

ETUDE SUR LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES DU 1^{ER} JANVIER AU 30 JUIN 2014 AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.

Ministère de l'Enseignement Supérieur

République du Mali

Et de la Recherche Scientifique

Un Peuple - Un But - Une Foi

~ ~ ~ ~ *MESRS* ~ ~ ~ ~



Année Universitaire

Thèse N°

THEME

ETUDE SUR LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES DU 1^{ER} JANVIER AU 30 JUIN 2014 AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.

THESE

Présentée et soutenue le devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences Techniques et Technologie de Bamako (USTTB)

Par M. Boubacar Sidiki DEMBELE

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

JURY :

Président : Pr. Hamadoun SANGHO

Membre : Dr THERA Tioukani Augustin

Codirecteur de thèse : Dr. Soumana Oumar TRAORE

Directeur de thèse : Pr. Issa DIARRA

Dédicaces

Je dédie ce travail:

À Allah, le Tout Puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je te rends grâce de m'avoir donné la force et la détermination pour la réalisation de ce travail.

À son Prophète (paix et salut sur lui)

À mon Père : Tiémoko DEMBELE

Baba, tu as permis que nous ayons une véritable éducation.

Tôt, tu nous avais appris à être combatifs et à travailler dure pour espérer sur une vie meilleure.

Tu nous as toujours dit que« l'excellence se cultive»

Le grand amour pour le travail, que tu as su inculquer en moi m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce document.

Tu es un modèle de bonté, d'abnégation dans l'adversité .Trouve à travers ce travail qui est le tien, l'amour et l'admiration que j'ai pour toi. Que Dieu le Tout Puissant t'apporte satisfaction pour tous les efforts qui ont permis que nous soyons ce que nous sommes aujourd'hui. Merci d'avoir cru en moi. Que Dieu t'accorde encore longue vie.

À ma Mère : Adama dite Ténéba BAGAYOKO

Mère irréprochable, ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde font de toi une femme admirée et respectée de tous.

Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants et il va de soi que tu en récoltes les fruits. Ce travail en est un, qu'il réjouisse ton cœur.

Je prie DIEU de tout cœur qu'il te garde très longtemps auprès de nous.

À mon Frère et ma Sœur : Issoumaila dit Badjan et Fatoumata dite Bougounié

Pour le réconfort moral et le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'études. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, je suis sûr qu'elle reste toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de l'attente de nos parents. Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

À mes Cousins et Cousines :

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels. En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis, de l'aide financière, matérielle et morale que vous m'avez toujours apporté. Je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit ces efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est le vôtre. Courage et bonne chance. Que le tout puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

À mes oncles et tantes :

Merci pour votre attention et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

À Aminata KEITA :

Merci pour le soutien.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

À l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

À mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude à toi ma chère patrie.

À la FMOS :

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

Remerciements infinis.

Au corps professoral de la FMPOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

A mes encadreurs :

- ✓ Pr TRAORE Mamadou
- ✓ Dr TRAORE Soumana Oumar
- ✓ Dr TRAORE Oumar Moussokoro
- ✓ Dr KAMISSOKO Hawa Samaké
- ✓ Dr SISSOKO Hamady
- ✓ Dr DICKO Albachar
- ✓ Dr SILIMANA Fanta
- ✓ Dr BAGAKO Aliou
- ✓ Dr CAMARA Daouda

- ✓ Dr TRAORE Adama S.Y.
- ✓ Dr DEMBELE Lamine S.

À tous nos aînés du service : C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficiée. Les bonnes manières de l'apprentissage de la Gynéco/Obstétrique sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiées.

À tout le personnel des cabinets FAKOLY et DRABO:

Merci de votre encadrement de qualité que Dieu vous paye pour tous ce que vous faite pour la population.

À tous les DES du service de Gynéco/Obstétrique :

Merci pour vos bons conseils et votre bonne collaboration.

À tous les internes du Service :

Pour tout votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.

Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

À mon équipe de garde :

Merci pour votre respect, considération et surtout de bonne collaboration.

À tous mes ami(e)s :

Kekoro SOUMANO, Saran TRAORE, Amar Ould M'BARECK, Moussa MAIGA, Moussa DIAKITE, Amadou Beydi TRAORE, Drissa Sogoré, Daouda Touna KONE, Bakary KOITA, Binef FANE, Sorry I DOUMBIA, Alassane DIAKITE, Boureima Sangaré, Sidy K SANOGO, Ousmane SANGARE, Drissa DIALLO, Ibrahim YORO, Ousmane TOURE, Idrissa DANIOKO, Feue Diahara Alassane NIENTAO.

ETUDE SUR LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES DU 1^{ER} JANVIER AU 30 JUIN 2014 AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.

Ce travail est le vôtre ; je ne vous oublierai jamais, vous avez été toujours pour moi des bons amis avec vous je m'ennuyais point. Je vous remercie infiniment.

***HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY***

A notre maître et président du jury,

Pr. Hamadoun SANGHO

- **Maître de conférences agrégé en santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako,**
- **Directeur Général du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS),**
- **Professeur Titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako,**
- **Chef de D E R en santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako.**

Cher maître,

Cher maître, si nous avons apprécié votre détermination et votre rigueur dans le travail, ce sont surtout votre courtoisie et votre bonté naturelle qui ont le plus retenue notre attention.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous avez fait en acceptant de présider ce jury.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge :

Dr THERA TIOUNKANI AUGUSTIN

- **Maitre-Assistant de gynéco-obstétrique à la FMOS**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique du CHU du Point-G**

Cher maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples préoccupations de siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

À notre maître et co-directeur,

Dr Soumana Oumar TRAORE

- **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la commune V,**
- **Praticien au Centre de Santé de Référence de la commune V, de Bamako.**

Cher maître,

Vous avez initié ce travail. Les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous ressentons aujourd'hui, après toutes ces années passées ensemble.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités professionnelles et humaines, en particulier votre dévouement pour les malades font de vous un exemple à suivre.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse,

Pr Issa DIARRA

- ***Colonel Major de l'armée malienne***
- ***Maitre de conférences en gynécologie obstétrique à la FMOS***
- ***Ancien haut fonctionnaire de défense au ministère de la santé***
- ***Ancien Directeur central du service de santé des armées***
- ***Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali***
- ***Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU Mère-enfant le Luxembourg***

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Derrière votre simplicité, votre calme, votre rigueur dans la démarche scientifique, Votre amour pour le travail bien fait se cache une sensibilité incommensurable.

Je vous prie de bien vouloir, cher maître agréer l'expression de notre profonde gratitude et notre attachement total.

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

NV : Naissance Vivante

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

USA : United State of America

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

Km : Kilomètre

CSCom : Centre de Santé Communautaire

PMA : Paquet Minimal d'Activité

ASACO : Association de Santé Communautaire

SSP : Soins de Santé Primaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNTS : Centre Nationale de Transfusion Sanguine

DES : Diplôme d'Étude Spécialisée

CSRef : Centre de Santé de Référence

AF : Asphyxie Fœtale

HTA : Hypertension Artérielle

LRT : Ligature et Résection des Trompes

HPPI : Hémorragie du Post-Partum Immédiat

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

CPON : Consultation Post Natale

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

CPN : Consultation Prénatale

PEV : Programme élargie de Vaccination

SAA : Soins après avortement

PF : Planification Familiale

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique

PDSC : Plan de développement socio-sanitaire de la commune

HRP : Hématome Retro Placentaire

PP : Placenta Prævia

FNUAP : Fond des nations unies pour la population

PSSP : Politique Sectorielle de Santé et de la Population

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences

Cm : Centimètre

HIV : Humans Immuno deficient Virus

CmHg : centimètre de mercure

GEU : Grossesse Extra Utérine

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquise

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

IMCM : Institut Malien de Conseil en Management.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1-4
II.	OBJECTIFS	5
III.	GENERALITES	6-24
IV.	METHODOLOGIE	25-31
V.	RESULTATS	32-47
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	48-54
	CONCLUSION	55
	RECOMMANDATIONS	56
	REFERENCES	57-60
	ANNEXES	61-65

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'évacuation sanitaire d'une manière générale se caractérise par la nécessité du transfert rapide d'un malade d'un centre médical vers un autre plus équipé ou mieux spécialisé.

Dans la plupart des pays en développement, l'accessibilité aux soins en général et aux soins d'urgence en particulier reste préoccupante.

Selon le rapport mondial du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 1996, de tous les indicateurs de développement humain en matière de santé, ce sont les taux de mortalité maternelle et infantile qui témoignent des disparités les plus profondes entre pays industrialisés et pays en développement. Cette mortalité maternelle reste une hantise permanente qui guette la femme enceinte. Aux États Unis, en France et dans d'autres pays européens, son indice est de 1 à 10 pour 100.000 naissances vivantes [1], alors qu'elle varie de 500 à 2000 pour 100000 NV dans plusieurs pays en développement de l'Afrique sub-saharienne [2].

Chaque minute dans le monde aujourd'hui, 380 femmes débutent une grossesse et pour 190 d'entre elles, cette grossesse est non désirée ou non planifiée ; 110 femmes vivent une grossesse compliquée, 40 femmes subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et une femme décède d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement [3].

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale de la Gynécologie et de l'Obstétrique (FIGO), la mort maternelle est « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ; ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque*

déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé ;mais ni accidentelle ni fortuite »[4].

Au Mali, selon les données du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2009, les femmes représentent 51% de la population dont 23% en âge de procréer (15-49 ans)[5].

Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali V (EDSMV), le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale est de 35 pour 1000 et l'accessibilité des centres de santé communautaires est de 51% dans un rayon de 5Km et 76% dans un rayon de 15 Km (annuaire du système d'information sanitaire 2006)[6].

À partir du 31 décembre 2006, le pays comptait 785 centres de santé communautaires, 59 centres de santé de référence dont 6 (six) dans le district de Bamako, des établissements publics régionaux et des établissements publics nationaux au nombre de trois (3) et l'hôpital Mère/Enfant.

En 1963, Fendall a dit que le système de référence est la seule voie qui permet aux populations des pays à ressources limitées d'avoir accès à des soins de qualité [7].

Selon ADAMSON PETER il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle est d'identifier le plus tôt que possible les 15% des grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps [8].

Pour cela, une place importante est à accorder aux transferts des femmes vers les centres spécialisés, c'est-à-dire au problème de la référence/évacuation.

La fréquence des évacuations obstétricales est diversement appréciée comme le montre les différents travaux :

- Au Mali, du 1^{er} janvier 2005 au 30 Mai 2006 soit 17 mois, les parturientes référées représentaient 38,77% des entrantes au service de gynécologie obstétrique du CHU Point G de Bamako [9].
- En 2008, au centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako, les évacuations sanitaires obstétricales avaient concerné 24,6% [10] des admissions et dans la même structure en 2011, cette fréquence était de 13,38% [11].
- En 1992, 11,5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako étaient des évacuées [12].
- Du 1^{er} janvier 1998 au 30 juin 1999 soit 18 mois, 69,1% des urgences obstétricales admises au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du « *Point G* » étaient des évacuées [13].

Les référées ont représenté 41,8% des urgences obstétricales admises à la maternité de l'hôpital régional de Kayes en 2000[14].

- En 1992, 7,5% des patientes référées admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré sont décédées, pendant que 64,4% des décès maternels enregistrés en 1993 au CHU Aristide le Dantec de Dakar concernaient les patientes référées [15].

Pourtant des solutions techniques efficaces existent pour réduire de façon significative la mortalité maternelle.

Cela dépend en grande partie de l'accès des femmes au service délivrant les soins obstétricaux d'urgence et de la rapidité dans la prise en charge des urgences obstétricales.

Le gouvernement de la République du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de la population (PSSP) en 1990 pour résoudre ces problèmes.

C'est dans cette optique que la mise en place du système de référence s'intègre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

II. OBJECTIFS

2-1-Objectif général

Étudier les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

2-2-Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des évacuations sanitaires obstétricales ;
- Identifier le profil sociodémographique des parturientes ;
- Décrire les motifs des évacuations sanitaires obstétricales ;
- Déterminer la pertinence des évacuations;
- Décrire les pronostics maternel et foetal.

III. GENERALITES

3-1 Définitions opératoires

3-1-1- Évacuer du latin evacuere, c'est-à-dire sortir une personne ou un objet de son milieu d'origine pour le transférer dans un autre endroit plus apte à le recevoir [13].

Cette notion rapportée au domaine de la médecine revêt un caractère particulièrement important.

3-1-2- Référence Se traduit par la nécessité de transférer un patient ou patiente d'un centre de santé à un autre sans notion d'urgence. Ces deux notions traduisent que l'acte de référence/évacuation doit répondre à une nécessité ou à une motivation dont la finalité est concernée. Les implications médico-sociales et la portée économique méritent de profondes réflexions tendant à en déterminer le contenu exact et apporter les solutions qui s'imposent.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que foetal reste réservé et souvent aggravé par :

- le mauvais suivi prénatal ;
- l'insuffisance de la prise en charge dans les centres de santé communautaires ;
- le problème de l'accessibilité géographique des centres de santé de référence ;
- le manque de moyen logistique, matériel et financier.

Ces causes sont généralement responsables des retards constatés dans le système de référence/évacuation des parturientes.

3-1-3-Les retards dans les évacuations

Selon Maine D et Col; il y a 3 retards,

- le temps écoulé avant de décider, d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences (SOU) ;
- le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgence;
- le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la dispensation des soins.

3-1-4- Politique «*Santé et Population*»

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

Pour cela, le Mali a adopté depuis 1991 une déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Parmi les solutions proposées par cette déclaration, on retient la politique de gestion décentralisée du système de santé de cercle (le cercle étant l'équivalent du district sanitaire de l'OMS). Elle recommande la participation effective et totale des communautés dans la gestion et le financement du système.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio-sanitaire et l'offre des soins est assurée par deux échelons complémentaires :

Le 1^{er} échelon :

Il est représenté par des centres de santé communautaires (CSCoM), offrant le paquet minimum d'activité (PMA), et géré par les Associations de Santé Communautaires (ASACO) ; composées de délégués représentant les populations des villages, ou communes d'une aire de santé définie.

Le 2^{ème} Echelon:

Il est représenté par le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence.

Il est organisé entre les deux échelons, un système de référence/évacuation.

Ces deux échelons ont pour objectifs de:

- rapprocher aux populations les soins ;
- faire participer la population à la prise en charge de ses propres problèmes de santé définis dans la résolution de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (SSP) en 1979 ;
- encourager l'installation des jeunes médecins dans les structures de premier niveau de soins.

3-2-La physiologie de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée) [16].

L'accouchement eutocique aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion du fœtus par la voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique: le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active qui résulte des contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi 2 phénomènes : un phénomène dynamique et un phénomène mécanique.

3-2-1-Le phénomène dynamique

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions par les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actinomyosine et un potentiel énergétique.

Le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos de la membrane, mais aussi à l'environnement hormonal : les œstrogènes.

Les contractions ont pour effet :

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

3-2-2- Le phénomène mécanique

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

Le bassin osseux se compose de :

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

Dans l'étude du bassin, plusieurs plans et diamètres sont décrits. Leur connaissance est nécessaire pour le bon déroulement de l'accouchement.

Parmi ces diamètres nous avons essentiellement le diamètre antéro-postérieur et les diamètres transverses. L'appréciation de la perméabilité pelvienne est déterminante pour le pronostic de l'accouchement.

L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéropostérieur et du diamètre transverse médian. Le pronostic de l'accouchement est favorable si sa valeur est supérieure ou égale à 23 cm. Celui-ci est incertain entre 21 et 22 cm, mais franchement mauvais pour les valeurs inférieures à 20 cm.

3-3- Le travail d'accouchement

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, marqué par l'apparition des contractions utérines régulières et rythmées dont l'intensité et la fréquence sont croissantes. Par ailleurs, le col se raccourcit et s'ouvre. Ces contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses.

L'administration d'un antispasmodique, d'un tranquillisant ou d'un bêtamimétique peut arrêter les contractions dans le cas d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes [17] :

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

- 2^{ème} Période : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne 30 minutes à 1 heure chez la primipare; 5 à 30 minutes chez la multipare.

-3^{ème} Période : C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du mobile fœtal à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

À l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement, de nos jours, s'est substituée une attitude de surveillance active du travail qui permet de:

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

3-3-1-Le pronostic maternel

Le travail est en général plus rapide chez la multipare que chez la primipare.

L'âge de la mère peut avoir une influence sur la facilité du travail. S'agissant de primipares, les femmes de moins de trente ans sont en général celles qui accouchent le mieux.

Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation, que le volume du fœtus est plus voisin de la normale, que la position du fœtus est plus eutocique.

L'excès de longueur du travail (au-delà de 18 heures) est nuisible à la mère, et plus encore au fœtus. Son excès de brièveté expose aux lésions traumatiques cervico-périnéales mais peut être un facteur favorisant la survenue de l'atonie utérine.

3-3-2- Le pronostic foetal

La vitalité foetale est appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe.

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

L'obstétricien « *aux mains nues* » selon Delecour M. et Thoulon J M. [18] à l'habitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques :

- les contractions utérines ;
- les modifications du col ;

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

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

La poche des eaux a un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection.

Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté (jaunâtre, verdâtre) après émission du méconium par le fœtus.

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

- l'évolution de la présentation ;

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement.

La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur. Dans les présentations céphaliques, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal, la présentation céphalique est dite engagée, lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre elle et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF [19].

- l'état du fœtus ;

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

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

3-4-Les thérapeutiques Obstétricales

3-4-1- La césarienne

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale [16]. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie et du traumatisme rend beaucoup plus large son indication. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devraient donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée. Les principales indications sont les dystocies osseuses, les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, les présentations vicieuses et l'asphyxie fœtale.

3-4-2- Le forceps

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

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

3-4-3- La ventouse

La ventouse obstétricale, ou vacuum extractor est un instrument de traction et de flexion, destiné à extraire le fœtus au moment de la période d'expulsion.

ETUDE SUR LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES DU 1^{ER} JANVIER AU 30 JUIN 2014 AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.

Elle est formellement contre indiqué en cas de cranio-tabès, ou sur le crane du prématuré.

3-5- Quelques manœuvres obstétricales

3-5-1-La manœuvre de Mauriceau

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médus de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

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

3-5-2- La manœuvre de Bracht

Elle est indiquée pour prévenir les retentions de la tête défléchie au niveau du détroit inférieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante : Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

3-6-La grande extraction du siège

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

1^{er} temps: c'est le temps d'abaissement d'un pied.

S'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^e temps: c'est l'accouchement du siège.

Il faut orienter, s'il y a lieu, le diamètre bi trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs.

Au moment du dégagement, orienter le bi trochantérien dans un diamètre anté-ropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

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

3^e temps: c'est l'accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager, puis de descendre les épaules. Les dégagements des épaules sont faits suivant le diamètre antéro-postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face

intérieure du thorax fœtal. La faute sera de saisir l'humérus perpendiculaire à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face antérieure du fœtus.

C'est au cours de l'accouchement de l'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^e temps: c'est l'accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelques fois avec application de forceps au détroit inférieur.

3-7- Les motifs d'évacuation

3-7-1-Les dystocies

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

Les dystocies sont divisées en:

- dystocie dynamique (par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine)
- dystocie mécanique en relation avec:
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne ;
 - Une anomalie du fœtus ;
 - Un obstacle prævia ou anomalie de partie molle.

Ainsi, on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle:

3-7-1-1- Les dystocies d'Origine Fœtale

- Disproportion fœto-pelvienne

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

Selon Delecour M [18], une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95% des cas à des fœtus de plus de 4.000 g, à défaut d'échographie. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

- Présentations anormales

La présentation du sommet est la plus eutocique. Celles qui sont dystociques sont représentées par :

- La présentation du siège ;
- La présentation de la face ;
- La présentation du front ;
- La présentation oblique.

La présentation du siège :

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

Le siège est dit complet lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen. Ainsi, les membres inférieurs sont repliés devant la présentation dont ils font partie et dont ils augmentent les dimensions.

Le siège est dit décomplété mode des fesses, lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extension totale, de sorte que les pieds sont à la hauteur de la tête du fœtus. Ainsi, les fesses sont à elles seules toute la présentation. Cette variété est la plus fréquente.

Variété de position : Le sacrum étant pris comme repère, on distingue par ordre de fréquence, les :

- Sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- Sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ;
- Sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP) ;
- Sacro-iliaque droite antérieure (SIDA).

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes (11 à 12%) [18] et 18% [16]. Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque qui doit se faire en milieu équipé, car si le pronostic maternel est bon, celui du fœtus est incertain.

La présentation de la face :

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

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.

L'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines ou l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel et fœtal est réservé.

La présentation du front :

Définition : On dit que la tête foetale se présente par le front lorsque sa position pendant l'accouchement est intermédiaire à celle du sommet et à celle de la face, intermédiaire à la flexion et à la déflexion.

La présentation du front est de beaucoup la plus dystocique des présentations céphaliques.

Variété de position. Le nez sert de point de repère pour distinguer les diverses variétés de positions. On décrit les variétés suivantes :

- naso – iliaque droite postérieure ;
- naso – iliaque gauche antérieure ;
- naso – iliaque droite antérieure ;
- naso – iliaque gauche postérieure ;
- naso – iliaque transverse droite et gauche.

Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de la césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique.

Le seul traitement convenable est la césarienne.

Les présentations transverse et oblique :

Définition : lorsque à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'aire du détroit supérieur n'est occupée ni par la tête, ni par le siège du foetus, celui-ci, au lieu d'être en long, se trouve en travers ou en biais. Il est en position transversale ou plus souvent oblique. Ces faits sont habituellement décrits sous le nom de « *présentation de l'épaule* ». L'expression est consacrée, mais critiquable.

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

3-7-1-2- Les dystocies d'origine Maternelle

Dystocie dynamique

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

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

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacles mécaniques parfois discrets de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitée.

- Bassin pathologique :

Les rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi lesquels on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic par la sage-femme est nécessaire avant le travail pendant la consultation du troisième trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie.

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leurs bassins :

- Celles dont l'état nécessite une césarienne ;
- Celles pour 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 diamètre promonto-retropubien a moins de 8 cm: la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

Si le diamètre promonto-retropubien est entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée.

Sa surveillance est mieux sous monitoring. Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve sont :

la femme doit être en travail ;

le col dilate 4 à 5 cm ;

la présentation céphalique.

L'épreuve de 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 foetal de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'une heure la décision de l'échec de l'épreuve de travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables:

Chez la mère:

- de la rupture utérine ;
- de l'hémorragie de la délivrance ;
- le travail prolongé avec infection amniotique ;

Chez le foetus :

- de l'asphyxie foetale ;
- de la mort foetale in utero ;

- de la mortalité néonatale précoce ;
- du nouveau-né déprimé.

3-7-2- La procidence du cordon

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

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

3-7-3- L'asphyxie fœtale

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

3-7-4- Les hémorragies

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 atonies utérines, les traumatismes, la rétention des tissus, et les troubles de la coagulation.

3-7-5- La rupture utérine

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus, mais l'usage a prévalu d'écarter les déchirures du col et celles consécutives à une manœuvre abortive [16]. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale. Elle est d'origine maternelle, fœtale et iatrogène. Parmi les causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines ;
- les anciennes déchirures de col ;
- les obstacles prævia ;

- les présentations pathologiques ;
- les dystocies dynamiques ;
- l'hydrocéphalie.

Le traitement est fait par suture de la rupture et par l'hystérectomie.

3-7-6-Le placenta prævia

Le placenta prævia est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. La rupture des membranes à une influence favorable sur les hémorragies en supprimant une des causes : le tiraillement des membranes. Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation, mais elle peut être la cause de la procidence du cordon.

3-7-7-L'hématome retro placentaire

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. C'est un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse.

Sa complication majeure est l'afibrinémie très mortelle.

3-7-8- Les hémorragies de la délivrance :

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500 ml) et par leur effet sur l'état général [16].

Toutes ces causes d'hémorragies provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et d'hémorragie. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrical et chirurgical avec un service de réanimation. On distingue selon l'importance de l'hémorragie :

- l'hémorragie abondante : supérieure 1000 ml de sang ;

- l'hémorragie moyenne : 500 à 1000 ml de sang ;
- l'hémorragie petite : inférieure à 500 ml de sang.

3-7-9- L'utérus cicatriciel

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenue pendant ou en dehors de la période puerpérale ; ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturée ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel constitue un risque impliquant une surveillance prénatale particulière et indiquant un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute.

3-7-10- La pré éclampsie et éclampsie

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

L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux.

Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail et plus rarement les suites de couches.

Pour le traitement de la gestose, le régime sans sel n'est plus justifié.

Le repos au lit reste le plus efficace pour lutter contre l'œdème, aidé en cela par le diazépam, et autres sédatifs.

Quant à l'HTA, elle répond aux antihypertenseurs et aux sédatifs (diazépam).

Le traitement de la crise éclamptique est basé sur le traitement médical et le traitement obstétrical par une évacuation de l'utérus gravide.

IV-METHODOLOGIE

4-1- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) du district de Bamako.

Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCom). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès ce qui a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V, partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « *CIWARA D'EXCELLENCE* » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Actuellement le CSRéf CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto – Stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;
- 6- Service de Comptabilité ;
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- 8- Service de l'USAC.

Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3 Unité Imagerie Médicale ;
- 4 Unité Médecine Générale ;
- 5 Unité Pharmacie ;

- 6 Unité Laboratoire ;
- 7 Unité Ressources Humaines ;
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9 Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10 Unité Néonatalogie ;
- 11 Unité Pédiatrie Générale ;
- 12 Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13 Unité Tuberculose ;
- 14 Unité Lèpre ;
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17 Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18 Unité Nutrition ;
- 19 Unité Suite de Couches ;
- 20 Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21 Unité Gynécologie ;
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23 Unité Ophtalmologie ;
- 24 Unité Odontostomatologie ;
- 25 Unité Planification Familiale (PF).

-Le Personnel

IL comporte:

- Six (6) médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des médecins généralistes ;
- Deux pédiatres ;

- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- Des sages-femmes ;
- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

Le fonctionnement du CSRéf

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

4-2- Le type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale avec recueil prospectif des données effectuée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

4-3- La période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2014 (soit 06 mois).

4-4- La population d'étude

Elle a porté sur l'ensemble des parturientes admises dans le service durant la période d'étude.

4-5- Échantillon :

4-5-1-Critère d'inclusion :

Étaient incluses dans cette étude, toutes les parturientes admises dans le service durant la période d'étude dont le mode d'admission était l'évacuation.

4-5-2-Critères de non Inclusion :

N'étaient pas incluses dans cette étude :

- toutes parturientes évacuées pour cause obstétricale dont la prise en charge n'a pas eu lieu au service pour une quelconque raison ;
- les parturientes évacuées et qui ont accouché au cours de l'évacuation avant l'arrivée au Centre de Santé de Référence de la Commune V ;
- les parturientes venues d'elles-mêmes.

4-6-Supports et collecte des données

Ont été utilisés comme supports :

- la fiche d'enquête ;
- les dossiers obstétricaux ;
- le registre d'accouchements ;
- le registre de références/évacuations reçues,
- les registres de césariennes ;
- le registre de référence de Nouveau-né ;
- le registre de décès maternel ;
- le registre de décès périnatal.

4-7-Analyse des données:

Les données ont été saisies sur les logiciels Word et Excel 2010, analysées sur le logiciel SPSS version 17.0.

4-8-Définitions opératoires :

- Patiente** : gestante ou parturiente
- Primigeste** : 1 grossesse ;
- Paucigeste** : 2 à 3 grossesses ;
- Multigeste** : \geq à 4 grossesses ;
- **Grande multigeste** : \geq à 6 grossesses ;
- Primipare** : 1 accouchement ;
- Paucipare** : 2 à 3 accouchements ;
- Multipare** : \geq à 4 accouchements ;
- **Grande multipare** : \geq à 6 accouchements ;
- **Personnels qualifiés** : étaient les médecins, sages-femmes et les infirmières obstétriciennes ;
- **Personnels non qualifiés** : étaient les matrones et les aides-soignantes ;

-**Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence ;

-**Évacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une prise en charge d'urgence ;

- **L'évacuation était justifiée donc pertinente** : s'il n'y avait pas de moyens humains et matériels nécessaires pour satisfaire la prise en charge au centre de santé communautaire ;

- **L'évacuation était adéquate** : si les parturientes avaient reçu un traitement correcte au centre de santé communautaire et que les supports de référence étaient correctement remplis ;

- **L'évacuation est dite opportune** : si elle était réalisée à temps ;

-**Pronostic maternel et périnatal** : nous entendons par pronostic maternel et périnatal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité ;

-**Césarienne en urgence** : césarienne décidée pendant le travail d'accouchement ;

-**Mort-né**: nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance (score d'Apgar = 0) ;

-**Score d'Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar aux cinq premières minutes entre 1 et 7.

V-RESULTATS

5-1- Fréquence

Durant notre étude du 1^{er} janvier au 30 juin 2014 nous avons enregistré 524 évacuations sanitaires obstétricales sur un total de 3.084 accouchements au Centre de Santé de Référence de la Commune V soit une fréquence de 17%.

Tableau I : Répartition des parturientes selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
≤ 17 ans	64	12
18-34 ans	377	72
≥ 35 ans	83	16
Total	524	100

Age moyen : 24 ans±9,22 avec des extrêmes de 14 ans et 47 ans.

Tableau II : Répartition des parturientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Non rémunérée*	345	65,8
Rémunérée*	114	21,8
Élève/Étudiante	65	12,4
Total	524	100

Rémunérée* : commerçantes (55), policières (5), secrétaires (12), enseignantes(39), infirmières(3).

Non rémunérée* : ménagères (345).

Tableau III : Répartition des parturientes selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Commune V	376	71,8
Commune de Kati	127	24,2
Autres Communes de Bamako	18	3,4
Autres localités hors de Bamako	3	0,6
Total	524	100

5-2- Statut matrimonial :

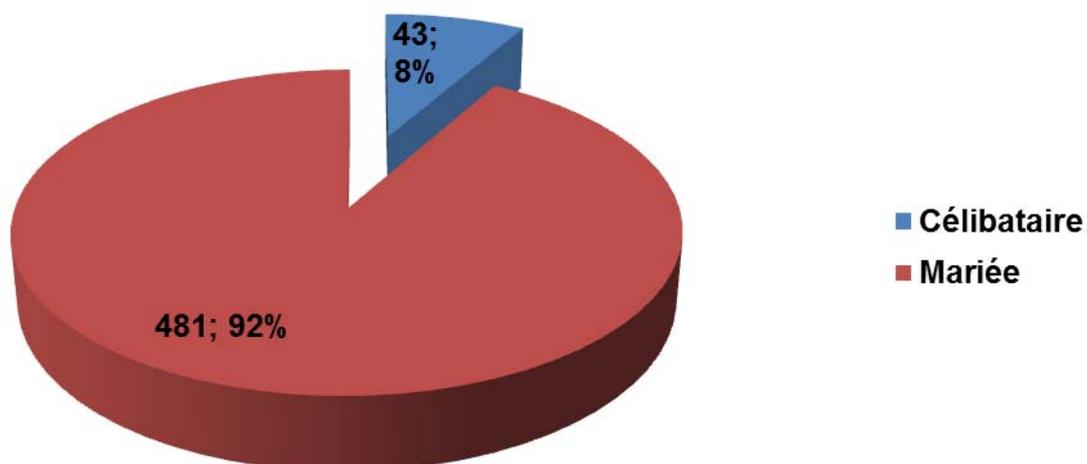


Figure 1 : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

5-3-Notion d'instruction :

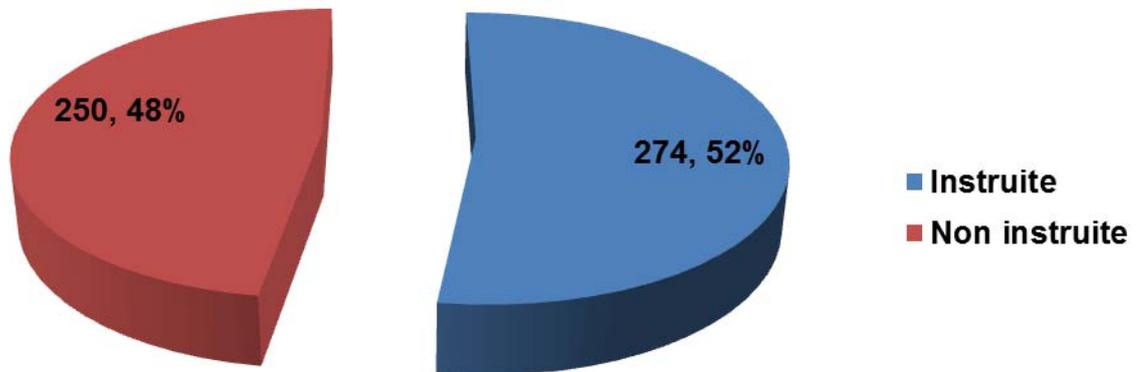


Figure 2 : Répartition des parturientes selon la notion d'instruction.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le moyen de transport utilisé pour regagner le CSRéf.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Taxi	259	49,4
Ambulance	237	45,2
Véhicule personnel/particulier	21	4,0
Moto	4	0,8
Transport en commun	3	0,6
Total	524	100

Tableau V : Répartition des parturientes selon le motif d'évacuation.

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Asphyxie fœtale	150	28,6
Dystocies	239	45,6
Hémorragies antépartum	81	15,5
HTA/complications	12	2,3
Cicatrices utérines/ voies urogénitales	42	8
Total	524	100

NB:

- Les cicatrices des voies urogénitales sont : cure de prolapsus génitaux et fistules obstétricales ;
- Les hémorragies antépartum : HRP, PP.

5-4- Qualification de l'agent de l'évacuation :

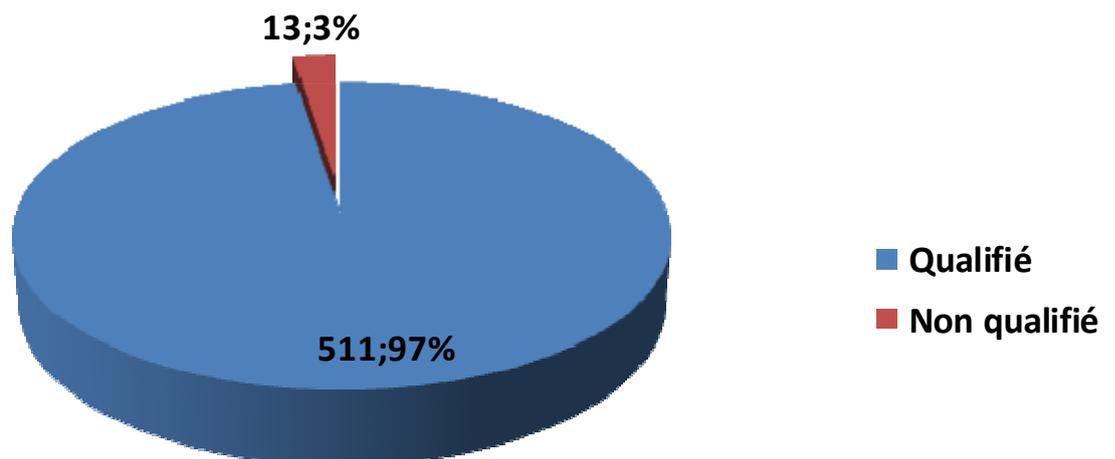


Figure 3 : Répartition selon la qualification de l'agent de l'évacuation.

5-5- Antécédents médicaux :

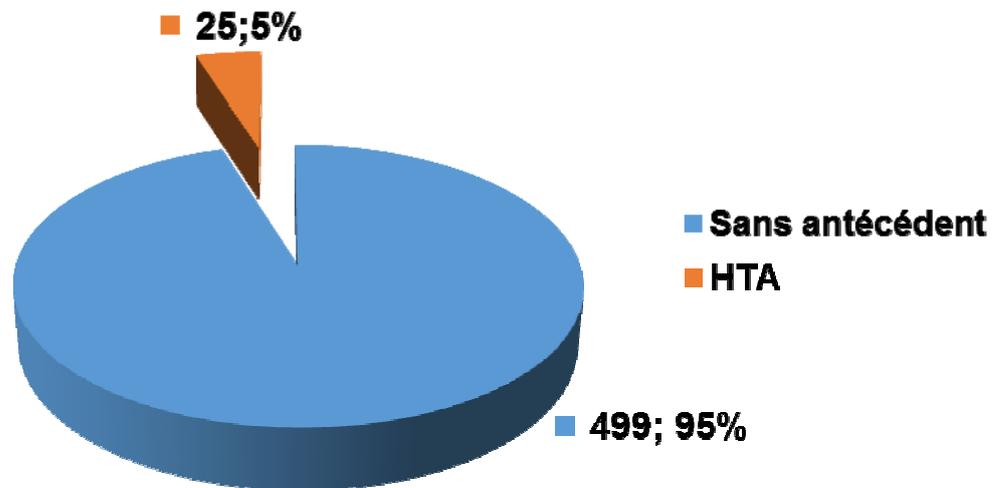


Figure 4 : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

5-6- Antécédents chirurgicaux :

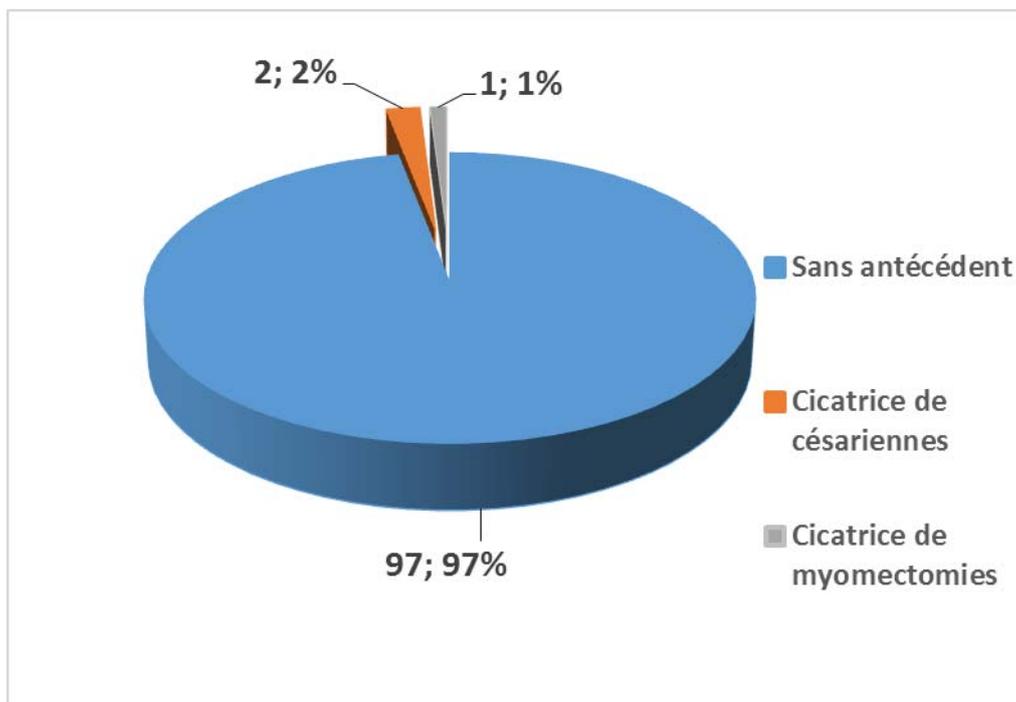


Figure 5: répartition selon les antécédents chirurgicaux.

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	213	40,6
Paucigeste	131	25,0
Multigeste	80	15,3
Grande multigeste	100	19,1
Total	524	100

Tableau VII : Répartition des parturientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	304	58
Paucipare	108	20,6
Multipare	40	7,6
Grande multipare	72	13,7
Total	524	100

5-7- Consultation prénatale :

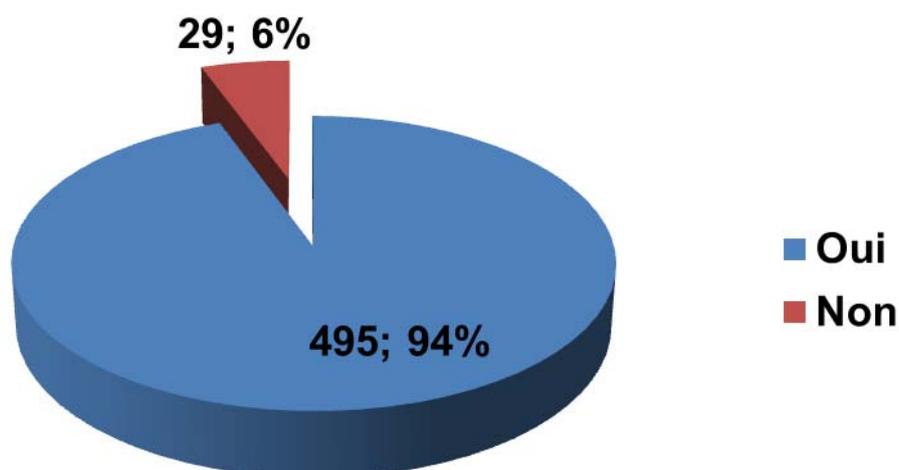


Figure 6 : Répartition des parturientes selon la réalisation de la consultation prénatale.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le nombre de consultations prénatales.

Nombre de consultations prénatales	Effectif	Pourcentage
0	29	5,5
1	226	43,1
2-3	177	33,8
4 et plus	92	17,6
Total	524	100

5-8- Lieu de la CPN

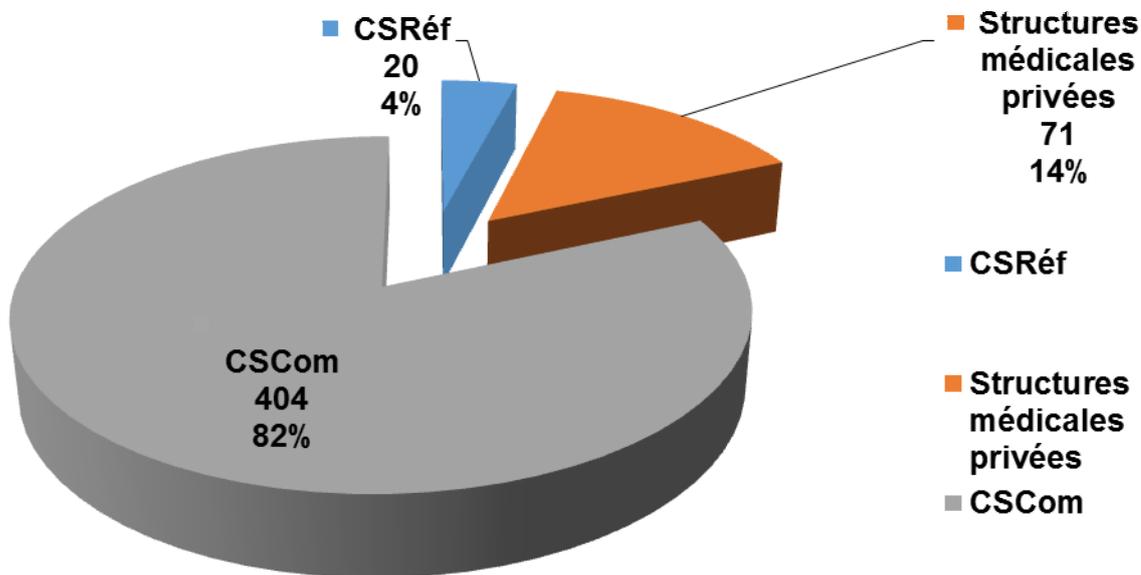


Figure 7 Répartition selon le lieu de la CPN

5-9- Qualification de l'auteur de la CPN :

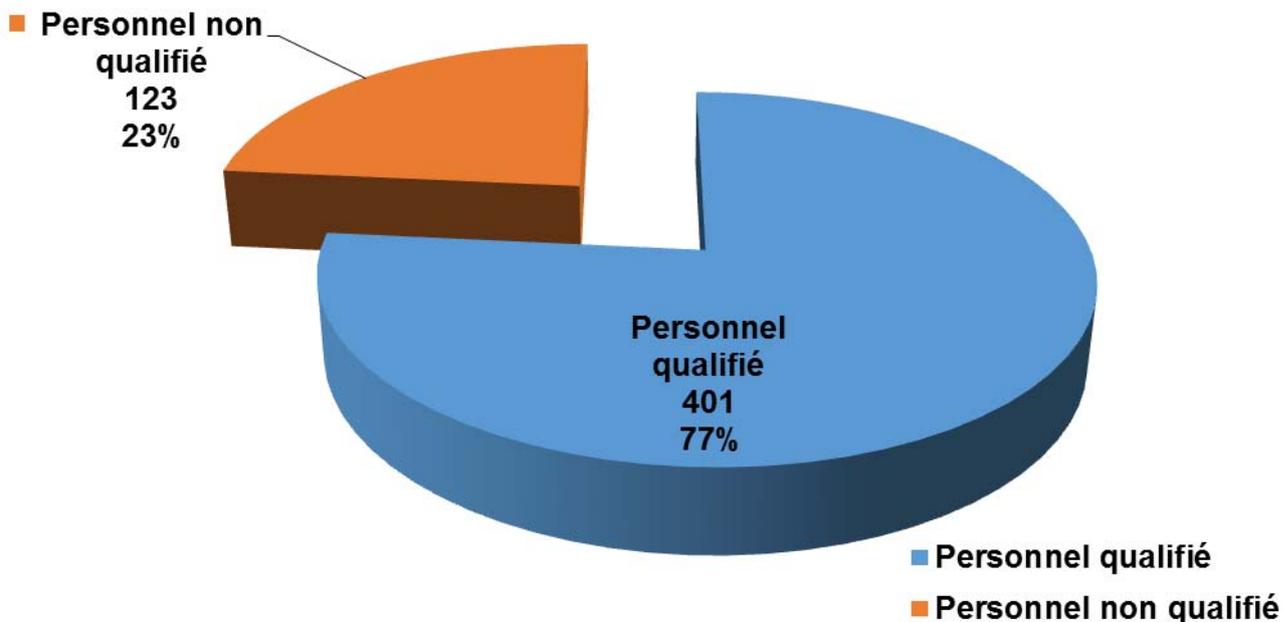


Figure 8 : Répartition selon la qualification de l'auteur de la CPN.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu au centre de santé de référence de la commune V.

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Travail d'évolution normale	101	19,3
Asphyxie fœtale	137	26,1
Dystocies	199	38
Hémorragies antepartum	17	3,3
HTA/complications	29	5,5
Cicatrices utérines/des voies urogénitales	41	7,8
Total	524	100

NB:

- les cicatrices des voies urogénitales sont : cure de prolapsus génitaux et fistules obstétricales ;
- les hémorragies antepartum : HRP, PP.

Tableau X : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Voies d'accouchement		Effectif	Pourcentage
Voie basse	Voie basse simple	304	58
	Voie vaginale opératoire (ventouse)	7	1,4
	Sous total	311	59,4
	Césarienne	209	39,8
Voie haute	Laparotomie pour rupture uterine	4	0,8
	Sous total	213	40,6
Total		524	100

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les indications des césariennes.

Indications des césariennes	Effectif	Pourcentage
Hémorragie antepartum	10	4,8
Dystocies	76	36,4
HTA/complications	9	4,3
Cicatrices utérines/voies génito-urinaires	15	7,1
Asphyxie fœtale	99	47,4
Total	209	100

NB:

- les cicatrices des voies urogénitales sont :cure de prolapsus génitaux et fistules obstétricales ;
- les hémorragies antepartum : HRP, PP.

5-10- Prise en charge de la rupture utérine

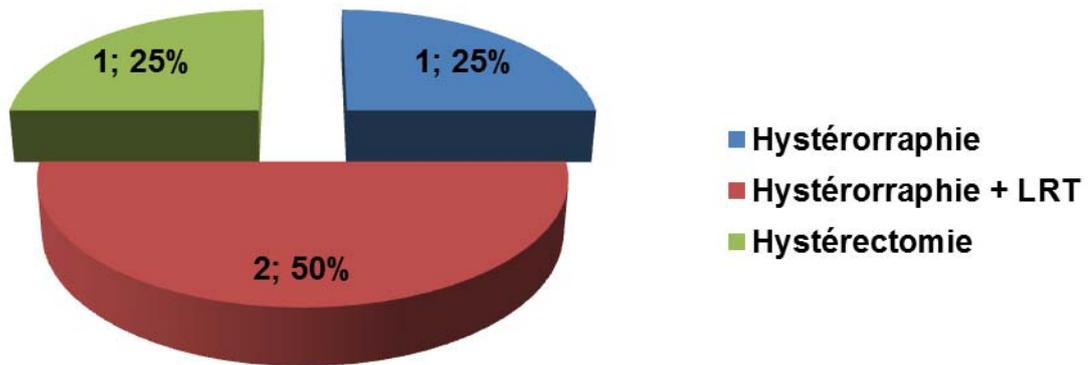


Figure 9 : Répartition des parturientes selon la prise en charge de la rupture utérine.

5-11- Suites du post-partum.

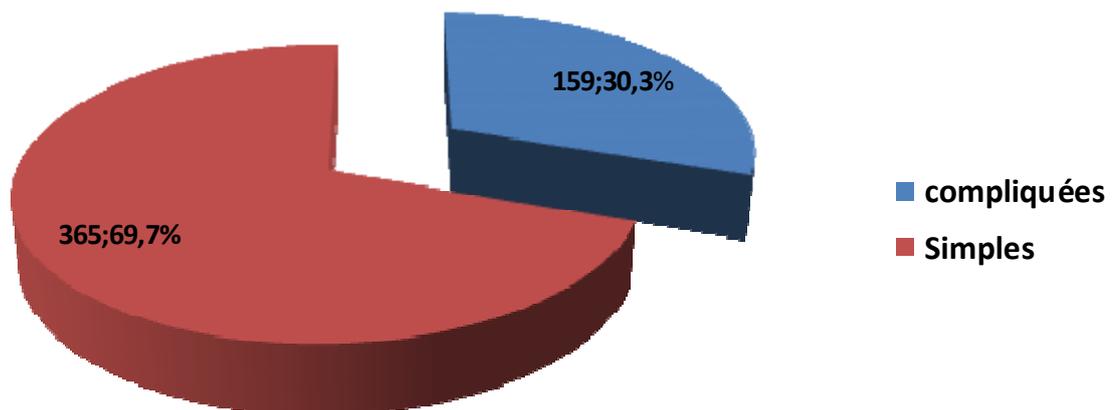


Figure 10 : Répartition selon les suites du post-partum.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon la morbidité (complications dans le post-partum).

Suites du post-partum	Effectif	Pourcentage
Voie basse		
HPPI	11	2,1
Infection puerpérale	06	1,2
Anémie chronique	34	6,5
Aucune complication	260	49,6
Voie haute		
HPPI	16	3,1
Infection puerpérale	29	5,5
Anémie chronique	63	12
Aucune complication	105	20

5-12- Pronostic foetal :

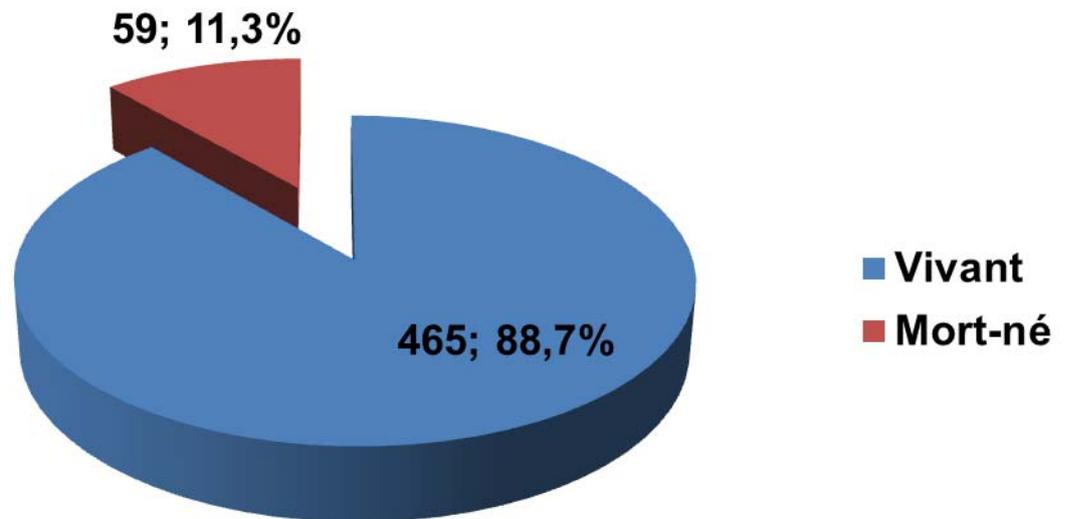


Figure 11 : Répartition des parturientes selon le pronostic fœtal.

Tableau XIII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar.

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
0	59	11,3
1-7	218	41,6
8-10	247	47,1
Total	524	100

5-13- Notion de référence des nouveau-nés :

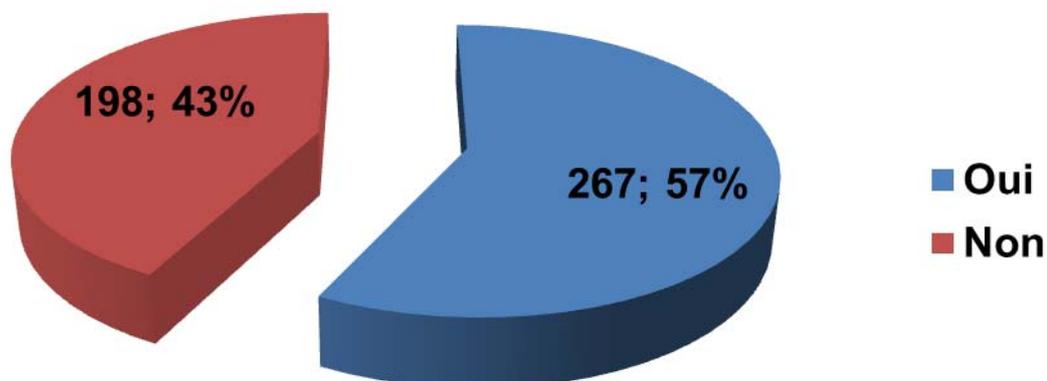


Figure 12 : Répartition selon la référence des nouveau-nés.

Tableau XIV : Répartition selon le motif de référence des nouveau-nés.

Motif de référence de nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Asphyxie néonatale	218	41,6
Prématurité	24	4,6
Contexte infectieux	7	1,3
Macrosomie	13	2,5
Malformation	5	1
Non référés	257	49
Total	524	100

NB :

Parmi les nouveau-nés référés dans un contexte infectieux, 3 étaient de mères HIV positif.

Tableau XV : Répartition selon la concordance des motifs.

Niveau périphérique	Niveau Csréf cv		Total
	Motif concordant	Motif non concordant	
Motifs d'évacuation			
Dystocies	199 (83,3%)	40 (16,7%)	239
Asphyxie	137 (91,3%)	13 (8,7%)	150
Hémorragie/antepartum	17 (21%)	64 (79%)	81
HTA/complications	29 (63%)	17 (37%)	46
Cicatrices utérines/voies urogénitales	41 (97,6%)	1(2,4%)	42
Total	423 (75,8%)	135 (24,2%)	558 (100%)

5-14- Pertinence:

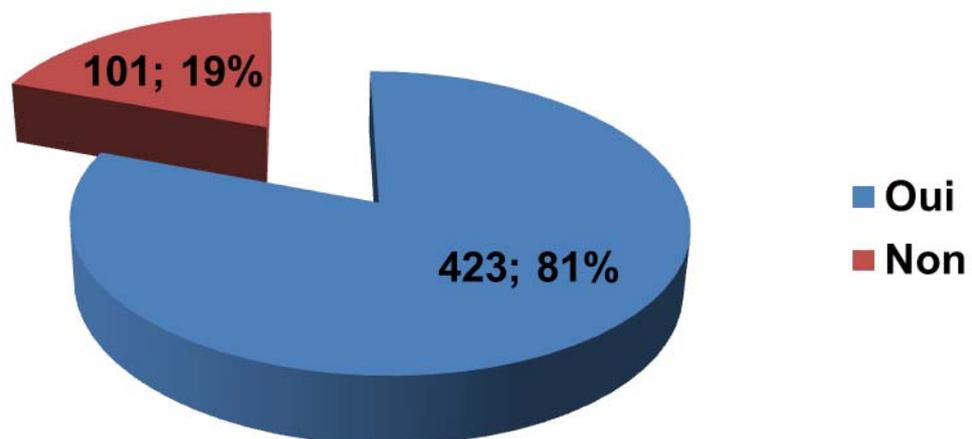


Figure 13 : Répartition des parturientes selon la pertinence de l'évacuation.

5-15- Adéquation :

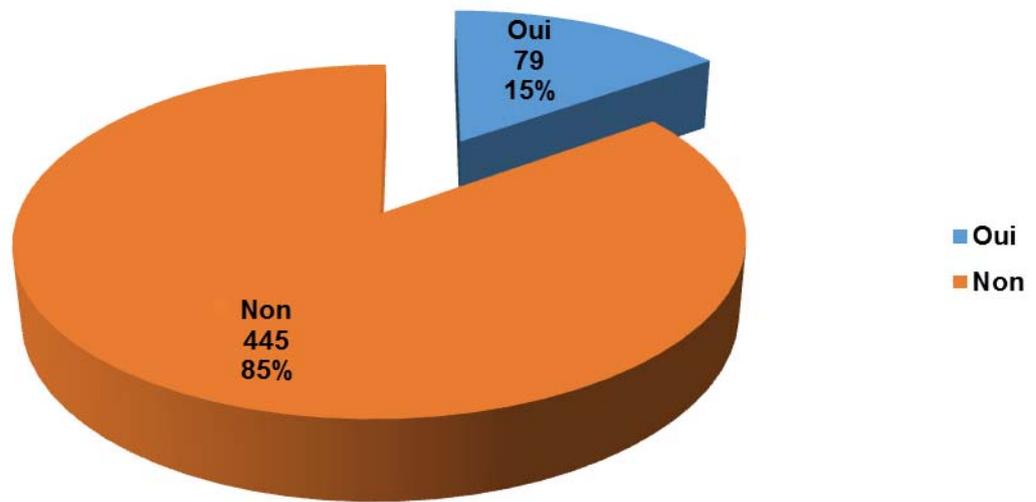


Figure 14: Répartition des parturientes selon l'adéquation de l'évacuation.

5-16- Opportunité

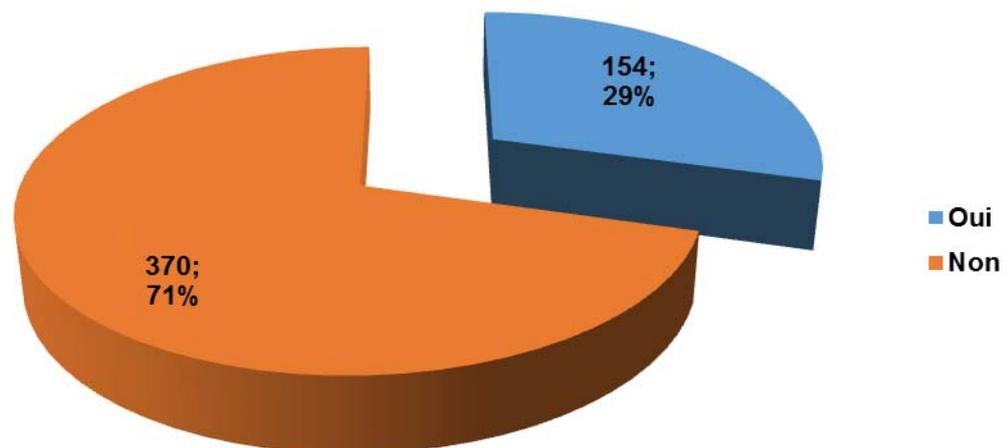


Figure 15 : Répartition des parturientes selon l'opportunité de l'évacuation.

5-17- Pronostic des nouveau-nés à J7 :

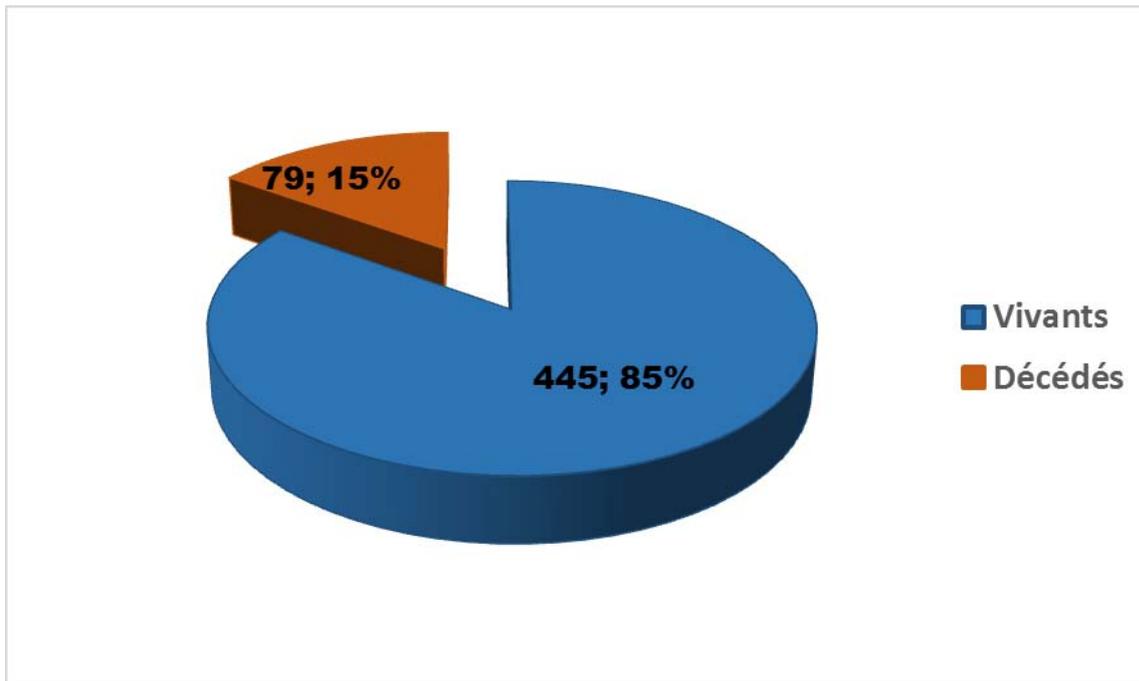
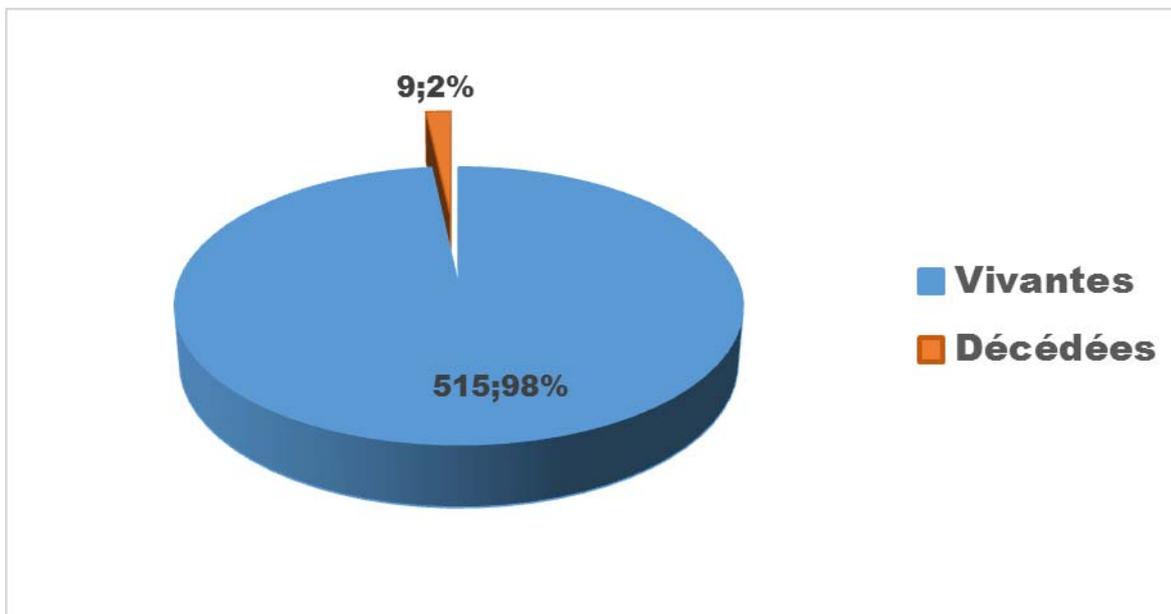


Figure 16 : Répartition selon le pronostic des nouveau-nés à J7.

5-18- Décès maternels :



NB : tous les cas du décès maternels étaient liés à l'hémorragie du post-partum

Figure 17 : Répartition des parturientes selon le décès maternel.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. La fréquence

Au cours de notre étude les évacuations au service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V ont représenté 17% des accouchements. D'autres études réalisées dans la même structure en 2006, 2008 et 2011 par Coulibaly A B. [20], Doumbia S. [10] et Traoré A T [11] avaient rapporté respectivement 10,4% ; 24,60% et 13,38%.

Baldé M.[21] en Guinée Conakry a trouvé 5,86%, Sépou A. et collaborateurs [22] à Bangui ont rapporté 17,3%, Boni S [23] et Camara S.[24] avaient trouvé à Abidjan une fréquence de plus de 55%. Selon Camara S.[24] les évacuations sanitaires sont exceptionnelles dans les pays développés car, il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence.

Ce faible taux dans notre étude par rapport à celui de Doumbia S. [10] pourrait s'expliquer par la baisse des capacités d'accueil du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V, qui était en plein chantier de rénovation au moment où nous menions cette étude.

6.2. Le profil sociodémographique

6.2.1. Age

L'âge moyen a été 24 ans \pm 9,22 pour des extrêmes de 14 ans et 47 ans. La tranche d'âge majoritaire a été celle de 18 à 34 ans avec un taux de 72%. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elle correspond à une période d'activité génitale accrue. Selon les études de Sidibé M. [25] et de Diarra B. [26], la tranche d'âge majoritaire a été celle de 20-35 ans avec des taux respectifs de 78,7% et 62%.

Dans l'étude de Diarra B. [26], l'âge moyen des évacuées était aussi de 24 ans avec les extrêmes de 14 ans et 47 ans.

6.2.2. Statut matrimonial et profession

Les femmes mariées étaient les plus fréquentes avec un effectif de 481 soit environ 92%. S'agissant de la profession, les ménagères ont été les plus représentées avec un taux de 65,8% ; celui trouvé par Macalou B.[4] à Kayes au Mali et par Fall G.[15] au Sénégal était à 92,8% des femmes ménagères.

6.3. Consultation prénatale

Dans notre étude 5,5% des femmes n'avaient fait aucune consultation prénatale. Diarra B. [26] et de Macalou B.[4] ont rapporté respectivement 43,5% et 48,1%.

Selon l'EDSM V, 26% des femmes n'ont pas reçu des soins prénatals.

Le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé varie selon certaines caractéristiques démographiques. Il est plus élevé chez les femmes du milieu urbain que celles du milieu rural (93% contre 69%) [6].

6.4. Diagnostic

6.4.1. Motifs d'évacuations

D'une manière générale les motifs d'évacuation étaient en rapport avec les urgences obstétricales. Les motifs les plus fréquemment évoqués étaient :

- les dystocies 45,6%;
- l'asphyxie fœtale 28,6%;
- les hémorragies antepartum 15,5%.

Ces mêmes motifs ont été rencontrés au CSRéf C IV [27] avec 10% pour les dystocies 7,2% pour les hémorragies.

Au CSRéf CI [28], l'hémorragie et l'AF ont été enregistrées respectivement dans 23,5% et 18,5% des cas. Ces résultats diffèrent de ceux de Sangaré I. [29] au CSRéf CV, où les références étaient motivées par:

- le retard à l'expulsion 13,6 % ;
- la disproportion foeto-pelvienne 12,9 % ;
- les hémorragies du troisième trimestre 11%.

Dans notre, étude il s'agissait le plus souvent des pathologies dont la prise en charge nécessitait un acte chirurgical. La fréquence élevée de l'asphyxie fœtale et des dystocies dans notre étude est à l'image d'un déficit de prise en charge des gestantes au niveau périphérique. Celle-ci pouvait s'expliquer en partie par le manque de dépistage précoce des facteurs de risque de l'accouchement au cours des derniers trimestres de la grossesse, une surveillance non adaptée du travail d'accouchement par le partogramme.

6.4.2. Le diagnostic retenu au CSRéf

Parmi les évacuations reçues, 75,8% des cas avaient un motif qui concordait avec le diagnostic retenu au Csréf CV.

Les diagnostics, dans 19% des cas ne nécessitaient pas une évacuation vers le Csréf CV.

Les diagnostics les plus fréquemment retenus ont été:

- les dystocies avec 38%;
- l'asphyxie fœtale avec 26,1% ;
- les cicatrices utérines avec 7, 8%.

Ces diagnostics sont différents de ceux trouvés dans l'étude faite par Thiéro M. [12] dont les diagnostics retenus étaient :

- les présentations vicieuses 14,41% ;
- la disproportion foeto-pelvienne 14,41% ;

la dystocie osseuse 13,80%.

Ces évacuations se justifiaient par faute de personnels qualifiés ou insuffisance de plateau technique.

6.5. La pertinence des évacuations

Les motifs d'évacuation étaient exacts dans 75,8% des cas, le taux rapporté par Barry A.[30] était exact dans 60% des cas.

Les utérus cicatriciels et l'asphyxie fœtale étaient les diagnostics les plus reconnus par les personnels qui ont évacué.

Les motifs ont été pertinents dans 81% des cas et répondaient à une complication du travail d'accouchement dont la prise en charge ne s'effectue pas au niveau primaire de la pyramide sanitaire du Mali.

Le support d'évacuation est indispensable pour la compréhension de l'histoire d'évacuation et permet d'instituer urgemment une prise en charge adaptée. Dans notre étude les évacuations n'étaient pas adéquates dans 85%, une évacuation non adéquate aggrave les pronostics maternel et fœtal.

Dans 71% les évacuations n'étaient pas opportunes, mettant en péril les pronostics maternel et fœtal.

Les taux élevés de l'absence de ces indicateurs aggravent les pronostics et démontrent la mauvaise organisation du système de référence/évacuation dans les formations sanitaires périphériques.

Arifari B N., Ouattara F, Gruenais M E., Vidal N L [31] ont montré lors d'une étude sur les évacuations vécues par les femmes en Afrique que les évacuations non pertinentes étaient le résultat de la pression psychologique exercée par certaines patientes et leur accompagnant pour être référées au niveau supérieur ; et également, le résultat de la sanction des patientes « *récalcitrantes* » ou des accompagnants jugés

«*envahissants*» par le personnel de la santé.

6-6-La prise en charge

Parmi les évacuations reçues au centre de santé de référence de la commune V, 59,4% avaient accouché par voie basse. Le taux d'accouchement par voie basse observé au centre de santé de référence de la commune IV [27] était de 46%. Ce taux était de 55,4% au centre de santé de référence de la commune I [28]. Dans notre étude, 39,8% des femmes évacuées au Centre de Santé de Référence de la Commune V avaient subi une césarienne.

Au centre de santé de référence de la commune IV [27], 28,8% des références/évacuées avaient bénéficié d'une césarienne et 20,1% de césariennes ont été réalisées au centre de santé de référence de la commune I [28].

Les indications de césariennes ont été essentiellement :

- l'asphyxie fœtale 47,4%;
- les dystocies avec 36,4%;
- les cicatrices utérines/voies urogénitales 7,1%.

Sangaré I. [29] trouvait en 1996-1998 au Centre de Santé de Référence de la commune V 37,6% de césariennes, 41,2% d'accouchements par voies naturelles.

Ce taux élevé de césariennes effectuées en urgence dans notre étude reflète l'absence d'identification de certains facteurs de mauvais pronostiques de l'accouchement et d'une surveillance inadéquate du travail d'accouchement par le partogramme.

La rupture utérine avait concerné 0,8% des cas. La prise en charge avait été pour 50% une hystérorraphie+ LRT, 25% une hystérectomie et 25% pour hystérorraphie.

6-7-Pronostics

6-7-1-Pronostic périnatal

6-7-1-1-Morbidité

Nous considérons comme morbidité tout nouveau-né ayant un score d'Apgar allant de 1 à 7, comme définit par de nombreux auteurs.

Dans notre étude, 41,6% des nouveau-nés étaient concernés. Ces cas de morbidité avaient fait l'objet d'une réanimation, puis évacuation au service de néonatalogie du centre.

6-7-1-2-Mortalité

A la première minute de vie 11,3% des nouveau-nés avaient un score D'Apgar nul, le décès néonatal avait été observé chez 79 d'entre eux soit un taux de 15%.

47,1% des nouveau-nés avaient à la première minute un score d'Apgar supérieur à 7.

6-7-2-Pronostic maternel

6-7-2-1-Morbidité

Dans 69,7% des cas, les suites ont été simples. Des complications ont été observées chez 30,3% des femmes.

Les complications les plus représentées étaient l'anémie chronique et les infections puerpérales avec respectivement 18,5% et 6,7%.

La prédominance de l'anémie chronique pourrait être expliquée par le mauvais suivi de consultation prénatale et les conditions précaires de nos parturientes évacuées. Celle de l'infection puerpérale s'expliquerait d'une part par le retard de l'évacuation au niveau périphérique des parturientes en travail pendant de longues heures et ayant rompues les membranes et d'autre part par les conditions d'hygiène précaires dans nos structures de soins.

6-7-2-2-Mortalité

Nous avons enregistré 9 cas de décès maternels soit un taux de 2%. Sidibé M. [25], Diarra M. [26] et Dougnon F. [32] ont rapporté respectivement 2,4%, 2,79% et 11,95%.

La cause du décès maternel avait été exclusivement l'hémorragie du post-partum immédiat.

L'état général altéré des parturientes, aggravé par le retard, les conditions difficiles de l'évacuation expliqueraient le taux de décès maternel observé dans notre étude.

VII. CONCLUSION

Le système de Référence/Évacuation tel que décrit dans le cadre conceptuel, est un mécanisme qui, bien appliqué pourrait notablement réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale.

Au terme de notre étude, les évacuations sanitaires obstétricales ont représenté 17% des accouchements au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako.

Il ressort de l'étude que ces évacuations constituent non seulement un problème médical mais aussi un problème de santé publique. Ceci peut s'expliquer par le taux élevé de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale liées à ces évacuations. Les erreurs diagnostiques, les supports de référence non correctement remplis, les traitements non adaptés et le long séjour dans les structures sanitaires périphériques pourraient être les facteurs qui assombrissent davantage le pronostic maternel et fœtal. Les évacuations non pertinentes augmentent la charge du travail au CSRéf et retardent la prise en charge des urgences avérées.

VIII. RECOMMANDATIONS

AUX PERSONNELS SANITAIRES :

- Promouvoir les consultations prénatales recentrées avec le dépistage précoce des facteurs de risques sur grossesse ;
- Référer toutes les grossesses à risque vers les centres adaptés ;
- Veiller à l'utilisation systématique et correcte du partogramme chez toutes les parturientes;
- Évacuer précocement les cas compliqués ;
- Faire la rétro information sur les cas d'évacuations.

AUX POPULATIONS :

- Fréquenter les centres de santé dès le début de la grossesse et pour l'accouchement ;
- Se préparer à faire face au frais de santé et identifier le lieu de l'accouchement ;
- Encourager les dons de sang.

AUX AUTORITES SANITAIRES :

- Promouvoir la formation continue du personnel de santé ;
- Faire un audit des évacuations sanitaires ;
- Réorganiser le système de référence/évacuation.

IX. REFERENCES

- 1- Bouvier-Colle M.** Mortalité maternelle en France.Rev.prat.1995 ; 9 :45-9.
- 2- OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale.** Mortalité maternelle en 2005.
- 3-Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées.** Cellule de planification et de statistique .Enquête démographique et de la santé du Mali 3^{ème} édition, 2001.
- 4- Macalou B.** Évacuations sanitaires obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Thèse médecine de Bamako 2002 ; numéro 142.
- 5- Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales du Mali.** Recensement général de la population et de l'habitat, 2009.
- 6- Ministère de la santé du Mali.** Enquête démographique et de la santé 5^{ème} édition 2014.
- 7- Organisation mondiale de la santé.** La mortalité maternelle, Soustraire les femmes de l'engrenage fatal. Chronique OMS, 1986 ; 40(5) :193-202.
- 8- Adamson P.** Le monde est lourd. Le progrès des nations, 1996.
- 9- Diarra M B.** Évacuation au service de gynécologie-obstétrique du CHU Point G. Thèse de médecine, Bamako 2008.
- 10- Doumbia S.** Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au CSRéf CV du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2008 ; numéro 101.
- 11- Traoré A T.** Évaluation du système de référence/évacuations des urgences obstétricales dans le district sanitaire de la commune V. Thèse de médecine, Bamako 2010 ; numéro120.

12-Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'Hôpital Gabriel TOURE (À propos de 160 cas).Thèse de médecine, Bamako1992 – 1993 ; numéro 17.

13- Diarra O. Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G.Thèse de médecine, Bamako2000 ; numéro 17.

14- Dicko S. Étude épidémiologique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako, 2001 ; numéro 101.

15- Fall G. Problème posé par les parturientes évacuées dans un CSRéf. Recours d'Afrique sub-saharienne. Étude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996. Thèse de Médecine, Dakar1996.

16- Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 5^{ème} édition Masson paris 1989.

17- Horrier G, Solat J. Mécanisme général de l'accouchement. Enc. Med. Paris Obstétrique, 1986 ; numéro 1 : 5017 C 10.

18- Delecour M, Thoulon J M. Conduite à tenir au cours d'une dystocie. Rapport du 27^{ème} congrès de gynécologie et obstétrique de langue française. Rabat 21-24 mai 1978.

19-Grall F .Présentation du sommet. Enc. Med. Chir. Paris Obstétrique, 1977 ; numéro 6 : 5018, B10.

20- Coulibaly A B. Référence évacuation gynéco-obstétricale au CSRéf CV Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2006 ; numéro 233.

21- Balde M D, Bastet G. Decrease in Uterine rupture in Conakry Guinea by improvements intransfer management. Int J Gynecol. Obstetric 1990; 31: 21-24

22- Sepou A, Yanza M C, Nguembi E, Dotte G R, Nali M N. Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui (Centrafrique). Cahier d'études et de recherches francophones ; 2000 ; 10 (6) : 399- 405.

23-Boni S, Bokossa M, Abauleth Y, Kone N, Bohoussou K.

Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique. Bilan des deux années d'études (1989-1990) dans le service de référence de la maternité du CHU de Cocody. Communication au 3^{ème} Congrès de la SAGO, Yaoundé (Cameroun) 12 au 16/12/1994.

24- Camara S. Évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'études. Thèse de Médecine, Abidjan 1986 ; numéro7:14.

25-SIDIBE M. Évacuations sanitaires obstétricales au CSRéf de Bougouni étude prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas.

26- Diarra B. Évaluation du système de référence évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de Juillet 2005 à juin 2006. Thèse de Médecine, Bamako 2007 ; 67P ; numéro 153.

27- Statistique système d'information sanitaire. Archives du Centre de Santé de Référence de la Commune IV. Archives 2004.

28- Statistique système d'information sanitaire. Archives du Centre de Santé de Référence de la Commune I. Archives 2004.

29- Sangare I. Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bko. Thèse de médecine, Bamako2001 ; numéro39 : 92.

30- Barry A. les références obstétricales au CMA du secteur de Ouagadougou. Thèse de médecine, Ouagadougou ; numéro 133.

31- Arifari N B, Ouattara F, Gruenais M E, Vidal N L. La référence vécue par les femmes. Unité de recherche R002 " Acteurs et systèmes de santé en Afrique " :

32- Dougnon F. Contribution à l'étude des urgences gynécologique et obstétricale à la maternité de l'hôpital du Point G. Thèse de médecine Bamako, 1989 ; numéro 64.

X. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I-RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom/Prénom :

1-) Age :

a-) ≤17ans ; b-) 18-34ans ; c-) ≥ 35ans.

2-) Profession :

a-) Non rémunérée ; b-) rémunérée ; c-) élève-) étudiante

3-) Provenance:

a-) Commune V Bko; b-) commune VI Bko ; c-) autres communes Bko ;
d-) commune de Kati ; e-) autres localités hors de Bko.

4-) Statut matrimonial :

a-)célibataire ; b-) mariée ;

5-) Régime matrimonial :

a-)Monogame ; b-) polygame

6-) Notion d'instruction :

a-) Instruite ; b-) non instruite

7-) Profession du mari :

a-)Non rémunérée ; b-) rémunérée ; c-) étudiant ; d-) élève

8-) Date/heure d'évacuation :

9-) Date/heure d'admission :

10-) Moyen de transport emprunté :

a-) Ambulance ; b-) taxi ; c-) moto ; d-) véhicule personnel/particulier ;

e-) Transport en commun ; f-) autres à préciser-----

11-) Motif d'évacuation :-----

12-) Qualification de l'agent qui évacue :

*Qualifié :

a-)Médecin ; b-) sage-femme ;c-)infirmière- obstétricienne

*Non Qualifié :

a-)Matrone ;b-)Aide-soignant

II ANTECEDANTS

13-) Médicaux :

a-)Drépanocytose/autres hémopathies ; b-) diabète ; c-) cardiologique ;

d-) HTA ;e)-VIH/SIDA ; f-) autre à préciser-----

14-) Chirurgicaux :

a-)Cicatrice de césarienne ; b-) cicatrice de myomectomie ; c-) GEU ;

d-) Autre à préciser : -----

15-) Obstétricaux :

*Gestité :

a-) Primigeste (1);b-) pauci geste (2-3) ; c-) multigeste (4-5) ; d-) grande multi geste (≥ 6) .

*Parité :

a-)Primipare(1) ; b-) paucipare (2-3) ; c-) multipare (4-5) ; d-) grande multipare (≥ 6)

*Nombre d'enfant vivant :-----

*Nombre de mort -né :-----

*Nombre d'enfant décédé :-----

*Nombre d'avortement :-----

16-) Consultation prénatale :

*Nombre :

*Lieu :

*Auteur :

III EXAMEN DE LA FEMME

A-Examen général :

17-) Score de Glasgow Liège: -----

18-) Conjonctives : -----

19-) TA

a-) <9/5 cmhg ; b-) 9/5 et 13/8 ; c-) >13/8

20-) Température

a-) <36 ; b-) 36 et 37.5 ; c-) ≥38

21-) Pouls

a-) <70 ; b-) 70 et 90 ; c-) >90

22-) Respiration :

a-) <10 ; b-) 10 et 25 ; c-) >25

23-) Histoire de la grossesse :

a-) Notion de CPN :

b-) Nombre de CPN :

c-) Lieu de CPN :

d-) Auteur de CPN :

e-) Notion de bilan prénatal y compris l'échographie :

f-) Anomalie(s) diagnostiquée(s) au cours de la grossesse

g-) Soins curatifs :

h-) Soins préventifs :

24-) Histoire du travail

a-) Surveillance du travail par le partogramme :

b-) Date/ heure d'arrivée à la structure sanitaire :

c-) Date/heure du début du travail :

d-) Complication avant l'évacuation : *oui ; *non

e-) 1^{er} stade du travail (dilatation) :

f-) 2^{ème} stade du travail (accouchement) :

g-) 3^{ème} stade du travail (délivrance)

25-) Etat des membranes :

a-) Intactes ; b-) rompues ; c-) si rompue depuis combien de temps

26-) Présentation :

a-) Sommet ; front ; face postérieure ; céphalique face antérieure.

b-) Siège c-) épaule

27-) Engagement :

a-) Oui ; b-) non

28-) Etat du bassin :

a-) Normal ; b-) rétréci

29-) Aspect du liquide amniotique :

a-) Clair ; b-) méconial ; c-) sanguinolent

30-) Odeur du liquide amniotique :

a-) Fétide b-) non fétide

31-) Diagnostic retenu au CSREF CV

IV CONDUITE À TENIR

32-) Voie d'accouchement proposée :

a-) Voie basse simple ; b-) voie vaginale opératoire ; c-) manœuvre obstétrical

33-) Rupture utérine :

a-) Hystérogaphie ; b-) hystérogaphie avec ligature des trompes ; c-) hystérectomie

34-) Autres lésions suturées :

a-) Vessie ; b-) vagin ; c-) col ; d-) autres a précisés

35-) Césarienne : oui

36-) Indication :

a-) Hémorragies ; b-) dystocies ; c-) HTA/complications ; d-) pathologie funiculaire ; e-) cicatrice utérine/voie génito-urinaire ; f-) autres à préciser

37-) Score infectieux

38-) Morbidité :

a-) HPPI ; b-) anémie ; c-) paludisme ; d-) infections

39-) Mortalité maternelle :

a-) HPPI ; b-) infectieuses ; c-) HTA/complications ; d-) anémie ; e-) autres à préciser

V PRONOSTIC FŒTAL

40-) Vivant : oui

41-) Mort-né : a-) frais ; b-) macéré

42-) Les nouveaux nés selon leur Indice d'Apgar à la 1^{ère} minute :

1=0- 1 mort – né, 2=1-3 mort apparent, 3=4-7 morbide, 4=8-10 normal

Q25-1-2- Les nouveaux nés selon leur Indice d'Apgar à la 5^{ème} minute :

1=0- 1 mort – né, 2=1-3 mort apparent, 3=4-7 morbide, 4=8-10 normal

43-) Référence nouveau-né

a-) Oui ; b-) non

44-) État du nouveau-né à J7 :

45-) Pertinence des diagnostics

a-) Oui ; b-) non

46-) Concordance des diagnostics

a-) Oui ; b-) non

47-) Adéquation de l'évacuation

a-) Oui ; b-) non

48-) Opportunité de l'évacuation

a-) Oui ; b-) non

49-) État de la mère à J42

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Boubacar Sidiki

Date et lieu de naissance : 18 juin 1988 à Bamako

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2014 – 2015

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Études sur les évacuations sanitaires obstétricales du 1^{er} janvier au 30 juin 2014 au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Lieu de dépôt : Bibliothèque faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique et Santé publique

Résumé :

Le but de notre étude était d'étudier les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale avec recueil prospectif des données dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Au cours de notre étude menée pendant une période de 06 mois nous avons enregistré 524 évacuées sur un total de 3.084 accouchements dans le service ce qui représente 17% des accouchements au CSRéf.

L'âge moyen a été 24 ans \pm 9,22, la tranche d'âge majoritaire a été celle de 18 à 34 ans avec un taux de 72%.

52% des parturientes n'étaient guère instruites.

Les motifs d'évacuation étaient exacts dans 75,8% dont le plus évoqué était les dystocies avec 45,6% et les plus reconnus par les personnels qui ont évacué étaient l'utérus cicatriciel et l'asphyxie foétale.

Ces évacuations étaient pertinentes dans 81%, adéquates dans 15% et opportunes dans 29%.

La mortinatalité a représenté 11,3% et la mortalité maternelle était 2%.

Mots clés : Évacuations obstétricales, morbidité, mortalité maternelle

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure