

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

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



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE(FMOS)

Année universitaire 2013-2014

N°.....

TITRE

PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES
OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
YANFOLILA

THESE

Présenté et soutenu le...../...../2014 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par **Lassina TOGOLA**

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Présidente : Pr Fatimata Sambou DIABATE

Membre : Dr Bakary Abou TRAORE

Codirecteur : Dr Soumana Oumar TRAORE

Directeur : Pr Niani MOUNKORO

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Dieu, Tout Puissant, qui dans sa grâce m'a assisté et guidé pendant ce travail et qui a voulu que ce jour soit ;

- A NOTRE PROPHETE MOHAMED

Salut et Paix sur Lui, à toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mon père : **Feu Fansé Togola**

C'est l'heure pour moi de me prosterner devant ta tombe et de te faire honneur. Comme tu aurais souhaité voir ce jour. Mais dommage, nul ne peut résister au temps puisse ce travail te donner satisfaction dans ta dernière demeure.

A ma mère: **Satou Doumbia**

Courageuse et dévouée, tu nous as entourés d'attention et d'affection et nous a apporté réconfort et consolation. Même si je n'ai pas été tout le temps à tes côtés, tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir grâce à tes multiples conseils et tes bénédictions.

Vraiment tu es une mère sincère, honnête et digne car je me suis toujours senti au prêt de toi malgré la distance.

Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices et les dures épreuves que tu as enduré pour nous élever.

Tu t'es toujours privée de tout pour que nous n'enviions pas les autres. Tu as toujours su répondre à notre appel dans les moments difficiles.

Tu as toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite, de la dignité, de la sagesse et du respect de l'être humain. Je ne saurais jamais te remercier assez, ce travail est le fruit de tes efforts.

Seul **Dieu** le tout puissant peut te gratifier de tout ce que tu as fait pour nous ;

Que **Dieu** le tout puissant t'accorde une longue vie, une bonne santé et surtout le bonheur et qu'il puisse nous donner les moyens nécessaires pour que nous puissions toujours nous battre pour toi dans la vie.

Amen !

A mes frères et sœurs : **Aby, Siaka, Bakaye, Oumou** : unis par la naissance, nous resterons pour toute la vie, la main dans la main, contre cette lourde et difficile tâche qui nous attend. Sachez que seul le travail demeure la clef de la réussite : Amour fraternel !

A mon oncle : **Bantji Togola**

Merci de m'avoir aidé au même titre que vos enfants.

J'ai bénéficié de votre amour, de vos bénédictions, de vos conseils. J'ai apprécié vos qualités si rares aujourd'hui. Homme de parole, courageux, sage, loyal et généreux. Ce travail est l'une des récompenses de votre assistance. Je ne s'aurai vous remercier assez.

A toute notre famille : affections sincères !

A ma femme : **Mme Togola Balakissa Doumbia**

Les mots me manquent pour te qualifier. Je te demanderai tout simplement d'être courageuse, je prie le bon DIEU qui nous a guidé l'un vers l'autre ; d'éclairer le chemin que nous avons choisi de parcourir ensemble et je te dis merci pour ta patience.

A tous les hommes qui œuvrent pour la paix, la justice et le progrès.

REMERCIEMENTS

A travers ce travail, je voudrais exprimer ma gratitude :

Au personnel du centre de santé de référence de Yanfolila pour son appui financier, moral et technique.

A toute la famille Coulibaly à Yanfolila et Koumantou

A mon tuteur Mr Mamadou Coulibaly et sa femme Mme Coulibaly Fadima Doumbia : qui n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail .Soyez en remerciés.

A mes camarades de l'école fondamentale, du lycée et à tous mes amis

Je dis à vous tous merci infiniment de m'avoir supporté et assisté pendant ces moments inoubliables de ma vie.

A mes camarades de classe : pour le souvenir des bons moments passés ensemble.

A tous mes enseignants depuis l'école primaire jusqu'à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali

Pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié de vous.

Aux Docteurs Moussa Siaba Coulibaly pour son soutien constant et appréciable.

A mes camarades du Campus de Badalabougou de 2003 à 2009.

Au personnel du Cabinet Médical Banimonotie de Koumantou et du Cscm de Koumantou

Au personnel du Cabinet Médical Wassoulou de Yanfolila

HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Présidente du jury:

Professeur FATIMATA SAMBOU DIABATE

Professeur Titulaire de gynécologie et obstétrique à la faculté de médecine et odonto-stomatologie.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury. Votre rigueur scientifique, votre spécificité, votre disponibilité, vos compétences, vos qualités humaines, intellectuelle font de vous un maître de référence. Les mots nous manquent pour exprimer clairement les sentiments qui nous animent aujourd'hui.

Cher maître, veuillez accepter nos remerciements. Puisse DIEU vous donner longue vie !

À notre Maître et Co-directeur de thèse :

Docteur SOUMANA OUMAR TRAORÉ

Gynécologue-Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail.

Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de ma profonde reconnaissance.

A notre Maître et Membre de Jury :

Docteur BAKARY ABOU TRAORE

Gynécologue- Obstétricien au centre santé de référence de la commune

II

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse.

Vos qualités humaines et intellectuelles mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionnés.

Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur NIANI MOUNKORO

Maître de conférences en Gynécologie Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Chef de service d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Chevalier de l'ordre de Mérite de la Santé

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant ce travail.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous une référence dans votre domaine.

Veillez recevoir ici, cher Maître, l'expression de nos meilleurs sentiments de reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Ag:	Antigène
AMIU :	Aspiration Manuelle Intra- Utérine
AN :	Application Numérique
ARME:	Anesthésie Réanimation Mère Enfant
ASACO :	Association de Santé Communautaire
BAAR:	Bacille Acido-Alcolo-Résistant
BW:	Bordet Wassermann
CPN :	Consultation Périnatale
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DRC :	Dépôt Répartiteur de Cercle
ECBU :	Examen Cytobactériologique des Urines
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FMOS :	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FNUAP :	Fonds des Nations Unies pour l'Appui à la Population
FVV :	Fistule vésico-vaginale
GE :	Goutte Epaisse
Hb :	Hémoglobine
HTA :	Hypertension Artérielle
IO :	Infirmière Obstétricienne

NFS :	Numération et Formule Sanguine
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PF :	Planning Familial
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PNP :	Politiques, Normes et Procédures
PTME :	Prévention de la transmission Mère Enfant
POK :	Parasite, œuf, kyste
PP :	Placenta Prævia
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés
RAC :	Réseau Autonome de Communication
SA :	Semaine d'Aménorrhée
SARANF :	Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Noire Francophone
SLIS :	Système Local d'Information Sanitaire
SOU :	Soins Obstétricaux d'Urgence
UNICEF :	Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH :	Virus immunodéficiences humaine

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Les différents CScom : leur population et leur distance

Tableau II : Situation du personnel du CSref

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession

Tableau VI : Répartition des patientes selon la distance par rapport au CSRéf

Tableau VII : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité

Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Tableau X : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Tableau XI : Répartition des patientes selon le moyen de transport

Tableau XII : Répartition des patientes selon le temps mis pour arriver au CSRéf

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le motif de référence

Tableau XIV : Répartition patientes selon la qualification de l'agent qui réfère

Tableau XV : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent qui accueil au niveau du CSRéf

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le temps moyen d'observation par l'agent à l'accueil au CSRéf avant l'appel au médecin

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le temps mis entre l'appel et l'arrivée du médecin

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le délai de prise en charge

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

Tableau XX : Répartition des patientes selon le mode de traitement

Tableaux XXI : Répartition des patientes selon la qualification des agents assurant la prise en charge des urgences

Tableaux XXII : Répartition des patientes selon la durée de séjour au CSRéf

Tableaux XXIII : Répartition des patientes selon le pronostic de la mère

Tableaux XXIV : Répartition des patientes selon la cause du décès maternel

Tableaux XXV : Répartition des patientes selon le pronostic du nouveau née

Tableaux XXVI : Tableau croisé de la distance parcourue et le pronostic maternel

Tableaux XXVII : Tableau croisé de la distance parcourue et le pronostic néonatal

Tableaux XXVIII : Tableau croisé du délai de prise en charge et pronostic néonatal

Tableau XXIX : Tableau croisé du diagnostic retenu et le pronostic néonatal

Tableau XXX : Tableau croisé du nombre de CPN et le pronostic néonatal

Tableau XXXI : Le nombre de CPN et le niveau d'instruction

Tableau XXXII : Le nombre de CPN et la parité

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ET OBJECTIFS :.....	1
GENERALITES :.....	4
METHODOLOGIE :.....	14
RESULTATS :.....	32
COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	52
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :.....	60
REFERENCES :.....	65

INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont de causes multiples et s'expriment par des tableaux cliniques divers qui ont en commun l'urgence thérapeutique [4].

Elles ont toujours posés des problèmes de santé dans le monde, en particulier dans les pays en voie de développement, tant par leur prévention que par leur prise en charge.

La mortalité maternelle est un réel problème de santé publique dans le monde. Elle est définie comme étant le « décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 42 jours après sa terminaison quelque soit la durée ou la localisation par une cause quelconque; déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivée mais ni fortuite, ni accidentelle » [22].

La mortalité maternelle est très élevée. Environ 800 femmes meurent chaque jour dans le monde. En 2013 deux cent quatre vingt neuf milles (289000) femmes sont décédés pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans les pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subaérienne et près d'un tiers en Asie du Sud [23].

Le ratio de la mortalité maternelle dans les pays en développement est de 230 pour 100000 naissances contre 16 pour 100000 dans les pays développés [23]. Au Mali le taux de mortalité maternelle est parmi les plus élevé dans le monde avec 196 pour 1000 et 368 pour 100000 naissances vivantes (EDS V). Huit femmes meurent chaque jour des complications de la grossesse au Mali [23].

Ces décès sont dus dans la plus part des cas à [25] :

- L'hémorragie
- L'infection
- Les complications de l'HTA
- L'avortement à risque

- Travail prolongé

A celles-ci peuvent s'ajouter le paludisme et l'anémie.

Les causes indirectes qui concourent à aggraver le pronostic maternel sont entre autres : le retard dans la prise en charge, le manque de moyens financiers, les antécédents morbides pendant la grossesse, l'inaccessibilité géographique.

Les décès maternels peuvent être parfois la conséquence d'une prise en charge insuffisante :

- Manque de moyens thérapeutiques
- Manque de personnel qualifié
- Retard à l'évacuation [4].

La présente étude a pour but d'identifier les problèmes qui entravent la prise en charge des urgences obstétricales dans le district sanitaire de Yanfolila et de faire des recommandations pour son amélioration.

Pour ce faire les objectifs suivants ont été fixés :

OBJECTIFS

Général:

Etudier la problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au CS Réf de Yanfolila.

Spécifiques

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales
- Décrire le profil sociodémographique des patientes
- Préciser la nature des urgences obstétricales rencontrées
- Déterminer le mode de prise en charge des urgences obstétricales
- Déterminer le pronostic maternel et néonatal;

GENERALITES

I – Généralités

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge des urgences obstétricales.

Les principales raisons évoquées sont [4] :

- L'absence ou l'insuffisance dans l'organisation du système de référence / évacuation;
- La mauvaise organisation des services ;
- L'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel
- Le sous équipement (forceps, ventouses, réactifs de laboratoire, unité de transfusion sanguine, stock de sang, absence d'unité de réanimation ou de soins intensifs etc....) au niveau de nos formations sanitaires;
- Les difficultés d'accessibilité géographique et financière.

L'évacuation d'une manière générale se caractérise par la nécessité de transfert d'une patiente d'un centre médical vers un autre mieux équipé.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal.

La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme.

Les urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, les complications de l'HTA (pré éclampsie et éclampsie)

1 – LA PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée (SA) [19].

Un accouchement avant 37 S A est dit prématuré.

L'accouchement naturel est celui qui se déroule sous l'effet de la seule physiologie

L'accouchement dirigé : encore appelé l'accouchement médical; on intervient pour corriger une anomalie afin de le maintenir dans son cadre évolutif. On peut faire appel pour cela à deux types d'interventions :

La rupture des membranes

La thérapeutique médicamenteuse.

Le but de l'accouchement dirigé est d'abrégé la durée de l'accouchement naturel afin de prévenir certaines complications qui pourraient survenir et /ou de diminuer l'intensité des phénomènes douloureux

L'accouchement artificiel : est celui qui se termine grâce à une intervention.

L'accouchement provoqué est celui qui est induit par une thérapeutique, l'indication est une pathologie. De nos jours il est de plus en plus demandé par les femmes.

2-LES PATHOLOGIES OBSTETRICALES :

2-1- LES DYSTOCIES :

La dystocie désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées en :

Dystocie dynamique : on parle de dystocie dynamique lorsqu'il existe des anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col.

Dystocie mécanique : On parle de dystocie mécanique lorsqu'il existe une mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel.

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.

2-2- **La Procidence du cordon** :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la descente du cordon en avant de la présentation après la rupture des membranes. Elle constitue une grave complication par le danger qu'elle fait courir au fœtus.

Si le cordon procident est battant, l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible. Sachez que les cordons non battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus.

2-3- **La souffrance fœtale** :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal. Il est suspecté aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial. C'est une urgence obstétricale qui nécessite l'extraction rapide du fœtus.

2-4 - **LES HEMORRAGIES** :

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause de décès maternels [3]. Les étiologies des hémorragies sont variées.

Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta prævia, l'hématome rétro placentaire.

2-4-1-**La rupture utérine** :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

Urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés qui disposent des moyens de surveillance perfectionnés du travail d'accouchement, des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées.

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains au Sud du Sahara en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructure socio sanitaire. La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation abusive des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'un des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

2-4-2- **L'hématome Rétro Placentaire (HRP)** :

Ce syndrome consiste en 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.

L'HRP peut se compliquer de :

- Troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par défibrination, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

- Nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro-placentaire. 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'H.R.P 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.

2-4-3- **Le Placenta prævia Hémorragique** :

C'est l'insertion du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

Normalement le placenta s'insère au fond de l'utérus ou sur une de ses faces. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale 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 prævia :

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 normal. La seule voie d'accouchement est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive.

2-4-4- **L'hémorragie 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. Les hémorragies sont anormales par leur abondance (plus de 500 ml) et leur effet sur l'état général [16]. Toutes ces causes d'hémorragies provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. 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 obstétrico-chirurgical avec un service de réanimation.

3- **L'HYPERTENSION ARTERIELLE ET SES COMPLICATIONS** :

3-1- **LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PRE ECLAMPSIE** :

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 artérielle systolique

supérieure ou égale à 140 mm de mercure et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure. Cette mesure des chiffres doit être réalisée dans un certain nombre de conditions :

- 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 une fois supérieure ou égale à 300mg par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l à 2 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g /semaine. La pré éclampsie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est toujours pas complète. Les formes mono symptomatiques peuvent exister. L'évolution peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, insuffisance rénale et le hellp syndrome ; associés à une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, une cytolysse et une insuffisance hépatique. L'accouchement prématuré, l'hypotrophie et la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

3-2-L'ECLAMPSIE :

L'éclampsie, accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux peut être définie au point de vue clinique comme un état convulsif survenant par accès à répétition, suivi d'un état comateux, pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches. [9]

Elle représente la conjonction d'une hypertension artérielle gravidique et d'une protéinurie gravidique.

Les œdèmes ne font plus partie de la définition de la pré-éclampsie. Seule

l'élévation de l'uricémie au-dessus de 350 μmol témoigne de l'atteinte tubulaire rénale.

III- THERAPEUTIQUES OBSTETRICALES :

1- La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué.

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie et de traumatisme. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée :

Les principales indications sont :

Les bassins généralement rétrécis

Le placenta prævia hémorragique

Les présentations dystociques

L'éclampsie et la toxémie gravidique

L'hématome rétro placentaire

Nous avons d'autres indications :

La procidence du cordon

La disproportion foeto-pelvienne

L'excès du volume fœtal

L'utérus cicatriciel sur un bassin limite

Les bassins asymétriques

La souffrance fœtale

A côté de la césarienne il y'a d'autre moyen d'extraction du fœtus :

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 sera indiqué essentiellement dans la souffrance foetale et l'arrêt de progression de la tête foetale.

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

3- La ventouse :

La ventouse obstétricale encore appelée vacuum extractor est un instrument comme le forceps et les spatules qui permettent d'aider la femme à accoucher par les voies naturelles. C'est un instrument de flexion, de traction limitée et de rotation induite. Elle présente donc des caractéristiques communes aux instruments d'extraction permettant de saisir la tête du fœtus et de la faire progresser vers l'extérieur en lui faisant suivre les axes du pelvis avec flexion, rotation, déflexion.

Il est impératif de connaître parfaitement l'ensemble des forces qui s'appliquent sur et à l'intérieur du trio fœtus- instrument- pelvis sous l'action de l'opérateur.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1- **Le cadre de l'étude** : Notre étude a lieu au CSRéf de Yanfolila.

1-1 Présentation du cercle de Yanfolila

Le cercle de Yanfolila est situé à l'extrême Sud-ouest de la République du Mali dans la région de Sikasso et fait partie d'une entité appelée « Wassoulou » qui signifie «va dans le pré » en Malinké. Le Peuple autochtone du Wassoulou est constitué de Peulhs ou Wassouloukés venus du Fouta Djallon en Guinée.

Il est limité à l'Est par le cercle de Bougouni, au Sud et à l'Ouest par la République de Guinée, au Nord par les cercles de Kati et Kangaba et au Sud par la République de Côte d'Ivoire.

Il couvre une superficie de 9 240 Km².

Le cercle comprend 12 communes rurales divisées en deux districts sanitaires : Yanfolila et Sélingué.

Le district sanitaire de Yanfolila couvre une superficie de 7130 Km² avec une population de 153 234 habitants en (SLIS 2009) ; soit une densité de 21,49 habitants au Km². Le taux d'accroissement annuel est de 2,7%.

Le climat est de type pré guinéen avec des hauteurs de pluie atteignant les 1 250 mm d'eau par an.

Le cercle est arrosé par de multiples cours d'eau dont les plus importants sont le Baoulé à l'est ; le Sankarani, le Wassoulou-Ballé.

La flore est très riche et diversifiée, on y trouve au sud la forêt galerie le long des cours d'eau.

Le relief est accidenté avec un aspect montagneux culminant à 500 m dans le Fouta Djallon à la limite de la Guinée.

La population est composée de peuhls qui constituent l'ethnie majoritaire, de malinkés, de bambaras, des migrants bozos dogons et de sarakolés de retour de la France qui s'adonnent à l'agriculture.

La population pratique l'agriculture, l'élevage, la pêche, la chasse, l'orpillage de type traditionnel et le commerce.

L'accès au cercle est facilité par le bitumage de la route principale Bougouni-Yanfolila. Le cercle est coupé en deux parties par un barrage sur le Sankarani à Sélingué formant un lac. Il existe quatre radios locales dont 2 à Yanfolila et 2 à Sélingué qui desservent tout le cercle. Le district sanitaire de Yanfolila comprend 17 CSCOM fonctionnels sur un total de 18 aires de santé.

Il faut aussi noter la présence d'une officine privée de pharmacie.

Pour l'éducation, il existe un lycée, des écoles de formation professionnelle (ITICA) et (CFTSAD).

1-2- Système de santé de Yanfolila

La nouvelle politique sectorielle de santé et de population prévoit la création de 18 CSCom et un CSRéf.

❖ Echelon périphérique

A ce niveau se trouvent les CSCom au nombre de 17 fonctionnels sur les 18 prévus par le Plan de Développement Sanitaire et Social du Cercle (PDSC). Ce sont des établissements sanitaires privés gérés par une ASACO, à but non lucratif. Le coût des investissements est reparti entre la population, l'état, et les partenaires au développement. Ils fonctionnent sur les ressources générées par le recouvrement des coûts. Le personnel est recruté et rémunéré soit par l'état ou l'ASACO sous le couvert des autorités sanitaires du district. Ils desservent les populations vivant dans des espaces géographiques appelés aires de santé. Ils offrent le paquet minimum d'activité qui comprend: les consultations de médecine générale, les soins infirmiers, les CPN, les accouchements, les consultations post natales, les consultations des enfants, la vaccination des enfants et des femmes, la mise à la disposition des malades de médicaments essentiels présentés sous forme de DCI. Des contraceptifs et des médicaments pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH.

Tableau I : Les différents CScCom leur population et leur distance par rapport au CSRéf.

Aires	Population	Distant du CSRéf(Km)
Cscm central	22802	1
Balanfina	2631	25
Guinso	7591	18
Kokoun	4497	75
Niéssoumala	9582	75
Yorobougoula	15959	35
Flabougoula	2892	30
Gualala	13313	25
Guélélenkoro	15068	45
Fougatiè	14443	30
Filamana	11161	100
Koloni	6755	60
Doussoudiana	5279	45
Madina Diassa	4645	75
Badogo	9246	20
Lontola	967	20
Kalana	19209	52
Tièouléna	4560	25

Echelon cercle

Représenté par le CSRéf, il correspond au district sanitaire de l’OMS. Il est le cadre d’intervention des partenaires au développement. Les soins de santé sont exécutés par des personnels médicaux qualifiés. Les activités se résument au diagnostic, au traitement, à l’exécution des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles et la promotion de la santé, à la formation et à l’encadrement des structures et des agents des soins de santé primaire, à la prévention, à la gestion, et à l’administration.

1-3- Le CSRéf de Yanfolila

1-3-1-Evolution

Il a été construit en 2010 et inauguré le 12 février 2011.

1-3-2- Les organes de gestion

Le CSRéf est géré par un comité de gestion qui se réunit tous les 6 mois. Il est composé :

- du président du conseil de cercle (président du comité)
- du médecin chef
- du maire
- du préfet
- du représentant de l’action sociale
- du représentant de la FELASCOM (la fédération locale des associations de santé communautaire)
- de la société civile et les partenaires au développement.

Au niveau interne, le médecin chef est assisté par un service administratif et financier.

1-3-3- La configuration du CSRéf

Le CSRéf est situé à la périphérie sur la route numéro 8 en allant vers Kalana. L'accessibilité entre le CSRéf et les CSCom est difficile à cause de l'état des routes. Il existe des CSCom à 100 km du CSRéf avec 4 heures de temps à l'ambulance.

A- Les infrastructures

Le centre de santé est de type pavillonnaire construit dans les années 2010.

Les différents pavillons sont constitués de :

Un bloc de consultation abritant des unités comme : la dentisterie, le laboratoire, la radiologie, l'urgence, deux bureaux de consultation de médecine générale, la salle de soins, l'ophtalmologie, deux dépôts de vente de médicaments, une toilette

- Un bloc de maternité.
- Un bloc opératoire.
- Un bloc d'hospitalisation chirurgie.
- Un bloc de médecine.
- Un bloc administratif et financier.
- Un bloc abritant le DRC (dépôt répartiteur du cercle)
- Un bureau des entrées, la salle de garde.
- Une morgue non fonctionnelle.

❖ **L'unité de maternité** est composée par :

1- **Les locaux** suivant :

- Deux bureaux servant de consultation pour les médecins responsables de la maternité.

- Un bureau pour la sage femme maîtresse servant aussi de bureau de consultation.
- Une salle d'accouchement avec deux tables d'accouchements
- Une salle de garde pour les infirmières obstétriciennes et les matrones, ---
- une salle de travail.
- Les salles d'hospitalisations : Au nombre de trois.
- Deux salles à trois lits et une salle à quatre ; soit une capacité totale de dix lits.
- Une salle de consultation prénatale.
- Deux toilettes.

2-Le Personnel :

Il est composé de :

Deux médecins généralistes

Deux sages femmes

Cinq infirmières obstétriciennes

Quatre matrones et des stagiaires

2- Les équipements :

Ils sont composés de :

Equipement technique

. Ventouse

. Forceps

. Deux tables d'accouchement

. Un aspirateur manuel

Mobilier de bureau

. Quatre tables de bureaux

. Trois bancs métalliques

. Neuf armoires métalliques

. Des chaises

L'unité de chirurgie est composée de :

- Bloc d'hospitalisation : contenant cinq salles d'hospitalisation à quatre lits chacune soit une capacité de 20 lits repartis comme suit :

Deux salles affectées à la césarienne.

Trois salles d'hospitalisations pour les autres interventions chirurgicales.

La salle de soins : Il existe une salle de soins avec une table et des matériels de pansement.

Une salle de garde et une toilette.

- Le bloc opératoire :

Il existe deux salles d'opération; une salle de stérilisation.

La salle de réveil : Avec une capacité de 2lits .

La toilette.

L'équipement :

Il est constitué de :

- Equipement technique :

Deux boîtes de césarienne ;

Deux boîtes de laparotomie;

Quatre boîtes d'hernie ;

Trois boîtes de pansement ;

Des tambours grand, moyen, et petit format;

Un autoclave ;

Deux poupinelles ;

Un appareil d'anesthésie neuf ;

Deux tables d'opérations ;

Des champs, des bottes et blouses ;

Deux aspirateurs électriques ;

Trois chariots, deux brancards.

- Mobilier de bureau :

Cinq tables de bureaux ;

De nombreuses chaises ;

Six armoires ;

Deux bancs métalliques.

Le personnel : Il est composé de :

Deux médecins généralistes ;

Deux infirmiers attestés en anesthésie réanimation ;

Deux infirmiers aides de bloc ;

Deux techniciens de surface.

B- Le Personnel : le tableau ci-dessous illustre la composition du personnel du CSRéf

Tableau II

QUALIFICATION	AU CSRéf	Observations
Médecins	7	
Assistants Médicaux (Ophtalmologie, Santé Publique)	3	
Techniciens supérieurs de santé	4	
Techniciens supérieurs de laboratoire	2	
Techniciens de santé	15	
Sages Femmes	2	
Infirmières obstétriciennes	5	
Matrones	4	
Comptables	2	
Techniciens de surface	7	
Chauffeurs	5	
Aides soignants (e)	2	
Guichetier	1	
Chargé RAC	1	
Gérants de pharmacie	3	1 DRC et 2 DV
Manœuvres/Gardien	1	
Secrétaire	1	
Planton	1	
Lavandière	1	
Total	67	

C - Le Plateau technique :

❖ **L'unité de radiologie :**

Elle est située dans le bâtiment de la consultation externe. On y réalise les clichés d'Abdomen Sans Préparation (ASP), la radiographie osseuse, la radiographie thoracique. L'échographie qui est réalisée quotidiennement par un échographiste (médecin) qui a été formé par le CSRéf.

❖ **Le laboratoire d'analyse biologique :**

Il est dans le même bâtiment que l'unité de radiologie. Plusieurs examens biologiques y sont réalisés à savoir : le groupage sanguin, la goutte épaisse, le sérodiagnostic de Widal, la glycémie, le crachat BAAR, les selles POK, la sérologie HIV, le BW, l'Ag HBs, ECBU, le frottis vaginal, le test de grossesse, la NFS.

❖ **Les dépôts de vente de médicaments essentiels :**

Il existe deux dépôts de vente de médicaments essentiels en DCI où la garde est assurée à un seul niveau. Le premier dépôt pour les heures ouvrables ou en cas de problème familial d'autre pharmacien, et l'autre dépôt pour la garde. Concernant les kits de césarienne, ils sont disponibles au niveau de l'anesthésiste pour l'intervention et au niveau du dépôt sous le contrôle de l'agent du DRC. Ces kits sont reçus au CSRéf conformément au "Guide de la gratuité de la césarienne".
Logistiques et gros équipements : Ambulance au nombre de trois, véhicule de liaison au nombre de deux, plusieurs moto, RAC, cinq réfrigérateurs et quelques ordinateurs.

D - La gestion des malades au CSRéf :

La gestion financière des malades hospitalisés et externes est faite par le bureau des entrées.

Les principes d'organisation et de fonctionnement sont les suivants :

- Le bureau des entrées constitue le point d'entrée pour avoir accès à une prestation au sein du CSRéf ;
- Les activités du CSRéf comportent les consultations, les interventions chirurgicales, les hospitalisations, et les analyses.
- Lors du paiement du ticket de consultation le personnel du bureau des entrées détermine les modalités de prise en charge, y compris les gratuités et les cas sociaux.
- le circuit des malades

Les autres cas d'urgences passent directement soit par le bureau de consultation externe, soit les services d'hospitalisation. Les malades ordinaires prennent leurs tickets au bureau des entrées.

La gestion des cas d'urgences obstétricales se fait de la manière suivante :

- L'agent qui adresse la malade (CScom) demande au CSRéf par RAC ou téléphone d'envoyer l'ambulance pour l'évacuation de la parturiente. Souvent les parturientes viennent d'elles mêmes (moto). Une fois la parturiente à la maternité, l'agent à l'accueil (IO ou sage femme) examine la patiente et si nécessaire applique l'algorithme approprié par rapport au diagnostic posé.

Les cas de références passent par le bureau des entrées comme les autres malades. Les frais d'hospitalisation, de chirurgie, d'analyses sont tous payés au bureau des entrées.

Le CSRéf possède un système de RAC au niveau de la maternité qui est fonctionnel 24/24. Les urgences des différentes aires de santé sont signalées par

RAC ou téléphone et l'ambulance assure l'évacuation des différentes zones vers le CSRéf.

2-Type d'étude

Nous avons effectué une étude prospective transversale.

3 –Durée d'étude

Notre étude s'est étalée sur 6 mois allant du 1er septembre 2011 au 29 février 2012.

4-Population d'étude :

Elle comprenait toutes les femmes enceintes admises au CSRéf durant la période de l'étude.

5- Echantillonnage

L'étude a porté sur toutes les urgences obstétricales prise en charge au CSRéf de Yanfolila durant la période d'étude.

6-Critères

- **Critères d'inclusion** : Sont incluses dans l'étude toutes les patientes, présentant une urgence obstétricale quel que soit le mode de prise en charge au CSRéf.

- **Critères de non inclusion** : Ne sont pas incluses dans l'étude :

Les femmes admises au CSRéf pour un problème non obstétrical;

Les gestantes et /ou les parturientes dont la lecture du dossier ne révèle aucune information sur le caractère urgent de la pathologie obstétricale ;

Les gestantes admises pour une intervention obstétricale programmée ;

Les décès maternels constatés à l'arrivée.

7- Déroulement de l'enquête

7-1- La rédaction du protocole : Elle a duré un mois au cours duquel un questionnaire servant de fiche d'enquête a été préparé et corrigé par le directeur de thèse.

7-2- Collecte des données : Elle a duré 6 mois allant du 1er septembre 2011 au 29 février 2012. Elle s'est déroulée au CSRéf de Yanfolila, à la maternité où un questionnaire a été rempli pour chaque malade. L'outil a été testé pour vérifier la validité. Ensuite le questionnaire a été rempli pour chaque malade. Nous avons eu recours aux dossiers des malades, aux partogrammes, au registre de garde de la maternité, au registre de césarienne et d'hospitalisation de la chirurgie.

7-3- Le suivi des patientes : Les patientes ont été suivies avec la collaboration de tout le personnel de la maternité et de la chirurgie durant leur séjour. Le contrôle post opératoire est réalisé par les infirmiers aides de bloc tous les mois pendant trois mois successifs. Les autres malades le rendez-vous selon leur état.

8- Traitement des données :

Les données ont été saisies sur Word et l'analyse statistique sur SPSS.

9- Aspect éthique : Le remplissage des supports de collecte des données a eu lieu avec le consentement des malades. Les résultats de cette étude serviront à l'amélioration de la qualité des services.

10- Définitions opératoires :

Pour la clarté de l'étude, nous avons jugé opportun de définir les termes suivants :

- **Pronostic materno-fœtal** : Nous entendons par pronostic materno-fœtal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.
- **Gestité** : c'est le nombre de grossesse chez une femme.
- **Primigeste** : une femme qui est à sa première grossesse.
- **Paucigeste** : il s'agit d'une femme qui a fait entre deux à trois grossesses.
- **Multigeste** : c'est une femme qui a fait quatre à cinq grossesses.
- **Grande Multigeste** = c'est une femme qui a fait six grossesses et plus.
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement.
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a pas fait d'accouchement.
- **Primipare** : une femme qui a fait un seul accouchement.
- **Paucipare** : une femme qui a fait deux à trois accouchements.
- **Multipare** : une femme qui a fait quatre à cinq accouchements.
- **Grande multipare** : c'est une femme qui a fait six accouchements et plus.
- **Hypertension artérielle** : lorsque chez la femme enceinte la tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une tension artérielle diastolique est supérieure ou égale à 90 mmHg en deux consultations différentes.
- **Anémie** : chez la femme est définie comme étant un taux d'hémoglobine inférieur à 12 grammes par décilitres.
- **Ante-partum = pré-partum** : c'est la période de la grossesse avant tout début du travail d'accouchement.
- **Per-partum** : il correspond à la période du travail d'accouchement.

- **Post-partum** : c'est la période qui s'étend de l'accouchement au retour des couches (42 jours après accouchement).
- **Mauvais score d'Apgar** : score inférieur 8.
- **Bon score d'Apgar** : score supérieur ou égal à 8.
- **Hypertension artérielle sévère** : lorsque la tension artérielle systolique est supérieure ou égale 160 mmHg et/ou une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg.
- **Tachycardie fœtale** : c'est lorsque la fréquence cardiaque fœtale est supérieure à 160 bts / mn pendant au moins 10 mn.
- **Bradycardie fœtale** : c'est la fréquence cardiaque fœtale inférieure à 120 bts / mn pendant au moins 10 mn.
- **Fréquence cardiaque fœtale normale** : c'est la fréquence cardiaque fœtale comprise entre 120 et 160 bts / mn.
- **Morbidité maternelle** : elle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse et le post-partum. Ces troubles causent des maladies, des invalidités ou des malaises mais n'entraînent pas nécessairement la mort.
- **Mortalité maternelle** : selon l'OMS, elle se définit comme << le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement, quelles qu'en soient 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>>.
- **Décès néonatale** : c'est le décès du nouveau-né entre sa naissance et le 28^{ème} jour.
- **-Décès néonatale précoce** : c'est le décès du nouveau-né entre la naissance et le 7^{ème} jour.

- **Mortalité périnatale** : c'est la mort survenant entre la 28ème semaine d'aménorrhée et les 7 jours suivant l'accouchement.
- **Délai de prise en charge** : c'est le temps écoulé entre la consultation du malade et l'administration du traitement envisagé.
- **La laparotomie** : C'est l'ouverture chirurgicale de l'abdomen par incision de sa paroi

RESULTATS

IV- RESULTATS

1-Fréquences

Au cours de la période d'étude, nous avons obtenu les résultats suivants :

Nombre d'accouchements : 343

Nombre de césariennes : 72

Nombre d'urgences obstétricales reçues : 81

Nous avons colligé 81 dossiers d'urgences Obstétricales sur un total de 343 accouchements en 6 mois, soit une fréquence de 23,61%.

2- Etude des patientes selon les variables socio démographiques

Tableau III : répartition des patientes selon l'âge

Age	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 17 ans	18	22,2
18 à 34 ans	48	59,3
35 ans et plus	15	18,5
Total	81	100%

Les âges extrêmes sont de 15 ans et 43 ans avec une moyenne de 25ans ; la médiane c'est 2 et l'écart type est de 0,64

Tableau IV : répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Mariée	43	53,1
Célibataire	25	30,9
Divorce	9	11,1
Veuve	4	4,9
Total	81	100

Tableau V : répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Salariée	4	5
Ménagère	67	82,7
Etudiante/élève	7	8,6
Commerçante	3	3,7
Total	81	100

Tableau VI : répartition des patientes selon la distance par rapport au CSRéf

Distance	Effectif absolu	Pourcentage (%)
De 0 à 5 km	7	9
De 6 à 15 km	4	5
16 à 32 km	26	32
Plus de 32 km	44	54
Total	81	100

Les distances extrêmes sont de 1 et 100 km avec une distance moyenne de 50km.

Tableau VII: Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation

Notion d'instruction	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Scolarisée	25	31
Non scolarisée	56	69
Total	81	100

3-Etude des parturientes selon les variables cliniques

Tableau VIII : répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Nullipare	14	17,3
Primipare	12	14,8
Paucipare	15	18,5
Multipare	17	21
Grande multipare	23	28,4
Total	81	100

Tableau IX : répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif absolu	Pourcentage (%)
CPN 0	28	34,6
CPN 1	24	29,6
CPN 2-3	17	21
CPN 4 et plus	12	14,8
Total	81	100

Tableau X : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Venue d'elle-même	18	22,2
Référence/Evacuation	63	77,8
Total	81	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon le moyen de transport pour aller au CSRéf.

Moyen de transport	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moto	20	24,7
Voiture	14	17,3
Ambulance	47	58
Total	81	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon le temps mis pour arriver au CSRéf

Le temps d'arriver	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Plus de 2h	66	81,5
Moins de 2h	15	18,5
Total	81	100

Les durées extrêmes étaient de 10mn et 4h30mn; avec une moyenne de 2h30mn.

Tableau XIII : répartition des patientes selon le motif de référence /évacuation

Motif	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Travail prolongé (dystocie)	30	47,6
Hémorragie /grossesse	9	14,3
HTA /grossesse	4	6,3
Eclampsie	7	11,1
Avortement	8	12,7
Hémorragie du post partum	5	7,9
Total	63	100%

Tableau XIV : répartition des patientes selon la qualification de l'agent référant au CSRéf

Qualification de l'agent	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Matrone	57	92,6
Infirmière	4	5
Obstétricienne sage femme	2	2,4
Total	63	100

4-Étude des parturientes selon les variables de prise en charge :

Tableau XV : répartition des patientes selon la qualification de l'agent à l'accueil au CSRéf.

Qualification de l'agent à l'accueil	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Matrone	1	1,2
Infirmière obstétricienne	63	77,8
Sage femme	13	16
Médecin	4	5
Total	81	100

Tableau XVI : répartition des patientes selon le temps moyen d'observation par l'agent à l'accueil au CSRéf avant l'appel au médecin

Temps d'observation	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 10 minutes	27	33,3
De 10 à 30 minutes	16	19,8
Plus de 30 minutes	38	46,9
Total	81	100

Les temps extrêmes étaient de 5 mn et 1h avec une moyenne de 35mn.

Tableau XVII : répartition des patientes selon le temps d'arrivée du médecin

Temps d'arriver du médecin	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 10 minutes	23	28,4
De 10 à 30 minutes	27	33,3
Plus de 30 minutes	31	38,3
Total	81	100

Les durées extrêmes étaient de 1mn et 1h avec une moyenne de 30mn.

Tableau XVIII : répartition des patientes selon le délai de prise charge

Temps mis entre la décision et l'acte	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 10 minutes	11	13,6
De 10 à 30 minutes	35	43,2
Plus de 30 minutes	35	43,2
Total	81	100

Les durées extrêmes de prise en charge étaient de 1mn et 1h30mn avec une moyenne de 45mn

Tableau XIX : répartition des patientes selon le diagnostic retenu

Diagnostic	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Travail prolongé (dystocie)	28	34,6
Hémorragie du post partum	5	6,2
Hémorragie ante partum	20	24,7
Eclampsie	13	16
Pré éclampsie	4	4,9
Complications d'avortements	11	13,5
Total	81	100

Travail prolongé : le bassin généralement rétréci, la disproportion foeto pelvienne, la présentation vicieuse (dystocie).

Tableau XX: répartition des patientes selon la prise en charge

Mode de traitement	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Accouchement normal	16	19,8
Césarienne	45	55,6
Laparotomie	4	4,9
AMIU	10	12,3
Traitement médical	6	7,4
Total	81	100

La laparotomie : 2 cas pour rupture utérine 2 cas pour GEU.

Tableau XXI : répartition des patientes selon la qualification des agents assurant la prise en charge des urgences obstétricales

Qualification de l'agent	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Infirmière obstétricienne	9	11,1
Sage femme	5	6,2
Médecin	67	82,7
Total	81	100

2-4- Etude des parturientes selon les variables pronostiques :

Tableau XXII : répartition des patientes selon la durée de séjour au CSRéf

La durée de séjour	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 3 jours	15	18,5
De 3 à 7 jours	23	28,4
De 8 à 15 jours	32	39,5
Plus de 15 jours	11	13,6
Total	81	100

Les durées de séjour extrêmes étaient de 1 et 25 jours avec une moyenne de 12 jours.

Tableau XXIII : répartition des patientes selon l'état de la mère

Pronostic maternel	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Vivantes	77	95,1
Décédées	4	4,9
Total	81	100

Tableau XXIV : répartition des patientes selon la morbidité

Morbidité	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Infections puerpérales	16	88,9
FVV	2	11,1
Total	18	100

Tableau XXV : répartition des patientes selon la cause de décès maternel

Cause de décès maternel	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Hémorragies	3	75
Eclampsie	1	25
Total	4	100

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon l'état du nouveau né

Pronostic néonatal	Effectif absolu	Pourcentage %
Vivants	57	81,4
Mort né frais	4	5,7
Mort né macérés	3	4,3
Décès dans les 24h	6	8,6
Total	70	100

Tableau XXVII : Pronostic maternel selon la résidence

Pronostic maternel La résidence	Etat maternel		Total
	Vivant	Décédé	
0 à 5 Km	6 (7,4%)	1(1,2%)	7(8,6%)
6 à15 km	4(5%)	0	4(5%)
16 à 32Km	26(321%)	0	26(32,1%)
Plus de 32 Km4	41(50,6%)	3(3,7%)	44(54,3%)
Total	77(95,1%)	4(4,9%)	81(100%)

Tableau XXVIII : Pronostic néonatal selon la distance parcourue

Pronostic néonatal Résidence	Etat du nouveau ne		
	Vivant	Décédé	Total
0 à 5 Km	2(2,9%)	2(2,9%)	4(5,8%)
6 à 15 Km	2(2,9%)	1(1,4%)	3(4,3%)
16 à 32 Km	21(30%)	3(4,3%)	24(34,3%)
Plis de 32 km	32(45,6%)	7(10%)	39(55,6%)
Total	57(81,4%)	13(18,6%)	70(100%)

Tableau XXIX : Pronostic néonatal selon le délai de prise en charge

Pronostic néonatal Le délai prise en charge	Etat du nouveau ne		
	Vivant	Décédé	Total
Moins de 10 mn	11(15,7%)	0	11(15,7%)
10 à 30 mn	24(34,3%)	3(4,3%)	27(38,6%)
Plus de 30 mn	22(51,4%)	10(14,3%)	32(45,7%)
Total	57(81,4%)	13(18,6%)	70(100%)

Tableau XXX Pronostic néonatal selon le diagnostic retenu

Pronostic néonatal Diagnostic retenu	Etat du nouveau ne		
	Vivant	Décédé	Total
Travail prolongé	25(35,7%)	3(4,3%)	28(40%)
Pré-éclampsie	14(20%)	3(4,3%)	17(24,5%)
Hémorragie ante post partum	18(25,7%)	7(10%)	25(35,7%)
Total	57(81,4%)	13(18,6%)	70(100%)

Tableau XXXI Pronostic néonatal selon le nombre de CPN

Pronostic néonatal Nombre de CPN	Etat du nouveau ne		
	Vivant	Décédé	Total
0	16(22,8%)	5(7,2%)	21(30%)
1	17(24,3%)	5(7,2%)	22(31,5%)
2 à 3	15(21,4%)	1(1,4%)	16(22,8%)
4 et plus	9(12,9%)	2(2,9%)	11(15,7)
Total	57(81,4%)	13(18,6%)	70(100%)

Tableau XXXI Le nombre de CPN et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Niveau d'instruction		
	Instruite	Non instruite	Total
0	6(7,4%)	22(27,1%)	28(34,5)
1	8(9,9%)	16(19,7%)	24(29,6%)
2 à 3	5(6,2%)	12(14,8%)	17(21%)
4 et Plus	6(7,4%)	6(7,4)	12(14,8)
Total	25(30,9%)	56(69,1%)	81(100%)

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-DES ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1-1- La fréquence des urgences obstétricales

Le CSRéf de Yanfolila reçoit la totalité des références et évacuations obstétricales venant des maternités rurales, des CScom, des cliniques du district sanitaire souvent de Siekorolé dans l'aire de santé de Sélingué et de la Guinée Conakry pays voisin. Ainsi au cours de notre étude nous avons enregistré 81 urgences obstétricales sur un total de 343 accouchements en 6 mois soit une fréquence de 23,61%. Dicko S [11] a trouvé 7,01% à l'hôpital régional Fousseyni Dao de Kayes, Samaké Y [26] a trouvé 8,21% à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou, Dagnon O Z [5] au CSRéf de Bougouni et de Dougnon F [13] à l'hôpital du point G ont respectivement retrouvé 41,2% et 28,21%.

1-2-L'âge

La majorité des patientes ont un âge compris entre 18- 34 ans étaient concernées par les urgences obstétricales avec un taux de 59,3%. Dagnon OZ [6] à Bougouni ; Dicko S [10] à l'hôpital de Kayes et de Cissé S A [4] à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti; Maiga A [18] à l'hôpital régional de Ségou ; de Traoré DI [31] à l'hôpital de Koulikoro ; qui ont respectivement trouvé 71% ; 67,25% ; 60,50% ; 23,52% ; 23,91% .

Dans 22,2% des cas les patientes avaient un âge inférieur ou égal à 17 ans.

Dagnon OZ [6] à Bougouni ; Cissé SA [4] à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti ; Diarra [10] au CSRéf de la commune IV du district de Bamako ont trouvé 5,63% ; 11,03% ; 34,4%.

La prédominance de cette tranche d'âge (18-34 ans) s'expliquerait par le fait que c'est la période d'activité génitale intense et l'autre de 17 ans par le mariage précoce des filles et la précocité des rapports sexuels auxquels s'ajouterait la survenue de grossesse précoce.

1-3-La résidence

Au cours de notre étude nous avons constaté que 86,4% des urgences obstétricales provenaient des centres situés à plus de 15 km du CSRéf Dagnon OZ [6] a trouvé 72,53% au CSRéf de Bougouni.

1-4-La parité

Il faut se rappeler que la primiparité et la grande multiparité constituent des facteurs de risque au cours de l'accouchement. Au cours de notre étude, les grandes multipares ont représenté 28,4% des urgences obstétricales. Cissé SA [4] et Dicko S [11] qui ont respectivement trouvé 16,4% à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti et 20% à l'hôpital régional Fousseyni Dao de Kayes en 2001. Les nullipares ont représenté 17,3%, Cissé S A [4] à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti; Dagnon OZ [6] au CSRéf Bougouni, Kodio S [16] à l'hôpital de Point G et Dissa L [12] au CSRéf de la commune V ont trouvé 15,7% ; 36% ; 49,53% ; 34,6%.

Les multipares représentaient les 33,3%, Dagnon OZ [6] au CSREF de Bougouni, de Kodio S [16] à l'hôpital du point G en 2005 et Cissé SA [4] à l'hôpital régional de Mopti ont trouvé 46% ; 40% ; 12,8%.

L'analyse de ces données montre que les urgences obstétricales peuvent survenir à tout moment de la parité. Les différentes causes qui expliqueraient cet état de fait sont entre autre l'immaturation du bassin; l'absence de surveillance des grossesses et du travail d'accouchement, la fragilité de l'utérus par suite à des grossesses multiples et rapprochées.

1-5-Statut matrimonial

Les patientes mariées ont représenté 53,8% de notre échantillon alors que Cissé SA [4] a retrouvé 96,1% à Mopti. 30,9% de nos patientes étaient célibataires.

1-6-Profession

Selon la profession 82,7% des femmes étaient ménagères donc sans revenu mensuel. Thieba B [28] a trouvé 93,1% au Burkina Faso et Traoré [31] a trouvé 93,67% au CSRéf de la commune VI, contre 4,9% de salariées. Il s'agit essentiellement d'un cercle où l'activité principale est l'agriculture ; les fonctionnaires sont faiblement représentées et le secteur commercial très peu développé.

1-7- Niveau d'instruction :

Dans cette étude 69,1% des patientes de notre échantillon étaient non scolarisées. Ce constat avait été confirmé par Keita MA [14], Cissé K [3] et Keita N [15] qui ont respectivement trouvé 85,3%, 55,6%, et 85% de gestantes non scolarisées.

2- LES ASPECTS CLINIQUES :

2-1-CPN

Dans notre étude 34,6% des patientes n'ont effectué aucune CPN 29,6% n'ont effectué qu'une seule CPN et seule 14,8% ont assuré quatre ou plus de suivi prénatal. Dagnon OZ [6] à Bougouni 19% qui n'ont pas fait de CPN; 43% une seule CPN ; 38% quatre CPN ou plus. Nous constatons que malgré les CPN la survenue d'urgence au cours d'une grossesse est imprévisible mais qu'elle peut être traitée avec succès.

2-2-Mode et moyen d'admission :

-Dans notre étude 77,8% des patientes ont été référées ou évacuées. Dagnon OZ [6], Sidibé D [27], de Kodio S [16] et de Saizonou J [25] ont trouvé respectivement 82% ; 59,65% ; 63,77% et 68,8% de référence/ évacuation.

L'analyse de ces résultats prouve bien que le système de référence/évacuation mis en place par nos autorités sanitaires fonctionne malgré les difficultés financières et matérielles.

-En ce qui concerne le moyen de transport 58% des femmes ont utilisé l'ambulance et 24,7% la moto.

2-3-Le temps d'arrivé :

La communication à l'intérieur du cercle est mauvaise en raison du mauvais état des routes et les CSCOM sont souvent très éloignés du CSRéf.

Les CSCOM les plus distants sont situés à 100 km pour Filamana et 75km pour respectivement kokoun, Nièssoumala et Madina Diassa. Dans le cercle de Yanfolila 54% des CSCOM sont situés à au moins 32 km du CSRéf ce qui pose des problèmes d'évacuations.

Ainsi 81,5% des urgences ont pris un retard sur le trajet. Le mauvais état des routes associé souvent à la distance importante des CSCOM au CSRéf avec 54% des CSCOM à plus de 32 km expliquent dans la majorité des cas le long temps passé au cours de l'évacuation des patientes.

2-3- La nature des complications :

Dans notre étude nous avons constaté que les urgences obstétricales du district sanitaire restent dominées par le travail prolongé 34,6%, les hémorragies ante ou post partum 30,9% et l'HTA et ses complications 20,9%. Dagnon OZ [6] a trouvé respectivement 67,6% de dystocie ; 17,6% d'hémorragies ante et post partum ; 2,81% d'HTA au CSRéf de Bougouni; Cissé SA [4] a trouvé, les hémorragies ante et post partum 52,45% ; la pré éclampsie 16,18% travail prolongé 9,8% à l'hôpital de Mopti. Ly B [17] a trouvé 62% de travail prolongé au centre hospitalier de Nouakchott. Nnomoko E [21] a trouvé 9,4% de pré éclampsie à l'hôpital de Yaoundé. Bouh J [2] a trouvé 59,3% d'hémorragie et 27% d'éclampsie au CHU de Yopougon.

Nous constatons que le district sanitaire de Yanfolila diverge avec l'hôpital de Mopti par rapport à la classification des urgences par Cissé SA [4] qui a trouvé les hémorragies ante et post partum 52,45%, l'HTA et ses complications 16,18% le travail prolongé 9,80%.

3- DES ASPECTS DE PRISE EN CHARGE

3-1- Qualification de l'agent référant au CSRéf :

En ce qui concerne l'agent référant 92,6% de nos femmes ont été référées par les matrones. Dagnon OZ [6] et Kodio S [16] ont trouvé respectivement 78% et 32,27% référées par les matrones. Pour les infirmières obstétriciennes notre taux est de 7,4% Dagnon OZ [3] et Kodio S [16] qui ont trouvé respectivement 22% et 11,02%.

3-2- La gestion des urgences obstétricales au CSRéf :

Dans 40,6% des cas, l'agent à l'accueil a mis plus de 30 minutes de temps d'observation avant de référer au médecin. Nous constatons un retard aussi dans la prise de décision car 38,3% ont mis plus de 30mn avant d'être vu par le médecin ; cela pourrait s'expliquer par la non effectivité de la garde des médecins. Une fois le diagnostic posé et proposé les mesures qui s'imposent par rapport à l'algorithme approprié. L'exécution de cette décision pose un problème de mobilisation car 42,2% des complications font plus de 30 minutes dans l'attente du traitement thérapie ordonnée par le médecin. Cela peut être expliqué par la non effectivité de la garde du personnel le manque de restauration de l'équipe de garde.

Au total 42% des urgences ont mis 60 minutes de temps avant d'être prises en charges à Yanfolila. Dagnon OZ [6] Diarra Y [10] et Togora M [29] qui ont trouvé respectivement 37%, 9% et 8,90%.

3-3- Le mode de prise en charge :

Dans l'optique de secourir ces mères épuisées par plusieurs heures voir plusieurs jours de travail, la césarienne restent le mode de traitement le plus utilisé avec 55,6% des cas. Dagnon OZ [6] a trouvé 80%, Dissa L [12] 69,01%; De Brouwere et Lerberghew V [7] 90%; Nnomoko E [21] 70% ; KODIO [16]

48,13% et Condo D [5] 27, 1%. De toutes ces études la césarienne est l'intervention la plus pratiquée avec un pourcentage allant de 48 à 90% ; ce qui atteste qu'elle reste encore très pratiquée dans les CSRéf.

A coté de la césarienne il y a d'autres techniques telles que l'AMIU pour traiter les hémorragies suites aux avortements.

L'utilisation des anticonvulsivants et les antihypertenseurs ont été souvent indiqués selon les pathologies (pré éclampsie). La laparotomie a été indiquée dans 4,9% de cas pour rupture utérine.

3- LES ASPECTS PRONOSTICS :

4- 4-1- Pronostic maternel :

Dans notre étude les complications ont été dominées par :

Les hémorragies nécessitant de multiples transfusions sanguines (RU, HRP, PPH) ; les infections (endométrites, suppurations pariétales) ; et les complications de l'hypertension artérielle (pré éclampsie) avec souvent une longue durée d'hospitalisation.

Le taux de mortalité a été de 4,9% contre 2% pour Dagnon OZ [6] et 11,03% pour Cissé SA [4]. Ces mortalités étaient dues à l'hémorragie dans 75% et aux complications d'hypertension artérielle dans 25% des cas.

Le mauvais état des routes, les longues distances séparant le CSRéf des CSCom et le retard à la prise en charge au CSRéf ont grandement contribué à accroître cette morbidité et mortalité maternelles.

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.

4-2- Pronostic-fœtal :

Le pronostic du nouveau né s'apprécie pendant les premières heures de vie. Il est fonction de la pathologie de la grossesse et de la dynamique d'accouchement. 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 ou égal à 7 comme décrit de nombreux auteurs [4]. Ces cas ont fait l'objet d'une

réanimation par les sages femmes et l'anesthésiste réanimateur.

Au cours de notre étude nous avons enregistré 19,6% de cas de décès, répartis comme suit : mort- né frais 6,1%; macérés 4,5% et 9,1% de décès néonataux.

Cissé SA [4] a trouvé 33,45% à Mopti, Dagnon OZ [6] 35,19% au Bougouni, Nayama M [20] 34% au Niger ; Nnomoko E [21] 4,5% au Yaoundé.

Les principales causes de ce résultat sont entre autres : le retard de la référence/évacuation au niveau des CSCom lié à la longue distance ; au mauvais état des routes ; le retard de prise en charge au niveau du CSRéf, le manque de moyen de réanimation néonatal malgré la formation des Sages Femmes à la technique.

VI- CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

Conclusion

Les urgences obstétricales constituent à la fois un problème médical et un problème de santé publique.

Notre étude a permis d'apprécier l'ampleur de ces problèmes, avec une fréquence de 23,61% les urgences obstétricales occupaient une grande place dans les activités de la maternité du CSRéf de Yanfolila.

Dans l'étude, notre échantillon était surtout caractérisé par le jeune âge des patientes dont 22,2% avaient moins de 17 ans.

La majorité des patientes soit 69% n'était pas scolarisée, et 82,7% était des ménagères. Les grandes multipares ont été les plus nombreuses avec 28,4%.

Les complications obstétricales fréquemment rencontrées étaient : le travail prolongé, les hémorragies ante ou post partum, l'HTA et ses complications (pré éclampsie) avec un taux de mortalité de 4,9%.

Selon la morbidité 88,9% était des suppurations pariétales et 11,1% des fistules vesico-vaginales.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

1- CScom/ASACO :

- Sensibiliser la population pour une meilleure fréquentation des CScom et surtout à pratiquer les CPN ;

2- DRS/CSRéf :

- Renforcer la capacité d'accueil du CSRéf (salles d'hospitalisation, lits) ;
- Assurer la formation continue du personnel et la supervision des centres ;
- Rendre effective la garde (médecin, laborantin) ;
- Instaurer la restauration de l'équipe de garde;
- Augmenter le rythme de la supervision des différents CSCOM ;
- Instituer des journées de don de sang en collaboration avec l'association des donateurs bénévoles de sang ;
 - Utiliser les radios de proximité pour sensibiliser les ménages sur l'importance des CPN ;
- Sensibiliser la population pour le don de sang ;
- Doter le CSREF en document de PNP
- Veillez à l'application des normes et procédures

3- A la population/Leaders communautaires :

- Fréquenter les consultations prénatales et post natales
- Eviter les accouchements à domicile ;

- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé pour un changement de comportement rapide ;
- Soutenir les efforts faits pour la mise en place du système de référence et évacuation en mettant en place des mutuelles pour payer les frais de transport.

4-Au ministre de la santé :

- Appuyer les collectivités par le recrutement d'un personnel qualifié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Doter les structures en matériels et équipements adéquats.
- Assurer la formation continue du personnel

5- Aux partenaires de santé du Mali :

- Soutenir le Mali en moyens matériels et infrastructures sanitaires afin de mener à bien une politique de santé en matière de santé de la reproduction des adolescentes ;
- Soutenir le Mali pour recycler et former le personnel médical en médecine d'urgence

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : Togola

PRENOM : Lassina

Titre de la thèse : PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTÉTRICALES AU CSREF DE YANFOLILA.

Année Universitaire : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

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

Secteur d'intérêt : Gynéco obstétrique et santé publique

Résumé : Nous avons réalisé une étude prospective transversale pour déterminer les problèmes rencontrés dans la prise en charge des urgences obstétricales au CSRéf de Yanfolila du 1^{er} septembre 2011 au 29 février 2012.

Nos objectifs étaient :

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales au CSRéf de Yanfolila ;
- Identifier les urgences obstétricales rencontrés au CSRéf de Yanfolila ;
- Décrire les mécanismes de prise en charge des urgences obstétricales au CSRéf de Yanfolila ;
- Préciser les difficultés de prise en charge des urgences obstétricales ;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.

Au cours de cette étude nous avons enregistré 343 accouchements et 81 urgences obstétricales soit une fréquence de 23,61%.

L'âge moyen des patientes était compris entre 18 et 34 ans dans 59,3% des cas.

Les adolescents (moins de 17 ans) ont représenté 22,2% des cas. La majorité de

nos patientes étaient des ménagères soit 82,7% sans revenu mensuel. Les grandes multipares ont été les plus nombreuses avec 28,4%. Le mode de référence/évacuation a été le mode d'admission le plus fréquent avec 77,8% des cas. Les longues distances entre les CSCOM et le CSRéf 54,3% des CSCOM sont situés à plus de 32 km et le mauvais état des routes affectent négativement la référence/évacuation.

Les complications restent dominées par le travail prolongé 34,6 %, les hémorragies ante ou post partum 30,9 %. La prise en charge des urgences obstétricales est très médiocre avec 92,6% des urgences évacuées par les matrones et reçu par les infirmières obstétricales dans 76,5% des cas. L'absence de garde organisée au CSRéf a retardé la prise en charge avec un délai moyen de prise en charge des urgences de 45 minutes. Le taux de mortalité maternel est très élevé avec 4,9%. Les causes de décès maternels observées ont été dominées par les hémorragies dans 75% des cas et les complications d'HTA dans 25%des cas.

Les mots clés : Urgences ; hémorragies ; mortalité ;

REFERENCES

- 1- Ballo MB ; Traoré SM ; Niambélé I, Ba S, Ayad M, Ndiaye S**
Enquête démographique et de santé (EDSIII) juin 2002,450 pages.
- 2- Bouh.J et col**
La mortalité maternelle péri- opératoire au cours des urgences des urgences gynéco- obstétricales au CHU de Yopoungo janvier 2006 décembre 2009.
ARME 4 p8
- 3- Cissé K**
Facteurs de risque de la rupture prématuré des membranes au service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.
Thèse de Med Bamako 2006.
- 4- Cissé SA**
Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti de 281cas.
Thèse de Méd Bamako 2008. 08M300.
- 5- Condo D, Bohoussou KM, Mubikayim L, Boni ES, Koné N**
Evaluation de la mortalité maternelle au CHU de Cocody sur 2 ans (2001et 2002); Abstracts du 7^{ème} congrès de la SAGO, SOMAGOII, Urgences obstétricales.233.
- 6- Dagnon OZ**
Problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au CSRéf de Bougouni.
Thèse de Méd Bamako 2008.
- 7- De Brouwere V et Lerberghew V**
Etude des BONC au Maroc, 1998 ; contrat B7-6310 /98/02.
- 8- De Groof D, Harouna Y et Bossyns S :**
Application de la méthode des besoins obstétricaux non couvert dans la communauté de Niamey, Niger 1999 ; mortalité maternelle Niamey Niger, Afrique intertropicale ; Manuscrit.
- 9- Diakité M**
Pronostic materno-foetal de l'éclampsie dans le service de gynécologie obstétrique au CHU Gabriel Touré à propos de 161 cas.
Thèse de Méd. Bamako 2008-2009. 09M98.

- 10- Diarra Y**
Résultat de l'étude des césariennes au CSRéf de la commune IV du district de Bamako à propos de 200 cas.
Thèse de Méd. Bamako 2006, no : 235.
- 11- Dicko S**
Etude épidémiologique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Dao de Kayes.
Thèse de méd. Bamako 2001.no 101.
- 12- Dissa L**
Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au CSRéf de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1205 cas.
Thèse de méd. Bko 2005, no : 05-M-110.
- 13- Dougnon F**
Contribution à l'étude des urgences gynéco-obstétricales à la maternité de l'hôpital du point G.
Thèse de méd. Bko 1989 no64.
- 14- Keita M A**
La rupture prématuré des membranes : aspect épidémiologique clinique et thérapeutique au service de gynécologie et obstétricale de centre santé de référence de la commune V du district de Bamako.
Thèse de Med. Bko 2002 no 23.
- 15- Keita N**
Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de la rupture prématuré des membranes dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.
Thèse de Med. Bko 2008-2009. 09M285.
- 16- Kodio S**
Urgences gynéco obstétricales dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital national du point G de 2004 à 2005 à propos de 210 cas.
Thèse de Med. Bko 2006 M 188.
- 17- Ly B, Gueye ML, Tourad AC**
Prise en charge des urgences obstétricales au centre hospitalier de Nouakchott du 1^{er} janvier au 30 juin 2002 ; abstract du 7^{ème} congrès de la SAGO, SOMAGOII, Urgences obstétricales 244.
- 18- Maiga A** : Etude des besoins obstétricaux non couvert dans la région de Ségou.
Thèse de Méd. Bko 2000 no : 00-M-103.

19- Merger R et col

Précis d'obstétrique, 6e édition Masson, Paris, 2001, p 135-438.

20- Nayama M, Miye A, Kamaye M, Nafiou I, Garba M

Etude des besoins obstétricaux non couverts au Niger 1998 ; abstracts du 7^{ème} congrès de la SAGO, SOMAGO II. Urgences obstétricales 142.

21- Nnomoko.E et col

La prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital gynéco obstétrique de Yaoundé du 1^{er} janvier au 30 juin 2012

ARME 12 SARANF 2012 p14.

22- OMS

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé .connexe 10^e révision. Genève 1997.

23- OMS

La mortalité maternelle, enquête démographique et de sante 2012-2013.

24- Ouédraogo.C et Col :

mortalité maternelle, médecine d'Afrique noire octobre 2001, tome 48 : No 10. P 403-410

25- Saizonou J, Goufodji S, Kanhonou A, Lokossou A, Alihonou E

Les références en situation d'urgence des morbidités maternelles graves : Aspects épidémiologiques et pronostiques dans cinq maternités de Benin du 1^{er} octobre 1999 au 1^{er} octobre 2000; abstracts du 7^{ème} congrès de la SAGO, SOMAGO II. Urgences obstétricales 216.

26- Samaké Y

Approche épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital

Nianakoro Fomba de Ségou de janvier à décembre 2000.

Thèse de méd. Bko 2002 no11.

27- Sidibé D

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

Thèse de méd. Bko 2004, no158.

28- Thieba B, et col

Système de référence et de contre référence des urgences gynéco - obstétricales des maternités de la ville de Ouagadougou du 1^{er} octobre 2001 au 31 janvier 2002 ; Abstracts du 7^{ème} congrès de la SAGO, SOMAGO II. Urgences obstétricales 219.

29- Togora M

<<Etude qualitative de la césarienne au CSRéf de la commune V du district de Bamako de 2000 à 2002 à propos de 2883 cas >>.

Thèse de méd. Bko 2004 no135.

30- Traoré D

Etude des besoins obstétricaux non couverts dans la région de Koulikoro 2001.

Thèse de Méd. Bko 2003, no ; 03-M-41.

31- Traoré DI

La procidence du cordon ombilical : Aspect épidemiolo-clinique, thérapeutique et pronostic fœtal dans le CSRéf de la commune VI.

Thèse de Méd. Bko 2009.

Fiche de collecte des données

N° d'identification du patient :

I Données sociodémographiques :

Age : a) inférieur ou égal à 19 ans / ___ / b) 20-34 ans / ___ / c) supérieur à 35 ans / ___ /

Statut matrimonial : a) Célibataire / ___ / b) Mariée / ___ / c) Divorcée / ___ / d) Veuve / ___ /

Profession : a) Ménagère / ___ / b) Salariée / ___ / c) Commerçante / ___ / d) Etudiante / ___ /

Niveau d'instruction : a) Fondamental / ___ / b) Secondaire / ___ /

c) Supérieur / ___ / d) Non alphabétisé / ___ /

Résidence : a) 0-5 km / ___ / b) 6-15 km / ___ / c) 16-32 km / ___ / d) Plus de 32 km / ___ /

II- Antécédents : a) Médicaux : HTA / ___ / Diabète / ___ / Drépanocytose / ___ / Asthme / ___ /

b) Chirurgicaux : Ancienne césarienne / ___ / Ancienne laparotomie / ___ /

c) Antécédents obstétricaux :

Parité / ___ / Gestité / ___ /

c) Gynécologiques : Prolapsus / ___ / Fibrome / ___ / Fistule / ___ /

III -Données cliniques :

Nombre de CPN : a) 0 / ___ / b) 1 / ___ / c) 2 à 3 / ___ / d) 4 et plus / ___ /

Mode d'entrée : a) Venu d'elle même / ___ / b) Référé

c) Evacuée / ____ /

Motif de référence : a) Travail prolongé / ____ / b) HTA /grossesse / ____ / c)

Eclampsie/ ____ / d) Complication d'avortement / ____ / e)

Hémorragie/grossesse / ____ / f) Hémorragie du post partum / ____ /

Le temps de transport : a) Moins d'1h de temps / ____ /

b) Plus de 2h de temps / ____ /

Moyen de transport: a) Moto / ____ / b) Voiture / ____ / c) Ambulance / ____ /

Diagnostic retenue au CSREF : a) Pré éclampsie / ____ / b) Complication

d'avortement / ____ / c) Hémorragie ante ou post partum / ____ /

d) Travail prolongé / ____ /

IV- Données de prise en charge :

Qualification de l'agent à l'accueil au CSREF et ayant référé au médecin :

a) Matrone / ____ / b) IO / ____ / c) sage femme / ____ / d) médecin / ____ /

Temps d'observation par l'agent à l'accueil : a) moins de 10mn / ____ /

b) 10-30mn / ____ / c) plus de 30mn / ____ /

Temps d'arrivée du médecin : a) moins de 10mn / ____ / b) 10-30mn / ____ /

c) plus de 30mn / ____ /

Mode de traitement : a) Accouchement normal / ____ /

b) Laparotomie / ____ / c) Césarienne/ ____ / d) AMIU / ____ / e) Traitement médical

/ ____ /

Durée moyenne de séjour à l'hôpital : a) moins de 3 jours / ____ /

b) 3-7 jours / ____ / c) 8-15 jours / ____ / d) plus de 15 jours / ____ /

Agent assurant la prise en charge : a) IO / ___ /

b) Sage femme / ___ / c) Médecin / ___ /

Temps moyen entre la décision et l'acte thérapeutique : a) moins de 10mn / ___ /

b) 10-30mn / ___ / c) plus de 30mn / ___ /

VI- Données du pronostic materno-fœtal :

Etat de la mère : a) Vivante / ___ / c) Vivantes avec des FVV / ___ /

b) Vivante avec des suppurations / ___ / d) Décédée / ___ /

La cause de décès : a) Hémorragie / ___ / b)

Complication d'HTA / ___ /

Etat de l'enfant : a) Vivant / ___ / c) Mort né frais / ___ /

b) Réanimé / ___ / d) Mort né macéré / ___ /

e) 24 heures d'accouchement / ___ /

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou 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