
Cardiopathie	6	1
OAP	6	1,0
Total	600	100,0

59% des patientes n'avaient aucune complication maternelle à l'admission ;

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon les complications maternelles dans les suites de couches

Complication maternelle dans la suite de couche	Effectif	%
Simple	310	51,67
Anémie	147	24,5
Décès maternels	64	10,67
suppuration	30	5
Psychose puerpérale	18	3
OAP	12	2
Insuffisance cardiaque	8	1,33
AVC	6	1
Fistule vesico-vaginale	5	0,83
Total	600	100,0

L'anémie était la complication maternelle la plus représentée soit **24,5%**.

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon la cause du décès maternel

Cause de décès maternels	Effectif	%
Hémorragie	35	54,69
Etat de mal éclamptique	20	31,25
Choc septique	9	14,06
Total	64	100,0

Hémorragie était la première cause de décès soit **54,69%**, soit **64/600 :10,66%**

Tableau XL : Répartition des patientes selon les causes du décès due à l'hémorragie

Cause du décès par hémorragie	Effectif	%
Hémorragie du post partum	13	37,15
Rupture utérine	8	22,85
PPH	6	17,15
HRP	5	14,28
GEU	3	8,57
Total	35	100

Tableau XLI : Répartition des patientes selon l'état maternel à la sortie

Etat maternel à la sortie	Effectif	%
Etat satisfaisant	521	86,83
Décédée	64	10,67
Contre avis médical	11	1,83
Evadée	4	0,67
Total	600	100,0

10,67% de nos patientes sont décédées au cours de l'étude

1,83% de nos parturientes sont sortie contre avis médical

0,67% de nos parturientes se sont évadée au cour de l'étude

Tableau XLII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation(jour :J)	Effectif	%
2 à 3	260	43,33
3 à 4	124	20,67
6 à 21	90	15
< 1j	70	11,67
4 à 5	56	9,33
Total	600	100,0

La durée d'hospitalisation de 2-3 jours a été la plus représentée avec **43,33%**.

La durée moyenne de séjour est de 5 jours avec des extrêmes d'une heure à 21 jours

5.6.2. Pronostic fœtal

Tableau XLIII : Répartition des patientes selon l'état de leur enfant à la naissance

Etat de l'enfant à la naissance	Effectif	%
Vivant	358	81,74
Mort-né	51	11,64
Réanime	26	5,94
Malformation	3	0,68
Total	438	100,0

81,74% de nos nouveau-né son vivant.

Tableau XLIV : Répartition des patientes selon le score d'Apgar de leur enfant

APGAR	Effectif	%
≥ 7	259	59,13
< 7	179	40,87
Total	438	100,0

59,13% des nouveau-nés avaient un Apgar supérieur à 7

Tableau XLV : Répartition des patientes selon la cause de la mortalité fœtale

Causes	Effectif	%
Asphyxie néo-natale	55	53,92
Infection néo-natale	26	25,50
Prématurité - petit poids de naissance	21	20,58
Total	102	100

Asphyxie néo-natale a été la cause de la mortalité fœtale la plus représentent soit **53,92%**.

Tableau XLVI : Répartition des patientes selon le poids de leur nouveau-né

Poids (gramme :g)	Effectif	%
2500-3495	268	61,18
< 2500	90	20,55
3500-4000]	55	12,56
>4000	25	5,71
Total	438	100,0

61,18% des nouveau nés avaient un poids normal.

Tableau XLVII : Répartition selon le motif de référence des nouveau-nés en pédiatrie

Référé l'enfant en pédiatrie	Effectif	%
Non réfère	271	61,87
Hypotrophie	50	11,42
SFA	47	10,73
Prématurité	40	9,13
Macrosomie	15	3,42
Traumatisme	8	1,83
Mère diabétique	7	1,6
Total	438	100,0

61,87% des nouveau nés ne sont pas réfère à la pédiatrie ;

Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon le mode délivrance

Délivrance	Effectif	%
Extemporaneé	371	83,18
Dirigée	45	10,09
Artificielle	30	6,73
Total	446	100,0

La délivrance extemporaneé était la plus représentée soit **83,18%**

Tableau XLIX : Répartition des patientes selon les complications de la délivrance

Complication de la délivrance	Effectif	%
Aucune	64	82,05
Rétention placentaire	8	10,25
Placenta acreta	3	3,85
Atonie utérine	3	3,85
Total	78	100,0

82,05% des patientes n'avaient aucune complication à la délivrance ;

Tableau L : Répartition des patientes selon la source de financement de la prise en charge

La source de financement	Effectif	Pourcentage (%)
ETAT	371	61,84
LA FAMILLE	155	25,83
ONG MUSSO	36	6
MSF	30	5
CICR	8	1,33
Total	600	100,0

74,17% des patientes ont bénéficié d'une prise en charge gratuite, dont **61,84%** sont assurées par l'état.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Approche méthodologique

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et prospective utilisant un questionnaire pour évaluer les urgences gynécologiques et obstétricales dans un contexte humanitaire à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Les résultats obtenus ont permis un certain nombre de commentaires :

En fonction du caractère de la zone de résidence, 20,5% des patientes résidaient dans les zones inondées de la région. Ce taux est supérieur à celui de SARAMPO. A [4] 13,7%.

Ce taux n'est pas négligeable quand on sait que le moyen de déplacement demeure exclusivement la pirogue ou la pinasse, en période de crue des fleuves qui dure six à huit mois de l'année.

En plus elles constituent les principales zones de conflits de la région, par l'occupation des groupes armés.

Durant notre étude, le retard à l'évacuation était directement lié aux attaques par les groupes armés dans 3% de cas, par arrêt des ambulances et le contrôle des personnels à bord ; la dégradation des routes est de 17,67% ; 2% des cas sont tombés dans une embuscade ; 4,83% cas ont signalé que le trajet est long ; et dans 2,33% des cas ont signalé un manque de moyen.

La situation sécuritaire dans la région, influence les évacuations obstétricales par recours tardif de la communauté vers les centres de santé et l'arrêt des ambulances pendant l'évacuation.

- L'insuffisance de ressources financées des patientes ;
- Absence de système de subvention pour soutenir le coût de certaines urgences ;
- Disparité de la répartition et dans la PEC par des organismes humanitaires dans la région de Mopti

6.1. Fréquence

Sur 1960 patientes admises nous avons colligé 600 cas d'urgences gynéco-obstétricales soit 30,61%.

La crise multidimensionnelle connue par le Mali a beaucoup impacté sur le système de santé de la reproduction au centre du pays. Cette étude dans un contexte humanitaire est une première sur les urgences gynécologiques et obstétricales dans cette région.

Tableau LI : répartition des fréquences

Auteurs, pays, année	Fréquences	Type d'étude
SALL. L.A, Mali(Dioila), 2013 SUD	30,10	Prospective à visée descriptive et analytique.
TRAORE. Y, Mali(Nioro du sahel) , 2015-2018 SUD	31,74	Descriptive transversale avec recueil rétrospectif
CISSE .S.A, Mali(Mopti), 2008 NORD	28,24	D'observation de type prospective
SAWADOGO.S, Mali,(Point-G) 2012 SUD	28,1	Rétrospective analytique
OUATTARA.D, Mali(Commune I), 2016 SUD	3,67	Prospective et descriptive
MAIGA. D, Mali(Gao),2010 NORD	23,5	transversale avec collecte prospective

Ce résultat est similaire à celui trouvé par **SALL. L.A** en 2013 [15] qui était de 30,10%, et de **TRAORE. Y** [16] 31,74%. ; mais d'autres auteurs avaient trouvé, **CISSE. S.A** [17], **SAVADOGO. S** [18] ; **MAIGA. D** [30] et **OUATTARA.D**[25] ; des taux plus bas : 28,24% ; 28,1% ; 23,5% ; et 3,67%.

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que l'hôpital est le seul centre de référence de 2^{ème} niveau de la région prenant en charge la majorité des urgences gynéco-obstétricales du fait de son plateau technique.

6.2. Caractéristiques sociodémographiques :

Concernant l'âge : la classe d'âge la plus fréquente était celle comprise entre 19-29 ans avec 64,6%. Cette tranche correspond à la période où l'activité génitale est la plus intense.

De nombreux auteurs africains ont rapporté respectivement dans les tranches 14 à 19ans ; 19-29 ans ; 20-35ans ; 20-30 ans 45,33% ; 55,6 % ; 75,9% ; 41,9%. [16 19 15 18]

La classe d'âge des adolescentes (\leq à 19 ans) représentait 23%. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles et la précocité des rapports sexuels d'où la survenue de grossesse précoce.

Les ménagères étaient les plus représentées avec 83%. Cela s'explique par le fait que la majeure partie de la population est constituée de femmes au foyer.

On note également une prédominance des ménagères dans l'étude de **SALL. L.A** et **TRAORE. Y** avec 94,8% et 99,23 %. [15 16]

Profession du procréateur : les commerçants représentaient 28,33%, les éleveurs 25,5%, cultivateurs 23%, pêcheurs 9%, les fonctionnaires 8,33%, les ouvriers 3,17% ; les tailleurs 1,17%, les chauffeurs 1%.

Les non scolarisées ont représenté 86,33% et seulement 6,5 % ont fait une étude secondaire.

De façon générale nous pouvons dire que la plupart de nos patientes avaient un niveau socio-économique faible.

Au Mali le taux de scolarisation des filles reste encore bas en zone rurale.

Au cours de l'étude les peulhs étaient majoritaires (31,83%) ; les Bambara (22,50%), les dogon (17,83%) ; les bozo (12,16%) ; les sonrhäï (7,16%)

Cela peut s'expliquer par l'influence du foulfoube dans la région qui est une langue parlée par la majorité de la population ; certains se réclament de cette ethnie même si historiquement leur nom de famille n'y correspond.

6.2.1. Caractéristiques cliniques :

Il faut noter que la primiparité constitue un facteur de risque à l'accouchement, ainsi que la grande multiparité, dans notre étude :

Les nullipares étaient majoritaires avec 24,5% dans notre étude. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravido-puérpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition.

Ce résultat est inférieur à celui de **CISSE S.A [17]** 29,9% ; **TRAORE. Y [16]** 35,03% et de **CISSE. B [20]** 33,1% et largement supérieure à celui de **SALL. L.A [15]** 8,9%

Les primipares étaient de 18,80%.

Cette fréquence est supérieure à celui de **CISSE S.A [17]** 15,7% et de **SALL. L.A [15]** 15,5%. **TRAORE. Y [16]** 13,86%

Les grandes multipares représentaient 17,67% dans notre série.

Cette fréquence est inférieure à celui de **KOUYATE. H [19]** 42,2%, supérieure à celui de **CISSE S.A [17]** 16,7%, et de **TRAORE. Y [16]** 16,27%

Le risque chez ces femmes est dû à la fragilité de l'utérus consécutive à des grossesses multiples et rapprochées.

-Lorsque la taille est inférieure à 150 cm, elle constitue un facteur de risque pour l'accouchement par voie naturelle.

Dans notre étude 6,67% de nos femmes ont une taille inférieure à 1m50 cm.

Ce taux est inférieur à ceux rapporté par **CISSE S.A [17]** 12,81%, **SALL. L.A [15]** 8,3% et de **OUATTARA.D [25]** 19,1%

La plus petite taille était de 130 cm et la plus grande est de 180 cm.

- La majorité des patientes avaient un bassin normal soit 93,84%. Le bassin était généralement rétréci chez 1,60%. Ce chiffre est plus élevé que celui de **SALL. L.A** pour le bassin normal et plus bas pour le bassin généralement rétréci soit 66,2% et 8,3% **[15]**

La consultation prénatale n'a pas été réalisée par 62,33% des femmes. Seulement 22,60% ont au moins trois (3) consultations prénatales.

Ce chiffre est supérieur à celui de **SALL. L.A [15]** 22,4% %, **CISSE S.A [17]** 37,01%, **SAVADOGO. S [18]** 38,5% et de **TRAORE. Y [16]** 29,45%

Ce résultat peut s'expliquer par les problèmes économiques, le niveau bas d'alphabétisation de la population, l'inaccessibilité géographique et l'insécurité.

L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des consultations prénatales constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et de l'accouchement. [15]

Dans notre étude, 88,83% des patientes n'avaient pas d'antécédent médicaux et 11,17% de nos femmes avaient une pathologie associée à la grossesse. Parmi ces pathologies l'HTA et l'insuffisance cardiaque étaient les plus fréquentes avec respectivement 5,67% et 2,33% des cas. Cette fréquence est inférieure à celui de **CISSE. S.A [17]** qui avait respectivement 50% et 22,72% des cas pour ces différentes pathologies

Dans notre étude la très grande majorité de nos patientes provenait du district sanitaire de Mopti soit 73%. Il s'agit du district qui habite en même temps le site de notre étude.

-L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé avec 51%. Cette fréquence est inférieure à celui de **SALL. L.A [15]**66,2% et de **SAVADOGO. S [18]** 60,9%.

Les transports des malades ont été assurés à bord d'ambulance non médicalisées pour la plupart. Cependant certaines patientes ont accédé à l'hôpital par transport en commun.

L'évacuation a concerné 85,33% des patientes ;14,67% étaient des consultantvenues d'elles-mêmes.

Certains auteurs africains [15-4] ont rapporté des taux variables soit 80% et 20% pour **SALL. L.A** ; 60,7% et 39,3% pour **SARAMPO.A**.

La difficulté d'accessibilité géographique et l'éloignement des structures SONUB de l'hôpital et son statut de 2eme référence pourrait s'expliquer le nombre élevé de patientes évacuées vers notre structure.

Une fiche de référence/évacuation les accompagnait dans 59,76% des cas.

Pour certaines études similaires au Mali dont celles de **TRAORE. Y** et **SALL. L.A** des taux de patientes évacuées avec un partogramme était de 23,87% [16] ou avec une fiche de référence/évacuation 17,24% 62,66% [15 16].

Les supports utilisés dans la R/E doivent accompagner toutes les patientes. L'insuffisance dans l'utilisation de ces supports pourrait s'expliquer par la présence du personnel non qualifié dans la plupart de ces structures périphériques.

6.3. Principales pathologies retrouvées :

Concernant les avortements : L'avortement concerne toutes les femmes en période d'activité génitale quel que soit l'âge.

La fréquence de l'avortement spontané est de 1,67% de l'ensemble des accouchements.

Notre taux plus bas d'avortement s'explique du fait que la plus part de nos femmes ne se rendent à l'hôpital, sauf en cas de complications.

Cette fréquence est largement inférieure à celui de **KONE. B [21]** 41,1% ; et de **SAVADOGO. S [18]** 2,1%

Selon **SEGUY B. et coll. [22]** 10-20% des grossesses se terminent par un avortement.

Les avortements avec hémorragies plus ou moins abondantes et souvent dramatiques sont les plus rencontrés.

Dans trois (3) cas, il s'agissait de complication hémorragique suite à un avortement provoqué soit 0,5%.

L'augmentation de ce taux pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction de ces femmes par rapport à la santé, ce qui favorise la survenue des infections et d'autres complications à long terme.

Concernant la GEU : Sa fréquence est de 5% de l'ensemble des accouchements du service.

Cette fréquence élevée serait en rapport avec la recrudescence des infections sexuellement transmissibles et essentiellement l'augmentation du nombre des infections tubaires. **WESTROM L.** Estime que 50% des cas de GEU surviennent sur des trompes déjà infectées.

En France **[18]** la fréquence varie entre 1,7 et 2,2% des grossesses.

Notre pourcentage est superposable à celui de **SAWADOGO. S [18]** 4,0% ; et supérieur à celui de **SISSOUMA. F [31]** 1,16%.

Nous avons déploré trois (3) cas de décès maternel soit 4,68% des urgences gynécologiques.

Ce taux est inférieur à celui de **S. SAVADOGO [18]** 8,2% décès maternels liés à la grossesse ectopique rompue

Lopredo et collaborateurs [23] signalent une diminution générale du taux de mortalité par grossesse ectopiques ces 20 dernières années.

Cette diminution de la mortalité s'explique par le fait que l'examen anodin d'échographie semble être donnée devant tout cas de syndrome douloureux du pelvis associé ou non à une métrorragie d'où le diagnostic très précis et une prise en charge adéquate.

Concernant la RU : La fréquence de la rupture utérine sur l'ensemble de accouchements du service est de 5,67%.

Cette fréquence est en rapport avec les évacuations tardives et l'absence de moyen de prise en charge adéquate et rapide de ces urgences.

Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expression intempestive dans les maternités périphériques et de l'emploi abusive d'ocytocine. [15]

Ce taux est inférieur à celui de CISSE S. A [17] 6,76% ; et supérieure à celui de SALL.L.A [15] 3,8% ; CISSE. B [20] 3,7% ; SARAMPO. A [4] 2,2 % et de MAIGA. I.B [24] 0,3%.

Parmi les 34 cas de rupture utérine, nous avons réalisé l'hystérorraphie chez 18 parturientes et l'hystérectomie chez les 16 autres.

La rupture utérine, complication redoutable constitue chez nous un problème sérieux de santé publique, exposant à une lourde mortalité et morbidité fœto-maternelle.

Huit (08) patientes sont décédées dans un tableau de choc hémorragique suite à la rupture utérine.

Notre taux de mortalité maternelle due à la rupture utérine : 12,5% ; est inférieur à ceux de CISSE S.A [17] 21,05% ; et de SAVADOGO. S [18] 16,2%.

Concernant le PP : La fréquence du placenta prævia est de 4,67 % soit **28 cas** sur l'ensemble des accouchements effectués dans le service.

Ce taux est inférieur à ceux trouvés par SALL.L. A [15] 5,9% et CISSE S.A [17] 9,25% et supérieure à celui de SAVADOGO. S [18] 2,3%.

Cette pathologie était le plus souvent rencontrée chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans. Cet accident est rare en Europe en témoignant les chiffres qui varient entre 0,28% et 0,50%.

En Asie les taux varient entre 0,41% et 1%.

Sur le continent Africain le PPH reste relativement rare, les chiffres varient entre 0,33% et 0,99% [17].

Dans dix-huit [18] cas la césarienne a été pratiquée.

Nous avons déploré Six (06) cas de décès maternel soit 9,375%

Cette fréquence est inférieure à celui de CISSE S.A [17] 11,54%, et supérieure à celui de SALL. L.A [15] 5,88%.

Nos taux sont différents de ceux des pays développés par l'espacement des naissances et la rareté des multipares.

Concernant l'HRP : Nous avons trouvé **20 cas d'HRP** soit une fréquence de **3,33%**.

Cette fréquence est plus bas que ceux de certains auteurs tels que CISSE S.A [17] 8,18% ; SALL. L.A [15] 4,5% ; TRAORE. Y [16] 10,39 % ; SARAMPO. A [4] 8,9% et de S. SAVADOGO [18] 4,1% et supérieure à celui de FANE.S et coll. [32] 2,21%.

Des études occidentales ont rapporté des fréquences autour de 0,5 à 1% [32]

Cette différence pourrait s'expliquer par les approches méthodologiques utilisées dans ces études

Nous avons enregistré cinq (5) cas de décès maternel soit 7,81%. Cette fréquence est inférieure à celui de **SAVADOGO. S [18]** 27% et supérieure à celui **FANE. S et coll. [32]** 2,26% et de **SISSOUMA. F [31]** 1,16 %.

Certes, il est supérieur à ceux des pays développés qui reste inférieur à 1%.

Ceci grâce à une prise en charge rapide et adaptée en milieu de réanimation.

Nos cas de décès s'expliquent d'une part, par la faible couverture sanitaire en zone périphérique, le retard des patientes à recourir aux centre de santé, les conditions d'évacuation et d'autre part, par l'insuffisance de mesure de réanimation efficace dans la région.

Concernant l'hémorragie de la délivrance : La fréquence des hémorragies de la délivrance sur l'ensemble des accouchements du service est de 6,67 % soit 40 cas.

Cette fréquence est supérieure à celui de **CISSE S.A [17]** 2,85% ; et de **SALL. L.A [15]** 4,1% et inférieure à celui de **SAVADOGO. S [18]** 15,6%.

Nous avons déploré Treize (13) décès maternel soit 20,31%

Ce taux est largement inférieur à celui de **CISSE S.A [17]** 50% et de **SAVADOGO. S [18]** 27%

Dans notre étude l'hémorragie demeure la première cause de décès avec 54,69%.

La même situation est rapportée par **SAVADOGO. S [18]** avec un taux inférieure au notre 38,1% mais également en France pour un taux de 21,1% [18] et un taux plus élevé observe dans l'étude de **SARAMPO. A [4]** 60,0 %.

La mortalité maternelle par hémorragie obstétricale a diminué en France (actuellement 1,6 décès/100 000 naissances vivant) ; mais elle demeure la première cause de décès maternel et la plus évitable [33].

Notre pourcentage d'infection 8,49 % soit 51 cas. Cette fréquence est supérieure à celui de **CISSE S.A [17]** 6,40% ;

Cela peut s'expliquer par l'amélioration dans la prévention des infections par l'antibioprophylaxie, l'asepsie au bloc opératoire.

Notre taux de mortalité due à l'infection ;14,06% est inférieure à celui de **CISSE S.A [17]** 27,78%

En Côte d'Ivoire au CHU de Cokody 15% des décès sont liés à l'hémorragie alors que dans les zones rurales 60% à 70% des décès sont imputables à l'hémorragie soit quatre fois plus [17].

Nous constatons que la mortalité par hémorragie est un problème crucial dans tous les pays avec une prédominance dans les pays en voie de développement.

Le dépistage systématique des grossesses à haut risque ainsi que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence permettent de lutter contre la mortalité maternelle et fœtale.

Concernant les dystocies mécaniques : Elles sont représentées par les BGR les bassins limites et les bassins asymétriques.

Les bassins pathologiques représentant 15 % soit 90 cas dans notre étude est inférieure à ceux retrouvés dans les études de CISSE S. A [17] 18,15% ; et supérieure à celui de SALL. L.A [15] 7,2% ; SAVADOGO. S [18] 2,8% et de SARAMPO.A [4] 12,2%

En Europe les déformations pelviennes sont rares grâce au dépistage précoce et à l'augmentation du niveau socio-économique et aux nouvelles méthodes thérapeutiques.

Concernant la dystocie dynamique : Il peut s'agir d'une hypokinésie, d'une hyperkinésie, ou d'une hypertonie utérine.

La fréquence de la dystocie dynamique sur l'ensemble des accouchements du service est de 7,33 % soit 44 cas.

Notre fréquence est superposable à celui de SALL. L.A [15] 7,9% ; et inférieure à celui de CISSE S.A [17] 10,67% ; un taux plus faible est rapporté par SAVADOGO. S [18] 0,07%.

Ce pourcentage élevé dans notre étude peut s'expliquer par l'utilisation abusive d'ocytocique dans les maternités périphériques qui perturbe la dynamique utérine.

Concernant l'hypertension artérielle et ses complications : La fréquence de l'hypertension artérielle et ses complications est de 19,34% soit 116 cas.

Ce résultat peut être expliqué par l'irrégularité des femmes à la consultation prénatale.

La pré éclampsie représentée 5,17% soit 31 cas

Ce pourcentage est supérieur à celui de CISSE S.A [17] 1,42% et de SAVADOGO. S [18] 1,7%.

L'éclampsie : 85 cas soit 14,17% supérieur à celui de CISSE.S. A [17] 11,39 ; SALL. L.A [15] 2,4% et de SAVADOGO. S [18] 7,5%.

Le sulfate de magnésium a été administrés systématiquement chez ce groupe de patientes et la nicardipine en fonction de la sévérité des chiffres tensionnels.

Le taux de mortalité maternelle 31,25% est supérieure à celui de CISSE S. A [17] 22,22%.

Cette pathologie est fréquente chez les primipares et les jeunes (16ans).

Concernant la SFA : La fréquence de la SFA est de 7,84% soit 47 cas

La césarienne a été effectuée dans 27 cas soit 7,28% et le forceps a été appliqué dans 20 cas soit 66,67%.

Le diagnostic de souffrance a été posées en fonction de la couleur du liquide amniotique (meconial) et de la modification des bruits du cœur foetal (bradycardie ou tachycardie).

Tous ces nouveau-nés ont été réanimés.

Notre taux de césarienne pour SFA est inférieur à celui de **SALL. L.A [15]** 25,2 % ; et de **CISSE S.A [17]** 20,77% ; et supérieure à celui de **SARAMPO. A [4]** 5,5% et de **SAVADOGO. S [18]** 5,1%.

Concernant la procidence de cordon : Le taux de la procidence du cordon est de 4,83% soit 29 cas ; notre taux est supérieur à celui de **CISSE S.A [17]** 3,20% ; **SALL. L.A [15]** 1,7% et de **SAVADOGO. S [18]** 0,8%.

Dans neuf (09) cas, l'accouchement par voie basse a été autorisé en raison de l'absence de battement au cordon solde par l'accouchement de 9 mort-nés frais.

Le touché vaginal appuyé jusqu'au bloc opératoire et la césarienne ont été

Systématiques dans tous les cas de procidence avec cordon battant 5,39%(20 cas). **SAVADOGO. S [18]** (20 Cas) et **CISSE. S.A [17]** ont rapportées respectivement 66,7% et 1,93%.

Concernant la menace d'accouchement : **Le taux de la menace d'accouchement** est de 1,67% soit 10 cas ; cette fréquence est supérieure à celui de **SAVADOGO. S [18]** 0,8% et inférieure à celui de **CISSE. S.A [17]** 3,56%.

6.4. Traitement institué

Dans le souci constant de secourir ces mères épuisées par plusieurs heures voire plusieurs jours de travail ; une large indication de césarienne a été retrouvé chez une grande proportion de patiente de notre étude. C'est ainsi que 73,03% de nos femmes ont accouché par césarienne.

Ce taux de césarienne est superposable à ceux de **CISSE S.A [17]** 73,67% ; et inférieure à celui de **SALL. L.A [15]** 82,41% ; et supérieure à celui de **KOUYATE. H [19]** 29,06% ; **TRAORE. Y [16]** 51,78% ; **SARAMPO. A [4]** 55,1 % et de **SAVADOGO. S [18]** 50,6%

Ce taux élevé peut s'expliquer par les indications de cette intervention pour les parturientes qui avaient après de très longues durée de travail avec accès difficile aux structures de santé.

Par ailleurs nous avons effectué 8 césariennes dont les indications étaient rares. Il s'agit des blessures par armes à feu(BAF)3/600 soit 0,5% et dans 5/600 cas un traumatisme abdominal soit 0,83%. Il s'agissait surtout des traumatismes consécutifs a des châtiments corporels.

- Le forceps a été pratiqué dans 5,91% des cas. Cette fréquence est inférieure à celui de **CISSE. S.A [23]** 10,68% et supérieure à celui de **SAVADOGO. S [18]** 2,3%

- La fréquence de la laparotomie (hystérorraphie et hystérectomie d'hémostase) est de 6,69%. Ce taux est inférieur à celui de **CISSE S.A [17]** 7,76% ; et supérieure à celui de **SALL. L.A [15]** 0,7%.
- La suture des parties molles a été réalisée dans 1,77% de nos patientes. Ce taux est inférieur à celui de **SALL. L.A [15]** 3,4% ;
- La prise en charge médicale a été effectuée dans 92 cas soit 15,33%. Cette fréquence est supérieure à celui de **SAVADOGO. S [18]** 8,2%
- **74,17%** des patientes ont bénéficié d'une prise en charge gratuite, dont 61,84% est assurée par l'état. Cette forte proportion de gratuité assurée par l'état s'explique par la gratuité de la césarienne depuis 2005. Du côté des humanitaires cette gratuite porte sur les activités de la santé reproduction dans les zones couvertes et de grande insécurité.

6.5. Pronostic :

Concernant le pronostic maternel : morbidité, des complications ont été enregistrées chez 37,66% des patientes.

Elles sont dominées par l'Anémie 24,5 %, AVC 1 %, Suppuration pariétale 5 %, psychose puerpérale 3% ; insuffisance cardiaque 1,33% ; fistule vesico-vaginale 0,83%. Ce taux hospitalisé est au-delà de la norme qui est de 15% des naissances attendues qui sont susceptibles de se compliquer. Elle s'explique par le statut de l'hôpital qui n'a pas de population.

Mortalité : Dans notre étude nous avons enregistré 64 décès maternels soit un taux de 10,67%. Cela s'explique par la fréquence élevée des urgences, l'insécurité ; l'inaccessibilité géographique ; et le manque de moyen de la prise en charge efficace et rapide des patientes.

Ce taux est superposable à celui de **CISSE. S.A [17]** 11, 03% et supérieure à celui de **SALL. L.A [15]** 0,7% ; **SAVADOGO. S [18]** 4,5% ; **SARAMPO. A [4]** 1,5 % et de **TRAORE. Y [16]** 3,66%.

Les jeunes femmes, les grandes multipares, les évacuées sont celles qui ont le plus succombé. Les principales causes des décès ont été (l'éclampsie, les hémorragies, et les infections). La plupart de ces décès sont évitables d'où la nécessité d'une action conjointe des différentes interventions dans le domaine de la santé maternelle.

Concernant le pronostic néonatal (morbidité et mortalité) s'apprécie pendant les premiers jours de la vie.

La morbidité est encore difficile à définir mais par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme décrit par de nombreux auteurs ; 23,28% (soit 102 cas) dans notre étude.

Ces cas de morbidité ont fait l'objet d'une réanimation puis référés à la pédiatrie.

Mortalité : Notre taux de mortalité fœtale : 23,28% est inférieur à celui de **CISSES. S.A [17]** 33,4% ; **TRAORE. Y [16]** 27,6% et de **SAVADOGO. S [18]** 26,2% et supérieure à celui de **SALL. L.A [15]** 6,29% et de **SARAMPO. A [4]** 21,10%.

Ce taux élevé de mortalité fœtale s'explique par le retard dans la prise en charge de certaines complications prévisibles (l'HRP, placenta prævia et la rupture utérine)

- Durée d'hospitalisation :

La durée d'hospitalisation de 2 à 3 jours (260/600) cas était la plus représentée avec 43,33 %.

La durée moyenne de séjour a été de 5 jours, avec des extrêmes 6 heures pour les accouchements normaux et 21 jours pour la suppuration pariétale et la fistule vesico-vaginale.

CONCLUSION

7. CONCLUSION

Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti et sont dominées par les urgences obstétricales. Les problèmes posés sont multiples entre autres. Les longues distances séparant l'hôpital aux CSRéf, les barrières physiques, le recours à d'autres moyens d'évacuation que l'ambulance, les conflits armés (insécurité) empêchant l'accès aux urgences à certaines heures de la nuit.

C'est pourquoi l'intervention des organismes humanitaires pour alléger le fardeau sur les patientes et l'état sont salutare dans ce contexte de crise multifonctionnelle (conflit et pandémie covid-19).

Le pronostic est mauvais marqué par des décès maternels et néonataux d'où la nécessité de conjuguer les efforts entre état et partenaires humanitaires pour réduire la mortalité et la morbidité maternelle.

RECOMMANDATIONS

8. RECOMMANDATIONS

Pour améliorer le pronostic materno-fœtal nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Au personnel sanitaire

- Dépister les facteurs de risque lors des CPN ? ;
- Veiller à une surveillance adéquate du travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du partogramme ;

❖ A la population

- Fréquenter régulièrement les services de la santé (CPN, accouchement assisté, CPON, PF) ;
- Se présenter au centre de santé le plus proche dès l'apparition d'un signe de danger : saignement, crise convulsive, contractions utérines, perte des eaux ;
- Eviter les accouchements à domicile ;

❖ Aux autorités sanitaires et politiques

- Scolariser les filles ;
- Affecter les agents de sante qualifie dans ces zones inondées ;
- Recycler les agents de santé pour la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Doter la région de Mopti en infrastructures adéquates (centres de santé), en ambulances, en routes et pistes praticables pour faciliter l'accès à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

❖ Aux ONG

- S'impliquer davantage à la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Outiller les structures de santé en terme de matériels sanitaire ;
- Accompagner pour le renforcement des capacités des agents de santé ;

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Gasarabwe .M : plan de réponse humanitaire publiée en mars 2021 page n°7 (www.humanitarianresponse.info/en/opérations/mali) ;
- 2- Kadima Mutombo. C; (2) Mumba Mukandila. A. ; (1) Biayi Mikenji. J. Profil et pronostic des urgences obstétricales en salle de travail de la maternité Bonzola à Mbujimayi.Mali med 2015 ; 30(65).
- 3- Zahar D, gynécologue-obstétricien MSF. Accouchements compliqués Mortalité maternelle Une crise évitable. Première publication mars 2012 ; p7 (www.msf.org)
- 4- Sarampo. A : Evaluation du système de référence / évacuation à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti thèse de médecine 2019 ; Bamako (Mali)1-71p
- 5- Lokossou M.S.H.S; OGOUDJOBI O.M, TOGNIFODE V, ADISSO S, ALI A.R.O.R.S, LOKOSSOU A, et al. : Les Etiologies des urgences obstétricales à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouemeplateau (CHUD O/P) Au Bénin. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin, 2017 ; N° 027 ; 52-58
- 6- Nanthilde. K. Evaluation des marche alimentaire région de MOPTI, GAO et KIDAL en avril 2017 ; page n°30,31(www.nanthilde.kamara@wfp.org).
- 7- ACT Formation 181 à 203 avenue Jean Jaurès 69007 Lyon Tél. 33 00/4 72 73 48 79 Fax 33 00/4 72 73 11 20 email : info@actformation.fr ; page n°5,6 ; www.actformation.fr
- 8- Coulibaly. M.B. Evaluation des activités de médecine humanitaire en période de conflit armé dans le cercle de Niafunké au Mali. Thèse de médecine 2015 ; Bamako(Mali) ; 13-35p
- 9- Aurélien Tobie (France) ; SIPRI Insights on Peace and Security ; le centre Mali : violences et instrumentalisation croisées ; No. 2017/5; Décembre 2017; page n°1(www.sipri.org).
- 10- Sidibé A ; Diani N, Dicko H, Beye SA., Kéïta M ; Diarra D, Coulibaly CO : Antibiotrophylaxie pour chirurgie de médecine humanitaire en zone de conflit au Mali Antibiotic prophylaxis for surgery in human medicine in conflict zone in Mali. Rev Mali Infect Microbiol 2018, Tome 12 ; Page 53.
- 11- Comité international de la Croix-Rouge ; les femmes et la guerre ; juin 2015; page n°10(www.cicr.org).
- 12-Gasarabwe. M : plan de réponse humanitaire janvier-décembre 2018 (www.humanitarianresponse.info/en/opération/mali).
- 13- Direction Régionale de la sante de MOPTI ; Rapport de la mission d'investigation des cas de maladie Inhabituelle dans les aires de sante de Douna, Niagassadiou Et Tigoula commune de Mondoro, cercle de Douentza ; Mondoro, le 05 Août 2018

- 14- Emmanuelle.L ; Alain COMBES ; La Collection Hippocrate Épreuves Classantes Nationales maladies infectieuses santé publique ; I-7-75 ;2003-2005.
- 15- Sall. L.A. Les urgences obstétricales au centre de sante de référence de dioila à propos de 290 cas. Thèse médicale Bamako(Mali) en 2013 ;70-78p
- 16- Traore. Y : Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSREF de Niore du sahel thèse de médecine 2015 à 2018 Bamako(Mali) ; 48-58p
- 17- Cisse. S.A. Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de281 cas. Thèse MED Bamako(Mali) 2008, 300 cas ; 81-91p
- 18- Savadogo. S : Les urgences gynécologiques et obstétricales au CHU du point g thèse de médecine 2012 Bamako(Mali) ;88-105p
- 19- Kouyaté. H. Evacuation obstétricales reçues au centre de sante de référence de la commune III du district de Bamako thèse de médecine 2019 Bamako(Mali) ; 66-68p
- 20- Cisse. B. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSREF de Marakala thèse de médecine 2013 Bamako(Mali) ; 57p
- 21- Koné. B. Les avortements compliqués admis dans le département de la gynécologie obstetrique du CHU Gabriel TOURE prise en charge et pronostic maternel thèse de médecine 2020 Bamako(Mali) ; 88p
- 22- Séguy B. et J. H. Baudet. Révision accélérée en obstétrique 1983 Maloine
- 23- Lopredo V., Tesquier, Paris fx de. Brux j. La grossesse extra-utérine Encycl. Med. Chir. (Paris, France) Gynécologie 700 A10. 6-1984. 20p
- 24- Maiga. I.B. pronostic materno-foetal des evacuations sanitaires obstetricales recues au centre de sante de refference de la commune V (C.S.Réf.C.V) du district de Bamako thèse de médecine 2018 Bamako(Mali) ;95p
- 25- Ouattara.D. aspects épidémio cliniques des urgences obstétricales au centre de sante de référence de la commune i du district de Bamako thèse de médecine 2016 Bamako(Mali) ;23-52p
- 26- Body. G, G. Boog, M. Collet, A. Fournié, J.Y. Grall, M.C. Laurent, et coll. : Les urgences en gynécologie obstétrique. Les 6 CHRU de la Région Ouest Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours en 2005;
- 27- Michel Veuthey : Valeurs fondatrices de l'humanitaire en juillet-Aout 2012(www.who.int);
- 28- Somboro. J : Audits des décès maternels au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako thèse de médecine 2015 Bamako(Mali) ;15-22p
- 29- **Papchild 97** : formation en soins obstetricaux et neonatals d'urgence ; enps 87,92 ;

30- Maiga. D. : Les urgences obstétricales à l'hôpital régional de Gao à propos de 203 cas
thèse de médecine 2010 Bamako(Mali) ;

31- Sissouma. F : Les urgences gynécologiques et obstétricales chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako thèse de médecine 2009 Bamako(Mali) ;100-101p

32- Fane. S; Traore.Y; Mounkoro.N ; Boucoum.A; Kampo.M; Kante.I et coll.:
epidemiological, therapeutic and prognosis aspects of abruptio placentae in an insecure area of Mali, case of the hospital of Timbuktu in 2019.4. O31;

33- Sentilhees. L;Vayssiere.c. Mercier.F.J; Aya.A.G; Bayoumeu.F; Bonnzt.M.P et al. :
hémorragie du post partum recommandations pour la pratique clinique ; journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (2014) 43,1170-1179 publié par Elsevier Masson SAS.(www.sciencedirect.com).

ANNEXES

10. ANNEXES

10.1. Fiche d'enquête

N ° d'identification.....

I. Renseignement démographiques :

Q1 Nom :

Q2 Prénom :

Q3 Age :

Q4 Profession :

1 : Ménagère ; 2 : Elève/Étudiante ; 3 : Commerçant ; 4 : fonctionnaire ; 5 : aide-ménagère.

Q5 Adresse :

Q6 Résidence :

1 : Mopti ; 2 : Bandiagara ; 3 : Koro ; 4 : Douentza ; 5 : Djenné ; 6 : Bankass ; 7 : Youwarou ; 8 : Ténenkou.

Q7 : Nationalité : /...../

1 : Malienne ; 2 : Autres

II. Renseignements généraux :

Q8 Situation Matrimoniale : /_/_/

a) célibataire b) Mariée monogame c) Mariée Polygame

d) Divorcée e) Veuve f) Imprécis

Q9 Ethnie : /_/_/

a) Bambara b) Peulh c) Dogon d) Bozo

e) sonrhāi f) Malinké g) Sarakolé k) autres....

Q10 Niveau d'instruction : /_/_/

a) Primaire b) Secondaire c) Supérieur d) Alphabétisation fonctionnelle

c) Aucun f) Autre.....

Q11 Profession du mari.....

Q12 Date/heure d'évacuation.....

Q13 (a) Date et heure d'admission.....

(b) Date et heure du début des soins.....

Q14 Motif d'évacuation : /_/_/ 1 HTA 2 Anémie 3 Bassin anormal 4 Hémorragies/grossesse

5 Dilatation stationnaire 6 HU élevée 7 Dystocie dynamique 8 Pré-éclampsie/éclampsie 9 SFA

10 Utérus cicatriciel 11 Demande des parents 12 Imprécis 13 Procidence du cordon 14 PPH
15 HRP

Q15 Mode d'évacuation : /_/_/

- a) a) Ambulance b) Voiture personnelle c) Taxi d) Moto e) Charrette
f) pirogue g) Bicyclette h) pied i) Autre.....

Q16 Lieu de provenance : /_/_/ 1=cercle de Mopti 2= Cercle de Douentza 3= Cercle de Koro
4= Cercle de Djenne 5= Cercle de Bankasse 6= Cercle de Bandiagara 7= Cercle Youwarou
8= cercle de Ténenkou

Q17 Agent de l'évacuation ou de la référence : /...../

1 : Médecin ; 2 : interne ; 3 : sage-femme ; 4 : matrone ; 5 : infirmière ; 6 : autres à préciser

Q18 Qualification de l'agent qui reçoit.....

Q19 Temps mis entre prise de décision et référence:.....

Q20 Temps mis en cours de route.....

Q21 Distance parcourue.....

Q22 Temps mis avant de recevoir les soins à l'hôpital.....

Q23 Raison du retard.....

Q24: Si venu d'elle-même motif : /...../

1 : CUD ; 2 : hémorragie antépartum ; 3 : RPM ; 4 : crise convulsive ; 5 : autres à préciser.

III. Antécédents :

Q25 Médicaux : /_/_/ a) hémopathie b) cardiopathie c) HTA

d) diabète e) Tuberculose f) Asthme g) drépanocytose h) autres.....

Q26 Chirurgicaux : /_/_/ a) Utérus cicatriciel : a1) césarienne a2) myomectomie a3) autres
b) GEU c) Autre intervention chirurgical.....

Q27 Obstétricaux : /_/_/

a. Nombre d'enfant vivant.....

b. Nombre d'enfants décédés.....

c. Nombre d'enfant mort-né.....

d. Nombre d'avortements spontanés.....

e. Nombre d'avortements provoqués.....

f. Nombre d'accouchements prématurés.....

g. Nombre de macrosomie.....

Q28 Traitement déjà reçu :

.....

IV. Examen de la femme :

Q29 Examen Général :

- a. État général : /...../
1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré.
- b. Conjonctives : /_/ b1) Bien colorées b2) Moyennement colorées
b3) Peu colorées b4) Pâleur
- c. TA :
- d. Pouls :
- e. Température :
- f. Taille (m) :
- g. poids (kg) :
- Q30 Examen Gynéco-obstétrical :
- a) DDR : b) CPN : Non Oui nombre
- c) HU : d) BDCF : Oui Non
- e) Contractions utérines : e1) Oui e2) Non
- f) État de la vulve :
- g) État du col : /_/ g1) dilatation g2) déchirure
- h) Poches des eaux : /_/ h1) Intacte h2) Rompue
- i) Coloration du liquide amniotique : /_/ i1) Clair i2) Jaunâtre i3) Verdâtre
- j) Hémorragie : /_/ j1) Petite j2) Moyenne j3) abondante
- k) Age gestationnel : /_/ k1) Pré-terme k2) Terme k3) Post-terme
- l) Durée du travail :
- m) Etat du bassin : /_/ m1) BGR m2) B- limite m3) B-Asymétrique m4) B – normal
- n) Présentation : /_/ n1) Céphalique n2) Siège n3) Autres.....
- Q31 Diagnostic retenu à l'hôpital :
- Q32 Pronostic maternel : a) Complications : /_/ a1) Non a2) Oui
(Précisez).....
- Q33 Pronostic fœtal
- a) APGAR (1 mn) j1 : APGAR (5mn) j1 :

- J2 : j2 :
- b) Traumatisme : /_/ b1) Non b2) Oui (Précisez).....
- c) Etat de l'enfant à la naissance : /_/ c1) Vivant c2) Réanimé c3) Mort née
- c4) Malformations.....
- d) Poids (g) j1 :
J2 :
- e) Taille (cm) : f) PC (cm) : g) PT (cm) :
J1 (cm) : J1 (cm) : J1 (cm) :
J2 (cm) : J2 (cm) : J2 (cm) :
- h) sexe J1 : J2 :
- i) Délivrance : /_/ i1 Naturelle i2 Dirigée i3 Artificielle
- j) Complications de la délivrance : /_/ j1 Non ; j2 Oui Si Oui préciser :
j3 Rétention placentaire j4 Atonie utérine j5 Autre.....
- k) Référé en PEDIATRIE : /_/
k1 Oui k2 Non
- Si oui préciser : /_/ k3 hypotrophie ; k4 prématuré ; k5 souffrance fœtale aiguë :
k6 Mère diabétique k7 autres.....
- Q34 Conduite à tenir :
- a. Accouchement naturel
- b. Césarienne
- c. Manœuvres obstétricales
- Q35 Suites opératoires ou de couches :
- a. Durée de l'hospitalisation :
- b. Diagnostic de sortie
- c. Conclusion à la sortie.....
- Q36 Organisations non gouvernementales intervenant dans la prise du sujet d'étude :
.....
- Q37 Organisations internationales intervenant dans la prise du sujet d'étude :
.....
- Q38 Comment ? intervienne-t-il dans la prise en charge du sujet d'étude :
.....

Q39 Quelle a été la contribution de ces organisations pour l'amélioration de la qualité des services d'urgences dans les zones de conflit :

.....
.....
.....

Q40 Quel sont les problèmes rencontrés par ces organisations lors de leurs interventions pour la prise en charge des urgences obstétricales :

Q41 Quels sont les objectifs de ces organisations dans la prise en charge de ces urgences obstétricales :

Q42 Quel est l'intérêt de leurs interventions sur les urgences obstétricales :

Q43 Quels sont les moyens employés dans la prise en charge des urgences obstétricales :

Q44 Quels sont les recommandations faites par ces organisations pour la prise en charge des urgences obstétricales :

Q45 Quels accompagnements psycho-sociaux à apporter après la prise en charge des sujets d'études :

10.2. Fiche signalétique.

Nom : KANTE

Prénom : Housseyni

Année de soutenance : Année académique 2021-2022.

Adresse : h.kante7234@gmail.com

Titre : Les urgences gynécologiques et obstétricales dans un contexte humanitaire à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique.

Résumé : La méthodologie adoptée a été celle d'une Il s'agit d'une étude longitudinale descriptive et prospective utilisant un questionnaire pour évaluer les urgences gynécologiques et obstétricales dans un contexte humanitaire à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti. Ceci a abouti à des conclusions suivantes :

Sur une période de 8 mois allant du 1^{er} janvier au 31 septembre 2020, 600 cas d'urgences gynéco-obstétricales ont été enregistrées sur ces admissions, soit une fréquence de 30,61%.

Les évacuées représentaient 73% des cas.

La césarienne a été le moyen de traitement le plus pratiqué dans la prise en charge des urgences obstétricales soit 73,03%. Les forceps représentent 5,91%, la laparotomie 12,43%,

Les motifs d'évacuations les plus fréquents étaient : les hémorragies, la pre-eclampsie/eclampsie, et l'anémie.

La majorité des patientes venaient du cercle de la localité ; soit 73% dont 55% avaient parcouru une distance entre 3 et 15 Km.

Les patientes non scolarisées représentaient 86,33%. Le niveau d'instruction est important et explique le comportement des femmes pendant l'évolution de la grossesse et de l'accouchement.

La mortalité fœtale est de 23,28% ; la mortalité maternelle 10,67%.

Les primipares, les femmes jeunes, les grandes multipares, les évacuées, les analphabètes, les conditions socio-économiques défavorables, l'inaccessibilité géographique et l'insécurité constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales.

Au terme de cette étude, nous avons classé les principaux constats en points forts et ceux à améliorer.

Les points forts :

- La disponibilité du matériel et équipements pour assurer la prise en charge des urgences obstétricales à la maternité de l'hôpital Sominé Dolo Mopti ;
- La disponibilité des personnels qualifiés pour la prise en charge des évacuées ;
- La tenue régulière du staff quotidien dans le service sur les dossiers des parturientes et gestantes reçues par l'équipe de garde ;
- La gratuité de la césarienne ;
- La tenue régulière des visites aux malades hospitalisées ;
- La faible proportion de complications post-opératoires à la maternité de l'hôpital Sominé Dolo Mopti ;
- Le taux élevé de l'état de sante satisfaisant des évacuées à leur sortie.

Les points à améliorer :

- La dégradation des routes ;
- L'inadaptation des moyens d'évacuation ;
- La longue distance parcourue par l'ambulance ;
- L'absence notable de personnel qualifié à bord des ambulances ;
- Le faible taux d'utilisation de partogramme pour la surveillance ;
- L'accès difficile des zones inondées pendant la crue des fleuves ;
- L'absence d'information par téléphone avant l'arrivée des évacuées à la maternité de l'hôpital Sominé Dolo Mopti ;
- L'absence notable des heures sur la fiche des d'évacuation ;
- L'insuffisance du remplissage des fiches de retro information ;
- Le taux non négligeable de la mortalité

Mots clés : urgences, obstétricales, mortalités, hémorragies, humanitaires, insécurités

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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de 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 condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !!!