

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Un peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

F.M.O.S.

Année universitaire : 2014-2015N°

/...../

Thèse

**EVALUATION DU SYSTEME DE
REFERENCE EVACUATION A LA
MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE II DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Par **Monsieur :**

El Adj Ibrahima Sory CISSE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (*DIPLOME D'ÉTAT*)

Jury

Président : Professeur Salif Diakité

Membre : Docteur Sakoba Konaté

Co-directeur: Docteur Mamadou Haïdara

Directrice : Professeur Sy Assitan Sow

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

➤ **A Allah**

Louange à Allah, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux. Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail.

Nous prions Dieu à ce que ce travail soit un moyen d'atteindre encore plus le but de notre création qui est l'adoration.

Paix et salut sur le sceau des prophètes, sa famille, ses compagnons, tous ceux qui l'ont suivi et le suivront jusqu'au jugement dernier.

➤ **A ma tendre mère : Feue M'Balou Fatoumata Cissé**

Toi qui m'as offert ce bas monde sur un plateau d'or en échange de tes larmes, de ton corps et de ta vie, saches que malgré cette barrière entre nos deux mondes, notre cœur battra toujours pour toi jusqu'au jour de notre union dans le firdaous.

Maman toujours, maman toujours, que ce séjour te soit des plus agréables avant l'accession au paradis.

➤ **A mon père : Souleymane Cissé**

Toi qui nous as transformé ce monde en lune de mielet nous dissipé des difficultés, saches que tes nuits vierges, tes souffrances, ton sacrifice, ta bonté, ta générosité m'ont permis d'atteindre ce niveau.

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

➤ **A mon épouse Hawa Diakité**

Grâce à toi je sens ce résidu maternel (chaleur, douceur,

tendresse, sakina, foi). Tu as bravé la souffrance, la pauvreté, renoncé à tout au nom de l'amour.

Grâce à toi la vie du prophète et ses compagnons sont notre quotidien. Merci chérie, qu'Allah nous fasse bénéficier des fruits de ce travail.

➤ **A ma fille Kadidiatou Cissé**

Joie de vivre, fruit de notre mariage, puisse Dieu t'accorder la joie de grandir devant tes deux parents et faire de toi un enfant béni, pieux, préservé des maux. Amen

➤ **A mon ami Moussa Dénon**

Ami sincère, inégalé, tu nous as pris comme un frère et nous a ouvert la porte de ton cœur sans hésiter. Puisse Allah allonger notre union ici-bas et dans l'au-delà.

➤ **A mes cadets : Mariama Cissé et Bangaly Cissé**

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

➤ **A Mes tantes, oncles, cousins, cousines, neveux, nièces :**

Par peur d'en oublier, je ne citerai pas de nom.

Merci pour l'hospitalité et les bénédictions, nous vous serons toujours reconnaissants. La vraie richesse d'une famille, c'est son union. Recevez ce travail comme gage de mon attachement à cet idéal.

➤ **A ma belle-famille : la famille Diakité à Fadjiguila**

Merci de m'avoir accepté dans votre famille sans hésitation.

Que Dieu nous accorde les voies pour vous dire merci pour la confiance.

➤ **A mes amis et camarades du Mali et de la Côte d'Ivoire plus particulièrement : Yao Assita, Tangara David**

Ce travail vous est dédié.

➤ **A mes tontons : Ali Yaffa et BalamineFassa**

Merci pour l'aide

REMERCIEMENTS

A la FMOS :

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

Remerciements infinis.

Aucorps professoral de la FMOS :

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

A mes encadreurs Dr Mamadou Haidara, Dr Seydou Z Dao, Dr Bakary Abou Traoré et Dr Sakoba Konaté:

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

A Dr Boubacar Sidibé, Dr Jean Wamian Koné,

Dr Niagalé Sylla, Dr Awa Diarra, Dr Daouda

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

A mes aînés et camarades thésards du service de gynécologie et d'obstétrique du CSRef CII : Dr Salif Diabaté, Dr Daouda Traoré, Dr Adama k Diarra, Dr Kassoum Sidibé, Dr Idriss Sinclair Fouelefak, Dr Boubacar Kassambara, Dr Mohamed Traoré, Dr AmidouKoita, Dr Mohamed Korenzo, Dr Daouda Koné, Dr Ibrahim Sacko, Chata Traoré, Moussa Tangara, MamedSacko, Flakoro Niaré, Kalilou Koné, Sina Diarra, Amadou Drabo, Bakary

D. Dembélé, Cédric Seumo, El Cheick O Traoré, Cheick H Komé,
Binta Sidibé,

Aux sages-femmes, infirmières et aides-soignantes au CSRéf

CII: merci pour votre collaboration et vos conseils.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical du CSRéf

CII

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

- **Mention spéciale à tous les frères et sœurs de la Ligue**

Islamique des Elèves et Etudiants du Mali (LIEEMA):

DjazakoumouLlahourha-ira

-**A tous les aînés, promotionnaires et au personnel médical et paramédical du CSCOM de Djélibougou** plus particulièrement le Dr Aly Guindo. Merci beaucoup

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur honoraire de gynécologie obstétrique à la FMOS**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile a été possible grâce à votre simplicité.

Homme de qualité scientifique, homme de principe, homme de foi, homme de justice et homme d'égalité, votre souci constant du travail bien fait et votre sens social élevé mérite un grand respect.

Permettez-nous, cher maitre de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin que nous puissions bénéficier de votre immense expérience.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Sakoba KONATE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service adjoint de la gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.**

Cher maître,

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

Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Ce travail est surtout le vôtre, et nous gardons et garderons de vous l'image d'un grand maître dévoué et serviable. Recevez l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maitre et co-directeur de thèse

Docteur Mamadou HAIDARA

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de Kalaban-Coro**

Cher Maître

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

A vos côtés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique. Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un modèle à imiter.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour le sacrifice consenti pour nous et pour tout le soutien et la confiance que vous avez eus à notre égard.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.
Que le bon Dieu vous prête santé et la paix du cœur. Amine

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur SY Assitan SOW

- **Professeur honoraire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS du Mali.**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Cher maître,

C'est avec abnégation et le souci constant du travail bien fait que vous avez dirigé ce travail malgré vos multiples occupations. Honorable maître, nous avons été fascinés par votre sens élevé de pédagogie et votre sacrifice pour la cause estudiantine.

Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre humanisme et votre franchise nous imposent l'estime et l'admiration.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

Qu'Allah vous accorde la santé et la paix du cœur.

Liste des abréviations

ASACO = Association de Santé Communautaire

BDCF = Bruit du Cœur Foetal

BGR= Bassin Généralement Rétréci

BIP= Bipariétal

CII=Commune 2

CVI=Commune 6

Cm= Centimètre

CPN = Consultation Périnatale

CSCOM = Centre de Santé Communautaire

CSRéf = Centre de Santé de Référence

DFP = Disproportion Foeto-Pelvienne

EDS = Enquête Démographique de Santé

FVV = Fistule Vésico-Vaginale

gr= gramme

GATPA=Gestion Active de la Troisième Période del'Accouchement

GEU = Grossesse Extra-utérine

HPPI = Hémorragie du post partum immédiat

HRP = Hématome Rétro-placentaire

HU = Hauteur Utérine

Km²= Kilomètre Carré

MAP= Menace d'accouchement prématuré.

ml= Millilitre

N°= numéro

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PMA = Paquet minimum d'activité

PMI= Protection Maternelle et Infantile

PP = Placenta Prævia

PPH= Placenta Prævia Hémorragique

PTME=Prévention de la transmission mère - enfant

RAC = Réseau Administratif de Communication

RPM = Rupture Prématuration des Membranes

RU= Rupture utérine

SA= Semaine d'Aménorrhée

SAGO = Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique

SFA = Souffrance Fœtale Aiguë

SONU = Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence

UNICEF = Fond des Nations Unies pour l'Enfance

> : Supérieur

< : Inférieur

≥ : Supérieur ou égal

≤ : Inférieur ou égal

SOMMAIRE

| | |
|--------------------------------------|----|
| I .INTRODUCTION..... | 4 |
| OBJECTIFS..... | 6 |
| II.GENERALITES..... | 7 |
| III.METHODOLOGIE..... | 34 |
| IV.RESULTATS..... | 37 |
| V.COMMENTAIRES – DISCUSSION..... | 62 |
| VI.CONCLUSION- RECOMMANDATIONS..... | 73 |
| VII.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 75 |
| VIII.ANNEXES..... | 78 |

I. INTRODUCTION

La mortalité maternelle et néonatale pose un grave problème de santé publique dans le monde surtout dans les pays en voie de développement. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la mortalité maternelle dans le monde est estimée à 529000 décès par an dont 99% de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement **[16]**.

Les causes directes de ces décès maternels sont les hémorragies, les infections, les complications hypertensives, les complications des avortements et les accouchements dystociques. **[2]**

En effet l'EDS I en 1987 avait estimé le taux de mortalité maternelle à 700 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile à 156 pour 1000 naissances. **[10]** Devant cette tragédie sanitaire, il a été mis en place par le gouvernement, une nouvelle politique sectorielle de santé et de population en 1990 pour réduire ces taux.

Dans cette lancée, fut mis en place un système de référence qui entraine dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité.

L'application de la politique sectorielle de santé et de population a abouti à la mise en place des centres de santé communautaires encadrés par les centres de référence. **[11]**

Il y a eu une tendance à l'amélioration, matérialisée par une diminution du ratio de mortalité maternelle qui a été estimé respectivement à 582 et 464 pour 100.000 naissances vivantes par l'EDS III **[12]** et l'EDS IV. **[13]**

Cette organisation se heurte à un certain nombre de problèmes:
-l'accessibilité géographique des malades au centre de référence ;

- la disponibilité d'un personnel qualifié ;
- l'accessibilité financière des patientes aux soins ;
- l'inadéquation des soins obstétricaux d'urgences. **[3]**

Face à cette situation, les autorités sanitaires du Mali ont mis en place un système de référence évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux en prenant compte des aspects techniques organisationnels de communication logistique et financière pour faciliter l'accès aux soins des populations. **[14]**

Ce système de référence évacuation a été mis en place en commune II du district de Bamako à partir du 31 décembre 2006 par la création du centre de santé de référence de la commune II. **[15]**

Au Mali de nombreuses études ont été faites sur les évacuations dont une réalisée en 2009 au centre de santé de référence de la commune II.

C'est dans l'optique d'une évaluation récente, que le présent travail se propose de revoir le système de référence /évacuation à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako en se fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Étudier le système de référence/évacuation à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des références/évacuations obstétricales au CSRéf CII.
- Préciser le profil sociodémographique des patientes référées ou évacuées.
- Préciser les motifs des références/évacuations obstétricales.
- Déterminer les conditions de référence/évacuation.
- Déterminer le pronostic maternel et foetal.

II. GENERALITES

1. Définition : la référence/évacuation sanitaire

Le système de référence évacuation est un processus de gestion des services de santé d'un district sanitaire pour une prise en charge efficace et efficiente des malades. [15]

La société Africaine de gynécologie-obstétrique (SAGO) lors de sa conférence biannuelle tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes :[2]

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

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

Ce pronostic dépend :

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

Selon Maine D et Col [7] il y a 3 types de retards qui aggravent le pronostic maternel et foetal :

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

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

Le gouvernement de la République du Mali a adopté en décembre 1990, la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population [11]. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé. Elle préconise la participation effective de la communauté au financement et à la gestion des centres de santé. La population se regroupe au tour d'une association appelée ASACO (Association de Santé communautaire) pour le financement et la gestion du CSCOM (Centre de Santé Communautaire).

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

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

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

Tableau 1: Organisation du système de santé par niveau, structures et fonctions au Mali

| Niveau | Structures | Fonctions |
|--|--|---|
| National | Ministère de la santé, Cabinet du Ministère, Secrétariat Général du Ministère : Hôpitaux nationaux Direction Nationale de la Santé, Structures rattachées | Orientation des politiques et planification stratégique, définition des normes et procédures, évaluation Formation continue Soins spécialisés |
| Régional | Direction régionale : Hôpital régional | Appui technique aux cercles Soins de référence de 2 ^{ème} niveau |
| Cercle | Centre de santé de référence (hôpital de première référence) | Planification/gestion, administration Soins de référence de 1 ^{er} niveau Supervision du 1 ^{er} échelon |
| Aires de santé (groupes de villages ou de quartiers urbains) | Centre de santé communautaire | Prestation des soins définis dans le paquet minimum d'activités : Préventif, Curatif, Promotionnels, Réadaptatifs. |

3. Etapes de la mise en œuvre du système de la référence/évacuation [11] :

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

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

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

-Définition du chronogramme de mise en œuvre ;

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

-Définition des indicateurs de suivi d'évaluation

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

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

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

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

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

g. Mise en place des supports SIS (système d'information sanitaire) et de gestion.

h. Suivi Supervision.

i. Monitoring semestriel.

j .Evaluation annuelle.

k. Extension aux soins de référence en médecine et chirurgie.

3.1. Conditions de réussite [18] :

- a- Mettre en place des équipes socio-sanitaires complètes du cercle (au moins 2 médecins à compétence chirurgicale, au moins 2 sages-femmes, au moins 2 infirmiers diplômés d'Etat, 1 technicien de l'Action Sociale, 1 technicien supérieur de l'Action Sociale ou 1 administrateur, 1 technicien sanitaire, 1 gestionnaire, personnel qualifié pour le fonctionnement des différentes unités opérationnelles, personnel de soutien).
- b- Rendre disponible les infrastructures et équipements (au moins un bloc opératoire avec deux salles d'opération équipées suivant les normes dont une aseptique, une maternité équipée, une unité de néonatalogie équipée selon les normes, des pavillons d'hospitalisation en chirurgie et en médecine équipés selon les normes, l'existence d'une mini banque de sang, existence d'un laboratoire, l'existence d'une salle de réanimation).
- c- Assurer la disponibilité des médicaments consommables: existence d'un dépôt de médicaments essentiels, disponibilité d'un stock suffisant en médicaments essentiels, disponibilité d'un kit complet pour le laboratoire.
- d- Assurer les financements: remboursement des kits pour l'intervention chirurgicale, les frais d'hospitalisation, actes et examens pré opératoires et le post opératoire.
- e- Donner la logistique : un réseau RAC fonctionnel ou téléphone, ambulance fonctionnelle, système de maintenance des RAC, système de transport adéquat entre le village et le CSCOM.
- f- Assurer la formation du personnel technique : périnatalité, chirurgie, anesthésie, laboratoire, gestion.
- g- Assurer la formation des membres des ASACO.

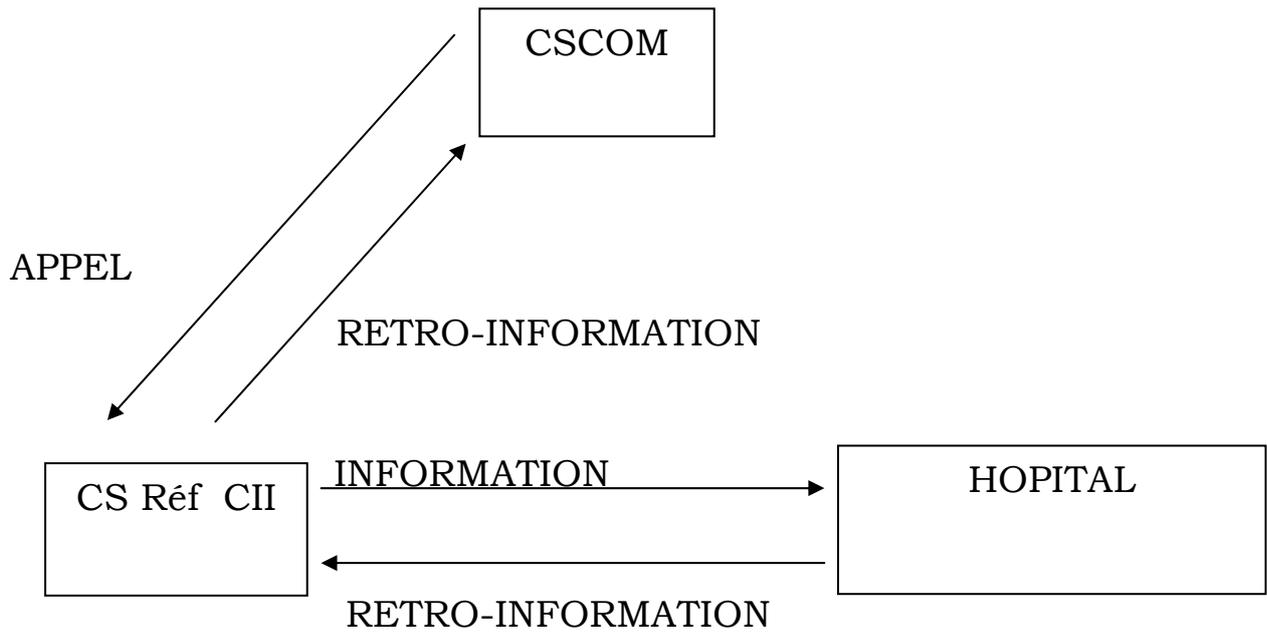
3.2. Rôle des hôpitaux nationaux dans les références évacuations:

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

4. Après la mise en place du système de référence/évacuation :

Depuis 2007, année de démarrage du système de référence évacuation dans la commune II du district de Bamako, les patientes suivent un itinéraire bien défini par le circuit suivant :

Schéma 1 :



Le CSCOM qui évacue sur décision du médecin directeur ou du médecin responsable de la garde saisit le centre de santé de référence par téléphone afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le médecin directeur ou le médecin responsable de la garde dans son message téléphonique donne des précisions sur la nature de la pathologie ; à l'arrivée de la parturiente au CS Réf, un examen obstétrical est effectué par l'interne et / ou la sage-femme appuyée par le gynéco-obstétricien. En cas de nécessité d'intervention chirurgicale, la parturiente est directement conduite au bloc opératoire où les dispositions ont été déjà prises (préparation de la salle, Kit d'urgence). L'interne et / ou la sage-femme assurent la prise en charge s'il n'y a pas de nécessité d'intervention chirurgicale sur les recommandations du médecin de garde.

Le médecin traitant établit une fiche de rétro-information qui sera transmise au chef de poste médical du CSCOM concerné.

Mais si c'est un cas de référence/évacuation 3^e niveau, le CSRéf doit informer aussitôt par téléphone la maternité de l'hôpital de l'arrivée de la malade dans les prochaines heures. Le médecin de garde établit une fiche d'évacuation, alors la malade est évacuée directement sur l'hôpital.

NB: le retard d'évacuation est dû souvent à des raisons diverses :

- Ambulance en déplacement car une seule pour la commune ;
- Panne ou absence de RAC, réseau téléphonique perturbé ;
- Réticence première de la parturiente (rare) ou ses parents.

5. Physiologie de l'accouchement [8] :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 SA). Un accouchement avant 37 SA est dit prématuré [8]. Il est dit spontané s'il se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures. Par contre, il est dit provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique. L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon, il est dirigé. L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal. Dans le cas contraire, il est dystocique [8].

Pour passer de l'excavation pelvienne à la vulve, le mobile foetal doit adapter au mieux sa forme et ses dimensions à celles du canal pelvi-génital : c'est l'accommodation.

L'accommodation se fait grâce à deux phénomènes qui sont l'orientation (la tête fœtale fait coïncider son plus grand diamètre avec celui du plan à franchir) et l'amointrissement (obtenu par la modification d'attitude de la présentation) [8].

L'accouchement comporte deux phénomènes :

5.1. Phénomène dynamique :

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

Les contractions utérines ont pour conséquences [8]:

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

5.2. Phénomènes mécaniques [8] :

La mécanique de l'accouchement met en confrontation deux éléments dont la connaissance anatomique est indispensable pour tout accoucheur: le bassin obstétrical et le mobile fœtal.

Le bassin obstétrical comprend: le détroit supérieur, l'excavation et le détroit inférieur.

Le détroit supérieur est le plan de l'engagement de la présentation, sépare le petit bassin du grand bassin. Il est formé : en arrière par le promontoire, latéralement par le bord antérieur de l'aileron sacré et les lignes innominées, en avant par le bord supérieur du pubis.

L'excavation pelvienne, canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation, est constitué par :

En avant la face postérieure de la symphyse pubienne et des corps des pubis, en arrière la face antérieure du sacrum et du coccyx, latéralement la surface quadrilatère de l'os coxal.

Le détroit inférieur, plan du dégagement de la présentation.

5.3. Travail d'accouchement :

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

L'accouchement comprend trois périodes [6] :

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

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

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

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

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

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

5.4. Pronostic maternel :

Basé sur l'étude du bassin par :

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

D'autres paramètres sont à considérer tels que : la taille de la femme, l'âge de la femme, la hauteur utérine etc.

5.5. Pronostic fœtal :

Le bien-être fœtal sera apprécié à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou cardiotocographe, de la couleur du liquide amniotique et de la PH-métrie.

6. Les motifs de référence: sont le plus souvent [2] :

- Ancienne césarienne ;
- Grande multiparité ;
- Taille courte moins de 1m50 ;
- Primipare jeune (15ans ou moins) ou âgée (30ans ou plus) ;

- Antécédent de mort –né ou d’avortement à répétition ;
- Antécédent de cure de prolapsus génital ou de cure defistule vésico-vaginal (FVV).
- Grossesse associée à une pathologie comme : le diabète, la drépanocytose, l’asthme

7. Les motifs d’évacuation [2] :

7.1. Les hémorragies :

7.1.1. La grossesse extra-utérine (GEU)[19] :

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

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

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

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

Dans les formes compliquées :

- Rupture cataclysmique : le tableau classique est celui d’un choc hémorragique par hémopéritoine avec :
 - tension artérielle abaissée,
 - un pouls accéléré et filant,
 - une défense à la palpation abdominale,

-au toucher vaginal le cri du douglas.

- Hématocèle enkysté : à l'interrogatoire on a des douleurs pelviennes évoluant depuis plusieurs jours, des métrorragies, parfois avec des épisodes syncopaux.

L'examen clinique retrouve une défense sous ombilicale inconstante, un cul-de-sac de Douglas bombé hyperalgique au toucher vaginal.

Le traitement toujours chirurgical dans notre contexte consiste à une salpingectomie le plus souvent ou parfois la laparotomie.

7.1.2. Placenta prævia(PP) [18] :

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

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

Anatomiquement nous avons trois variétés :

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

Le placenta prævia est une cause de prématurité.

7.1.3. Hématome rétro-placentaire (HRP)[4] :

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

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

Ses complications sont graves voire mortelles. Les principales sont :

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

- la nécrose corticale du rein : sur le plan 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 fibrination 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.

7.1.4. Pré rupture et Rupture utérine [18] :

➤ La pré rupture :

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

Elle se manifeste par :

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

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

- **La rupture utérine(RU)** : c'est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale.

Les causes maternelles :

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

Les causes fœtales :

- Présentations dystociques : présentation transversale, présentation du front, présentation de la face en variété postérieur ;
- Macrosomie fœtale ;
- Hydrocéphalie ;

Les causes iatrogènes :

- Emploi abusif d'ocytociques ;
- Extractions instrumentales ;

- Manœuvres obstétricales : versions par manœuvre interne et externe ;
- Expressions utérines.

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

7.1.5. Les Hémorragies de la délivrance et du post-partum immédiat [4] :

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

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

7.2. La pré-éclampsie/éclampsie [17] :

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

7.3. Les dystocies:

7.3.1. Les dystocies d'origine fœtale [4] :

7.3.1.1. La disproportion fœto-pelvienne(DFP):

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.[1] une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne [1].

7.3.1.2. Les présentations dystociques [4] :

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

7.3.1.2.1. La présentation du siège [5] :

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 % selon Delecour M. [17] sur un total de 18 % de présentation de siège au centre de Foch.

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

7.3.1.2.2. La présentation de la face [4] :

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec celui de la présentation du siège.

Elle peut aussi évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engageant en même temps au détroit supérieur peuvent provoquer souvent une rupture utérine.

7.3.1.2.3. La présentation du front [4] :

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

7.3.1.2.4. La présentation transverse/épaule [4] :

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

7.3.2. Dystocies d'origine maternelle [4] :

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

- d'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie ;

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

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

7.3.2.2. Bassins pathologiques [4] :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie Elle permet de définir trois types principaux d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

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

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

- celles dont l'état nécessite une césarienne ;
- celles chez qui l'épreuve du travail est indiquée ;

- celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse.

Pour un enfant de poids normal si :

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

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont **[8]**:

- la femme doit être en travail
- le col dilaté (3 à 4cm)
- la présentation doit être céphalique (sommet)
- le poids du fœtus normal

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit faire l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état foetal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col.

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

Les dystocies mécaniques peuvent être responsables :

Chez la mère de :

- Rupture utérine ;

- Hémorragie de la délivrance ;
- Travail prolongé avec infection du liquide amniotique.

Chez le fœtus :

- Souffrance fœtale ;
- Mort fœtale in utero ;
- Mortalité néonatale précoce.

7.3.2.3. L'utérus cicatriciel [4] :

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

7.4. Procidence du cordon [4] :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation, poche des eaux rompue. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que les cordons non-battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus.

7.5. La souffrance fœtale [4] :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal ; elle est suspectée aussi par découverte d'un liquide amniotique méconial. On distingue la souffrance fœtale chronique pendant la grossesse (liquide amniotique teinté

jaunâtre) et la souffrance fœtale aiguë pendant le travail d'accouchement (liquide amniotique teinté verdâtre). A savoir que la souffrance fœtale chronique peut devenir une souffrance fœtale aiguë pendant le travail d'accouchement.

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

8. Thérapeutiques obstétricales :

8.1. La césarienne [4] :

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

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

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

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

8.2. Les extractions instrumentales:

8.2.1. Le Forceps [4] :

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

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

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

8.2.2. La ventouse [4] :

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

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

8.2.3. Les spatules de Thierry [4]: Ce sont des instruments d'orientation et de propulsion et non de traction, ce qui les différencie des forceps.

8.3. Le déclenchement artificiel du travail :

C'est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'était pas jusque-là en travail [4].

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

8.4. Quelques manœuvres Obstétricales :

8.4.1. La manœuvre de MAURICEAU [4]:

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation pelvienne lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le 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 dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé.

La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

8.4.2. La manœuvre BRACHT [4] :

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

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

8.4.3. La grande extraction du siège [4] :

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

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

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

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} Temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre 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 antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras antérieur du fœtus.

C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

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

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

III.METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Commune urbaine, située sur la rive gauche du fleuve Niger, la commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako.

Le centre de santé de référence de la Commune II est un centre dont l'activité gynéco obstétricale est élevée.

Le service de gynécologie-obstétrique

Organisation structurale :

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchements ;
- un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et aussi pour les interventions programmées ;
- un bureau pour la sage-femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages-femmes, les infirmières et les aides-soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la Transmission mère-enfant du VIH) ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;

- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

Le personnel :

Il est constitué de :

- Trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont un est le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- des médecins en spécialisation en gynéco obstétrique de nombre variable ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sages-femmes dont l'une est la sage-femme maîtresse ;
- 4 infirmières obstétriciennes ;
- 20 aides-soignantes ;
- 5 infirmiers anesthésistes
- 3 aides de bloc ;
- 4 chauffeurs ;
- 5 manœuvres.

Fonctionnement : Activités du service

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées tous les jours ouvrables sauf les vendredis par les gynécologues obstétriciens.

Le service est doté d'une ambulance assurant la liaison entre le centre de santé de référence de la commune II et les CSCOM, les CHU du Point G et du Gabriel Touré.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 Heures et 30minutes réunissant le personnel du service, dirigé par le chef de service.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24Heures durant. Une visite des patientes hospitalisées est faite tous les jours après le staff.

2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013 soit une période de deux ans.

3. Population d'étude :

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

4. Echantillonnage :

4.1. Critères d'inclusion :

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

4.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- les patientes admises au centre pour un problème non obstétrical.
- les patientes venues d'elles même.
- les patientes admises au centre sans support conventionnel
- les patientes qui ont été réévacuées vers les hôpitaux immédiatement après leur admission au centre

5. Déroulement de l'enquête :

L'étude s'est déroulée en plusieurs étapes:

- le choix d'un sujet de thèse
- élaboration du protocole de thèse avec proposition d'un questionnaire qui a été corrigé et approuvé par le co-directeur de thèse
- phase d'enquête qui correspondait au remplissage des questionnaires en fonction des critères d'inclusion
- élaboration de la base des données
- saisie et analyse des données sur le logiciel SPSS 22.0
- collaboration avec les agents sanitaires des différentes aires de santé pour la réalisation de ce travail

6. Les variables :

Age – Ethnie – Provenance - Profession de la patiente – Profession du conjoint – Niveau d'instruction - Statut matrimonial – Motif de référence évacuation – Qualification de l'agent -Mode de référence ou d'évacuation – Moyen ou condition de référence évacuation – Support de référence évacuation- Antécédents : médicaux, chirurgicaux et obstétricaux- Examen général- Examen obstétrical- Taux d'hémoglobine- Groupe rhésus- Diagnostic retenu- Traitement-Pronostic maternel – Pronostic foetal - Durée d'hospitalisation.

7. Gestion des données :

7.1. Support et collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir :

- des dossiers obstétricaux
- des fiches d'enquêtes portées en annexe,
- des registres d'accouchement et du bloc opératoire

- du registre d'admission
- du cahier de référence/évacuation
- des supports de référence/évacuation

7.2. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel SPSS version 22.0.

Le test statistique utilisé pour la comparaison est le test de Khi-deux de Karl Pearson, avec P significatif si $P < 0,05$.

Le traitement de texte a été fait par Word 2010 ; les figures et les tableaux par Excel 2010.

8. Aspect éthique :

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle. Aucune femme n'a été nommément citée dans ce travail, garant du secret médical.

IV. RESULTATS

Durant la période d'étude sur les 6574 accouchements enregistrés au CSREF de la commune II, 600cas ont été recensés dans le cadre du système de référence/évacuation, soit une fréquence de 9,1%.

Parmi ceux-ci il y a eu 503 cas sur 600 soit 7,65%pris en charge entièrement au centre de santé de référence de la commune II.

1-fréquence

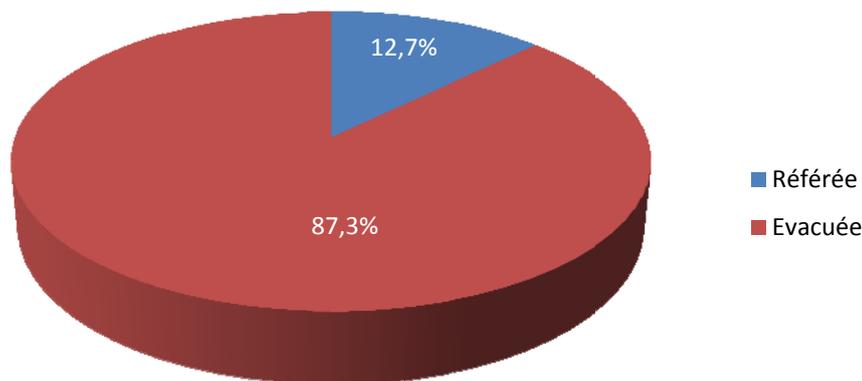


Figure I : répartition des patientes selon le mode d'admission
Les patientes évacuées ont représenté 87,3% du mode d'admission.

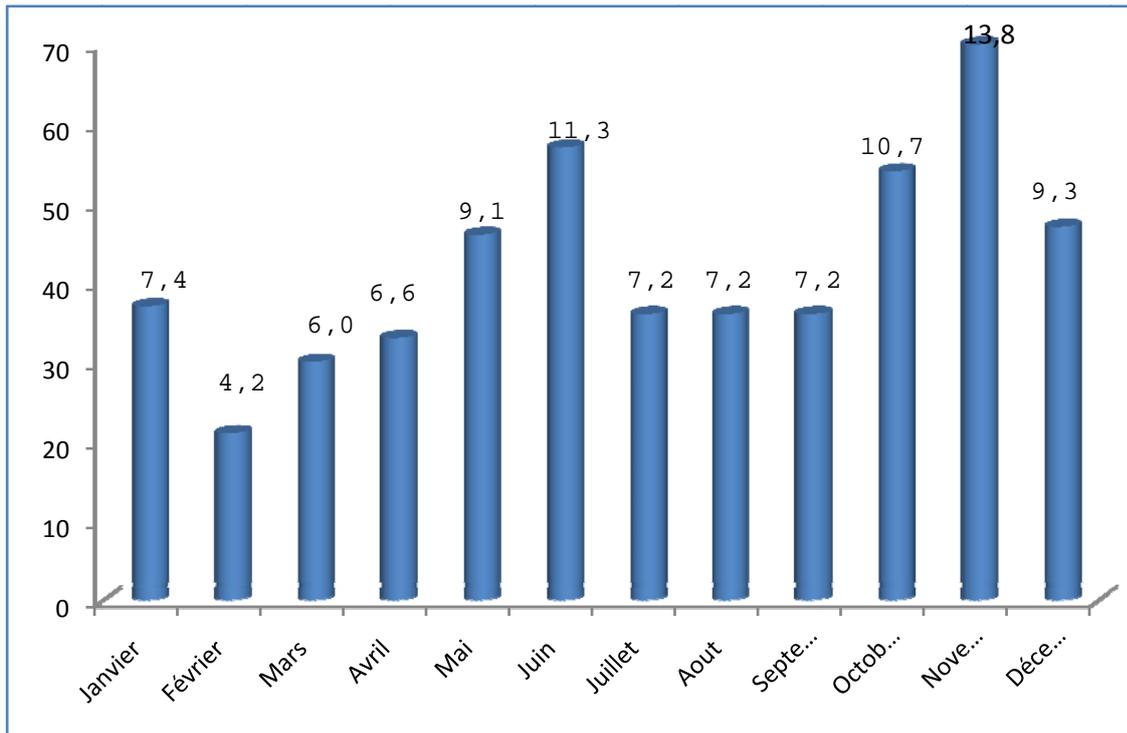


Figure II : répartition des patientes selon le mois de référence/évacuation

Le plus grand taux de référence évacuation a été enregistré au mois de novembre. Par ailleurs le plus faible taux est observé au mois de février.

2-Le profil sociodémographique

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

| Age (année) | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------|------------|-----------------|
| 14-19 | 171 | 34,0 |
| 20-24 | 134 | 26,6 |
| 25-29 | 99 | 19,7 |
| 30-34 | 51 | 10,1 |
| 35-39 | 34 | 6,8 |
| ≥ 40 | 14 | 2,8 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les adolescentes (14-19 ans) étaient les plus représentées avec 171 cas sur 503 soit 34,0 %.

Tableau II : répartition des patientes en fonction de l'ethnie

| Ethnie | Effectif | Pourcentage (%) |
|----------------|------------|-----------------|
| Bambara | 190 | 37,8 |
| Bobo | 12 | 2,4 |
| Soninké | 58 | 11,5 |
| Minia ka | 10 | 2,0 |
| Sénoufo | 17 | 3,4 |
| Peulh | 72 | 14,3 |
| Bozo | 13 | 2,6 |
| Dogon | 35 | 7,0 |
| Malinké | 42 | 8,3 |
| Sonrhaï | 54 | 10,7 |
| Total | 503 | 100,0 |

Lebambara était majoritaire avec 190 cas sur 503 soit un taux de 37,8 %.

Tableau III : répartition des patientes en fonction de la profession

| Profession | Effectif | Pourcentage (%) |
|-----------------------|------------|-----------------|
| Femme au foyer | 318 | 63,2 |
| Vendeuse | 59 | 11,7 |
| Elève | 38 | 7,6 |
| Etudiante | 11 | 2,2 |
| Aide-ménagère | 38 | 7,6 |
| Autre* | 39 | 7,8 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les femmes au foyer représentaient 318 cas sur 503 soit 63,2%.

Autres* teinturière : 18, coiffeuse : 13, couturière : 8

Tableau IV : répartition des patientes en fonction de la profession du conjoint

| Profession du conjoint | Effectif | Pourcentage (%) |
|------------------------|------------|-----------------|
| Ouvrier | 213 | 42,3 |
| Commerçant | 127 | 25,2 |
| Cultivateur | 80 | 15,9 |
| Fonctionnaire | 54 | 10,7 |
| Autres | 29 | 5,8 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les ouvriers étaient les plus représentés avec 42,3% des cas.

Tableau V : répartition des patientes en fonction de leur niveau d'instruction

| Niveau | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------|------------|-----------------|
| Primaire | 67 | 13,3 |
| Secondaire | 101 | 20,1 |
| Supérieure | 25 | 5,0 |
| Coranique | 27 | 5,4 |
| Aucun | 283 | 56,3 |
| Total | 503 | 100,0 |

La majorité des femmes n'était pas instruite dans 56,3 % des cas.

Tableau VI : répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------------|------------|-----------------|
| Célibataire | 71 | 14,1 |
| Divorcée | 2 | 0,4 |
| Mariée | 429 | 85,3 |
| Veuve | 1 | 0,2 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 85,3% des cas.

3-La référence évacuation

Tableau VII : répartition des patientes en fonction de leur provenance

| Provenance | Effectif | Pourcentage (%) |
|----------------------------|------------|-----------------|
| BONIABA | 102 | 20,3 |
| ASACOHI | 184 | 36,6 |
| ASACOME | 28 | 5,6 |
| ABOSAC | 49 | 9,7 |
| DISPENSAIREEVANGE LIQUE | 42 | 8,3 |
| PABLO VALENTIN | 37 | 7,4 |
| N'GOMI | 11 | 2,2 |
| PMI NIARELA | 4 | 0,8 |
| BENKADI | 31 | 6,1 |
| AUTRE* | 15 | 3,0 |
| TOTAL | 503 | 100,0 |

L'ASACOHI a enregistré le plus grand nombre d'évacuées avec 184 cas sur 503 soit 36,6%.

AUTRE* : ASACOBABA : 5, clinique Yadia : 4, CSRéf CI : 6

Tableau VIII : répartition des patientes en fonction du motif de référence

| Motif de référence | Effectif | Pourcentage(%) |
|--------------------|-----------|----------------|
| Grande multipare | 12 | 18,8 |
| Taille < 1 m 50 | 11 | 17,2 |
| CPN= 0 | 21 | 32,8 |
| Age < 16 ans | 9 | 14,1 |
| Rhésus Négatif | 3 | 4,7 |
| BPN = 0 | 8 | 12,5 |
| Total | 64 | 100,0 |

La non effectivité de consultation prénatale était le motif de référence le plus rencontré avec 32,8% des cas.

Tableau IX : répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation

| Motif d'évacuation | Effectif | Pourcentage(%) |
|--------------------------------|------------|----------------|
| Dilatation stationnaire | 84 | 19,1 |
| Hémorragie sur grossesse | 18 | 4,1 |
| Présentation vicieuse | 37 | 8,5 |
| Utérus cicatriciel | 12 | 2,7 |
| HU excessive | 41 | 9,3 |
| Durée d'expulsion prolongée | 21 | 4,8 |
| DFP | 42 | 9,7 |
| Procidence du cordon | 5 | 1,1 |
| HTA / grossesse | 52 | 11,8 |
| Travail prolongé | 14 | 3,2 |
| SFA | 16 | 3,6 |
| Hémorragie de la délivrance | 18 | 4,1 |
| GEU | 2 | 0,4 |
| RPM | 13 | 3,0 |
| Pas de MAF | 1 | 0,2 |
| Refus de pousser | 43 | 9,9 |
| Anémie sur grossesse | 3 | 0,7 |
| Rétention placentaire | 1 | 0,2 |
| Macrosomie | 3 | 0,7 |
| Grossesse gémellaire | 1 | 0,2 |
| Palu sur grossesse | 2 | 0,4 |
| BDCF=0 | 10 | 2,3 |
| Total | 439 | 100,0 |

La dilatation stationnaire a été le motif d'évacuation le plus fréquent avec 19,1% des cas.

Tableau X : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent référant/évacuant

| Agent | Effectif | Pourcentage(%) |
|---------------------------|------------|----------------|
| Médecin | 94 | 18,7 |
| Sage-femme | 150 | 29,8 |
| Infirmière obstétricienne | 5 | 1,0 |
| Matrone | 3 | 0,6 |
| Aide-soignante | 4 | 0,8 |
| Non précisé | 247 | 49,1 |
| Total | 503 | 100,0 |

La qualification de l'agent référant/évacuant n'était pas précisée dans 49,1% des cas.

Tableau XI : répartition des patientes en fonction du moyen utilisé pour le transport au CSRéf

| Moyen utilisé | Effectif | Pourcentage(%) |
|---------------------------|------------|----------------|
| Ambulance du CSRéf | 357 | 71,0 |
| Véhicule personnel | 8 | 1,6 |
| Taxi | 138 | 27,4 |
| Total | 503 | 100,0 |

Le moyen le plus utilisé était l'ambulance dans 71,0 % des cas.

Tableau XII : répartition des patientes selon la présence ou non d'un abord veineux

| Abord veineux | Effectif | Pourcentage(%) |
|---------------------------|------------|----------------|
| Avec abord veineux | 218 | 49,7 |
| Sans abord veineux | 221 | 50,3 |
| Total | 439 | 100,0 |

Les patientes évacuées n'avaient pas d'abord veineux dans 50,3 % des cas.

Tableau XIII : répartition des patientes selon la durée du transfert

| Durée l'évacuation | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|------------|-------------|
| Moins de 10 mn | 424 | 96,6 |
| Entre 10 et 20 mn | 5 | 1,2 |
| Supérieur à 20 mn | 10 | 2,2 |
| Total | 439 | 100,0 |

La durée d'évacuation était inférieure à 10 minutes dans 96,6% des cas.

Tableau XIV : répartition des patientes selon la notion de traitement reçu avant évacuation

| Traitement avant référence/évacuation | Effectif | Pourcentage(%) |
|---------------------------------------|------------|----------------|
| Oui | 182 | 36,2 |
| Non | 321 | 63,8 |
| Total | 503 | 100,0 |

Il n'y a pas de notion de traitement avant évacuation dans 63,8% des cas.

Tableau XV : répartition des patientes selon le traitement reçu

| Traitement reçu | Effectif | Pourcentage(%) |
|----------------------------|------------|----------------|
| Buthylhyosine injectable | 113 | 22,5 |
| Spasfon injectable | 23 | 4,6 |
| Méthyl dopa comprimé | 3 | 0,8 |
| Amoxicilline injectable | 17 | 3,4 |
| Ocytocine injectable en IM | 21 | 4,2 |
| Quinine en perfusion | 5 | 1,0 |
| Aucun | 321 | 63,8 |
| Total | 503 | 100,0 |

La majorité des patientes n'avait pas reçu de traitement avant évacuation dans 63,8% des cas.

Tableau XVI : répartition des patientes selon le support de référence évacuation

| Support de référence évacuation | Effectif | Pourcentage(%) |
|---|------------|----------------|
| Partogramme | 55 | 10,9 |
| Fiche de référence évacuation | 171 | 34,0 |
| Fiche de référence évacuation plus partogramme | 273 | 54,3 |
| Lettre | 2 | 0,4 |
| Fiche de consultation | 2 | 0,4 |
| Total | 503 | 100,0 |

La fiche de référence évacuation plus le partogramme étaient majoritaires avec 54,3% des cas

4-Antécédent

Tableau XVII : répartition des patientes selon l'antécédent médical

| Antécédent médical | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------------|------------|-----------------|
| HTA | 11 | 2,2 |
| Diabète | 1 | 0,2 |
| HIV | 1 | 0,2 |
| Anémie | 2 | 0,4 |
| Asthme | 2 | 0,4 |
| Gastrite | 1 | 0,2 |
| Drépanocytose | 1 | 0,2 |
| Aucun | 484 | 96,2 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les patientes n'avaient pas d'antécédent médical dans 96,2% des cas

Tableau XVIII : répartition des patientes en fonction de l'antécédent chirurgical

| Antécédent Chirurgical | Effectif | Pourcentage (%) |
|------------------------|------------|-----------------|
| Césarienne | 20 | 4,0 |
| GEU | 1 | 0,2 |
| Curetage | 1 | 0,2 |
| Appendicectomie | 1 | 0,2 |
| Aucun | 480 | 95,4 |
| Total | 503 | 100,0 |

La majorité des patientes n'avait pas d'antécédent chirurgical

Tableau XIX : répartition des patientes selon la gestité

| Gestité | Effectif | Pourcentage (%) |
|-------------------|------------|-----------------|
| Primigeste | 225 | 44,7 |
| Peaucigeste | 153 | 30,4 |
| Multigeste | 62 | 12,3 |
| Grande Multigeste | 63 | 12,5 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les primigestes étaient majoritaires avec 44,7% des cas.

Tableau XX : répartition des patientes selon la parité

| Parité | Effectif | Pourcentage (%) |
|------------------|------------|-----------------|
| Primipare | 89 | 17,7 |
| Peaucipare | 107 | 21,3 |
| Multipare | 40 | 8,0 |
| Grande multipare | 40 | 8,0 |
| Nullipare | 227 | 45,1 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les nullipares étaient les plus représentées avec 45,1% des cas.

5-Résultats cliniques

Tableau XXI : répartition des patientes en fonction de l'état général

| Etat Général | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------|------------|-----------------|
| Bon | 436 | 86,7 |
| Passable | 59 | 11,7 |
| Altéré | 8 | 1,6 |
| Total | 503 | 100,0 |

La majorité des patientes avait un bon état général à l'admission

Tableau XXII: répartition des patientes en fonction de l'état des conjonctives

| Etat des conjonctives | Effectif | Pourcentage (%) |
|-----------------------|------------|-----------------|
| Colorées | 492 | 97,8 |
| Pâles | 11 | 2,8 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les conjonctives des patientes étaient colorées dans 97,8% des cas.

Tableau XXIII: répartition des patientes en fonction de la température

| Températures (°C) | Effectif | Pourcentage (%) |
|-------------------|------------|-----------------|
| < 38 | 484 | 96,2 |
| ≥ 38 | 19 | 3,8 |
| Total | 503 | 100,0 |

La température des patientes était normale dans la majorité des cas soit 96,2% des cas.

Tableau XXIV: répartition des patientes en fonction de la tension artérielle

| Tension artérielle (CmHg) | Effectif | Pourcentage (%) |
|---------------------------|------------|-----------------|
| < 14/9 | 481 | 94,8 |
| ≥ 14/9 | 22 | 5,2 |
| Total | 503 | 100,0 |

La tension artérielle était normale dans 94,8% des cas

Tableau XXV: répartition des patientes en fonction du pouls

| Pouls (bat/mn) | Effectif | Pourcentage (%) |
|-----------------|------------|-----------------|
| < 100 | 481 | 95,6 |
| ≥ 100 | 22 | 4,4 |
| Total | 503 | 100,3 |

Le pouls des patientes était normal dans la majorité des cas avec 95,6% des cas.

Tableau XXVI: répartition des patientes en fonction de la taille

| Taille (Centimètre) | Effectif | Pourcentage (%) |
|---------------------|------------|-----------------|
| < 150 | 19 | 3,7 |
| ≥ 150 | 484 | 96,3 |
| Total | 503 | 100,0 |

La majorité des patientes avait une taille supérieure à 150 centimètres soit 96,3% des cas.

Tableau XXVII : répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale

| Nombre de CPN | Effectif | Pourcentage(%) |
|---------------|------------|----------------|
| Aucune | 56 | 11,1 |
| 1 à 3 | 268 | 53,3 |
| 4 et plus | 179 | 35,6 |
| Total | 503 | 100,0 |

Le nombre de CPN a varié entre 1 à 3 dans la majorité des cas soit 53,3%

Tableau XXVIII :répartition des patientes selon la hauteur utérine

| Hauteur utérine (cm) | Effectif | Pourcentage (%) |
|-----------------------|------------|-----------------|
| <32 | 65 | 12,9 |
| Entre 32 et 35 | 384 | 76,3 |
| > 35 | 33 | 6,6 |
| Non en travail | 21 | 4,2 |
| Total | 503 | 100,0 |

La hauteur utérine était normale dans 76,3% des cas

Tableau XXIX : répartition des patientes en fonction de la fréquence cardiaque du fœtus

| fréquence cardiaque (bat/mn) | Effectif | Pourcentage (%) |
|----------------------------------|------------|-----------------|
| < 120 | 40 | 8,3 |
| Entre 120 et 160 | 426 | 88,4 |
| >160 | 7 | 1,4 |
| Non perçu | 9 | 1,9 |
| Total | 482 | 100,0 |

Les battements cardiaques étaient normaux dans la majorité des cas soit 88,4%.

Tableau XXX : répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement

| Durée du travail d'accouchement | Effectif | Pourcentage (%) |
|---------------------------------|------------|-----------------|
| <12h | 441 | 91,7 |
| ≥12h | 42 | 8,3 |
| Total | 503 | 100,0 |

La durée du travail inférieure à 12h était la plus majoritaire avec 91,7% des cas

Tableau XXXI : répartition des patientes selon la phase du travail d'accouchement

| Phase du travail | Effectif | Pourcentage (%) |
|---------------------|------------|-----------------|
| Phase de latence | 67 | 13,9 |
| Phase active | 297 | 61,6 |
| Période expulsive | 118 | 23,5 |
| Total | 482 | 100,0 |

La majorité des patientes était en phase active du travail d'accouchement soit 61,6%des cas

Tableau XXXII : répartition des patientes selon l'état du bassin

| Etat du bassin | Effectif | Pourcentage (%) |
|----------------|------------|-----------------|
| Normal | 252 | 50,1 |
| Asymétrique | 1 | 0,2 |
| Limite | 32 | 6,4 |
| Rétréci | 17 | 3,4 |
| Non exploré | 201 | 40,0 |
| Total | 503 | 100,0 |

La majorité des patientes avait un bassin normal soit 50,1% des cas

Tableau XXXIII : répartition des patientes selon le type de présentation

| Type de présentation | Effectif | Pourcentage (%) |
|----------------------|------------|-----------------|
| Sommet | 437 | 90,7 |
| Transverse ou Epaule | 9 | 1,9 |
| Siège | 28 | 5,6 |
| Front | 6 | 1,2 |
| Face | 3 | 0,6 |
| Total | 482 | 100,0 |

La présentation du sommet était la plus représentée avec 90,7% des cas.

Tableau XXXIV : répartition des patientes selon l'état des membranes

| Etat des membranes | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------------------------|------------|-----------------|
| Intactes | 196 | 39,0 |
| Rompues hors du Service | 307 | 61,0 |
| Total | 503 | 100,0 |

Dans la majorité des cas les membranes étaient rompues en dehors du service soit 61,0% des cas.

Tableau XXXV : répartition des patientes selon la réalisation du taux d'hémoglobineau cours des CPN

| Taux d'hémoglobine | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------------|------------|-----------------|
| Fait | 118 | 23,5 |
| Non fait | 385 | 76,5 |
| Total | 503 | 100,0 |

Le taux d'hémoglobine n'était pas réalisé chez 76,5 % des patientes

Tableau XXXVI : répartition des patientes selon la réalisation du groupage rhésus au cours des consultations prénatales

| Groupage rhésus | Effectif | Pourcentage (%) |
|-----------------|------------|-----------------|
| Oui | 330 | 65,6 |
| Non | 173 | 34,4 |
| Total | 503 | 100,0 |

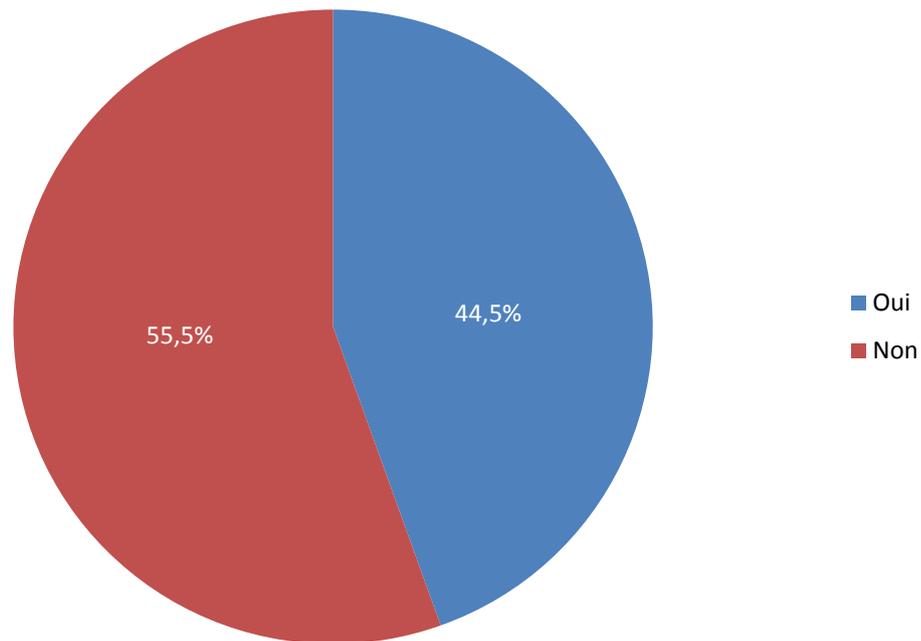
Le groupage rhésus a été fait chez 65,6% des patientes

Tableau XXXVII : répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu au CSRéf

| Diagnostic retenu | Effectif | Pourcentage(%) |
|--|------------|----------------|
| Travail d'accouchement normal | 284 | 56,5 |
| SFA | 60 | 11,9 |
| PPH | 1 | 0,2 |
| HRP | 3 | 0,6 |
| Hémorragie de la délivrance | 13 | 2,6 |
| Hémorragie par lésion des parties Molles | 6 | 1,2 |
| DFP | 13 | 2,6 |
| Expulsion prolongée | 10 | 2,0 |
| RU | 2 | 0,4 |
| Procidence du cordon battant | 9 | 1,8 |
| GEU | 2 | 0,4 |
| Présentation de l'épaule | 6 | 1,2 |
| Présentation du front | 6 | 1,2 |
| Présentation du siège | 10 | 2,0 |
| Présentation de la face | 5 | 1,0 |
| BGR | 19 | 3,8 |
| Accouchement prématuré | 4 | 0,8 |
| Dilatation stationnaire | 14 | 2,8 |
| Rhésus négatif | 8 | 1,6 |
| Travail d'accouchement plus HTA | 16 | 3,2 |
| Anémie | 2 | 0,4 |
| RCIU | 1 | 0,2 |
| Paludisme plus travail | 2 | 0,4 |
| Epreuve du travail | 3 | 0,6 |
| Epreuve utérine | 7 | 1,4 |
| Total | 503 | 100,0 |

Le travail d'accouchement sans particularité était le diagnostic le plus fréquent avec 56,5% des cas.

Figure III : répartition des patientes selon la concordance entre le diagnostic retenu à l'admission et le motif de référence/évacuation



Le diagnostic et le motif étaient discordants dans 55,5% des cas.

5-Prononstic maternel

Tableau XXXVIII : répartition des patientes selon les complications des suites de couches

| Complication | Effectif | Pourcentage(%) |
|-------------------|------------|----------------|
| Non | 468 | 93,0 |
| Hystérectomie | 2 | 0,4 |
| Anémie (par HPPI) | 18 | 3,6 |
| Suppuration | 5 | 1,0 |
| Endométrite | 8 | 1,6 |
| Décès | 2 | 0,4 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les complications étaient absentes dans 93,0 % des cas

Tableau XXXIX : relation entre les complications des suites de couches et le mode d'admission

| Complication | Mode d'admission | | Total |
|---------------|------------------|------------|------------|
| | Référence | Evacuée | |
| | Effectif | Effectif | Effectif |
| Non | 60 | 408 | 468 |
| Hystérectomie | 0 | 2 | 2 |
| Anémie | 3 | 15 | 18 |
| Suppuration | 0 | 5 | 5 |
| Endométrite | 1 | 7 | 8 |
| Décès | 0 | 2 | 2 |
| Total | 64 | 439 | 503 |

Les suites de couches étaient plus sombres chez les patientes évacuées

6-Pronostic foetal

Tableau XL : répartition des nouveau-nés selon l'APGAR

| APGAR | Effectif | Pourcentage (%) |
|-----------|------------|-----------------|
| ≥7 | 464 | 96,3 |
| <7 | 11 | 2,3 |
| 0 | 7 | 1,4 |
| Total | 482 | 100,0 |

L'APGAR des nouveau- nés était supérieur ou égale à 8 dans 96,3% des cas

Tableau XLI : répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance

| Etat des nouveaux nés à la naissance | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------|------------|-----------------|
| Vivant non réanimé | 425 | 88,1 |
| Vivant réanimé | 48 | 10,0 |
| Mort-né frais | 9 | 1,9 |
| Total | 482 | 100,0 |

La majorité des nouveau-nés n'était pas réanimé à la naissance soit 88,1% des cas.

Tableau XLII : répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

| Poids à la naissance(g) | Effectif | Pourcentage (%) |
|---------------------------|------------|-----------------|
| < 2500 | 15 | 3,1 |
| Entre 2500 et 3999 | 454 | 94,2 |
| ≥ 4000 | 13 | 2,7 |
| Total | 482 | 100,0 |

Le poids des nouveau-nés était normal dans 94,2 % des cas.

Tableau XLIII : répartition des nouveau-nés en fonction du motif de consultation néonatalogique

| Motif de consultation néonatalogique | Effectif | Pourcentage (%) |
|--|------------|-----------------|
| Non | 305 | 63,3 |
| Hypotrophie | 2 | 0,4 |
| Prématuré | 3 | 0,6 |
| Macrosomie | 11 | 2,3 |
| Mère rhésus négatif avec coombs indirect positif | 1 | 0,2 |
| Systématique au CSRéf CII | 107 | 22,2 |
| Souffrance néonatale | 53 | 11,0 |
| Total | 482 | 100,0 |

La souffrance néonatale était trouvée dans 11,0% des consultations pédiatriques

Tableau XLIV : relation entre le mode d'admission et le score d'Apgar

| Apgar | Mode d'admission | | Total |
|-------|------------------|----------|----------|
| | Référée | Evacuée | |
| | Effectif | Effectif | Effectif |
| ≥ 7 | 58 | 406 | 464 |
| < 7 | 1 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 6 | 7 |
| Total | 60 | 415 | 475 |

La plupart des décès étaient enregistrés chez les patientes évacuées. Khi 2= 0,579 et P= 0,749

7-Evaluation de l'hospitalisation

Tableau XLV : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

| Durée d'hospitalisation | Effectif | Pourcentage (%) |
|-------------------------|------------|-----------------|
| < 24h | 328 | 65,2 |
| Entre 24 et 72 h | 160 | 31,8 |
| ≥72 h | 15 | 3,0 |
| Total | 503 | 100,0 |

La majorité des patientes avait une durée d'hospitalisation inférieure à 24 heures soit 65,2% des cas.

Tableau XLVI : répartition des patientes en fonction du traitement reçu au CS Réf

| Traitement reçu | Effectif |
|--|------------|
| Accouchement par voie Basse | 309 |
| Césarienne | 163 |
| Administration d'utéro tonique | 9 |
| Suture des parties molles | 4 |
| Transfusion | 2 |
| Laparotomie | 3 |
| Traitement antipaludéen et transfusion | 2 |
| Transfusion plus Utérotonique | 7 |
| Quininothérapie et Antibiotique | 3 |
| Transfusion et suture des parties molles | 1 |

L'accouchement par voie basse était le plus utilisé

Tableau XLVII : relation entre l'âge et le mode d'admission

| Age (année) | Mode d'admission | | Total |
|--------------|------------------|------------|------------|
| | Référée | Evacuée | |
| | Effectif | effectif | Effectif |
| 14-19 | 22 | 149 | 171 |
| 20-24 | 11 | 118 | 134 |
| 25-29 | 6 | 93 | 99 |
| 30-34 | 11 | 40 | 51 |
| 35-39 | 7 | 27 | 34 |
| ≥ 40 | 2 | 12 | 14 |
| Total | 64 | 439 | 503 |

ddl= 5

La grande majorité des évacuées était les adolescentes avec 149 cas sur 439 soit 33,9%. Khi 2=9,553

Il n'y a pas de relation entre l'âge des patientes et le mode d'admission La différence est statistiquement non significative avec p=0,089

Tableau XLVIII : relation entre le niveau d'instruction et le mode d'admission

| Niveau d'instruction | Mode d'admission | | Total |
|----------------------|------------------|------------|------------|
| | Référée | Evacuée | |
| | Effectif | Effectif | Effectif |
| Primaire | 11 | 56 | 67 |
| Secondaire | 4 | 97 | 101 |
| Supérieur | 3 | 22 | 25 |
| Coranique | 5 | 22 | 27 |
| Aucun | 41 | 242 | 283 |
| Total | 64 | 439 | 503 |

ddl=4

La plupart des patientes évacuées n'étaient pas instruites avec 242 cas soit 55,1 % des cas. Khi 2=9,429

La différence est statistiquement non significative avec P=0,051

Tableau XLIX : relation entre la parité et le mode d'admission

| Parité | Mode d'admission | | Total |
|------------------|------------------|------------|------------|
| | Référée | Evacuée | |
| | Effectif | Effectif | Effectif |
| Nullipare | 26 | 201 | 227 |
| Primipare | 6 | 83 | 89 |
| Peaucipare | 16 | 91 | 107 |
| Multipare | 6 | 34 | 40 |
| Grande multipare | 10 | 30 | 40 |
| Total | 64 | 439 | 503 |

ddl=4

L'évacuation était plus fréquemment rencontrée chez les nullipares 45,8% des cas. Khi 2=9,292

La différence est statistiquement non significative avec P= 0,054.

Tableau L : relation entre les consultations prénatales et le mode d'admission

| Consultation prénatale | Mode d'admission | | Total |
|------------------------|------------------|------------|------------|
| | Référée | Evacuée | |
| | Effectif | Effectif | Effectif |
| 1-3 | 32 | 236 | 268 |
| ≥ 4 | 15 | 164 | 179 |
| Aucune | 17 | 39 | 56 |
| Total | 64 | 439 | 503 |

ddl = 2

Les consultations prénatales entre 1 et 3 étaient plus rencontrées chez les patientes évacuées dans 236 cas soit 53,8 % des cas.

Khi 2=18,870.

Il y a une relation entre le mauvais suivi prénatal et le mode d'admission avec P=10⁻⁶

Tableau LI : récapitulatif de la distance entre les structures de santé et le CSRéf CII et du coût d'une référence/évacuation

| Structure | Distance (km) | Quantité carburant(litre) | Coût (Fcfa) |
|--|---------------|------------------------------|-------------|
| ASACOHI | 7,00 | 1,75 | 1050 |
| ASACOME | 7,00 | 1,75 | 1050 |
| ABOSAC | 10,00 | 2,50 | 1500 |
| BONIABA | 9,00 | 2,25 | 1350 |
| DISPENSAIRE EVANGELIQUE VALENTIN DE PABLO | 7,00 | 1,75 | 1050 |
| PMI NIARELA | 7,00 | 1,75 | 1050 |
| BENKADI | 8,00 | 2,00 | 1200 |
| N'GOMI | 25,00 | 6,25 | 3750 |
| ASACOB CLINIQUE | 11,00 | 2,75 | 1650 |
| YADIA | 9,00 | 2,25 | 1350 |
| CSRéf CI | 15,00 | 3,75 | 2250 |
| Moyenne | 10,25 | 2,56 | 1538 |

Le coût moyen d'une évacuation est de 1538 Fcfa pour 2,56 litres de gas-oil avec une distance moyenne de 10,25 km.

NB : le litre de gas-oil fut estimé à six cent francs (600 Fcfa)

V. COMMENTAIRES- DISCUSSION

1. Aspect méthodologique:

L'étude rétrospective s'est étendue sur 24 mois. Ainsi sur les 6574 accouchements effectués dans la période d'étude, 600 patientes ont été enregistrées dans la référence évacuation dont 503 cas incluses dans notre étude.

2. Fréquence :

Durant la période d'étude sur les 6574 accouchements enregistrés au CSREF de la commune II, 600 ont été enregistrés dans le cadre du système de référence/évacuation soit une fréquence de 9,1%.

Parmi ceux-ci il y a eu 503 cas sur 600 soit 7,65% des cas pris en charge au centre de référence de la commune II. Cette fréquence de la référence/évacuation était supérieure à celle de Niaré A. [16] qui trouvait 6,8% en 2009 au CS Réf CII, et inférieure à celles de Traoré D.B. [20] en 2010 au CS Réf CVI et Diarra D.S. au CS Réf de San en 2011 [2] qui trouvaient respectivement 16,57% et 22%.

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

3. Profil sociodémographique :

❖ Age :

Les adolescentes entre 14 ans et 19 ans, dans notre étude, étaient majoritaires soit 34,0% des cas. L'âge n'étant pas un élément déterminant dans les évacuations obstétricales. (Khi deux=9,553 et P=0,089)

Dans la même tranche d'âge Niaré A. en 2009 au CS Réf

CII[16], Diarra D.S. en 2011 à San[2] et Traoré B.D. en 2010 au CSRéf CVI [20] trouvent respectivement 34,8%, 22,3% et 16,24%.

Le jeune âge de la majorité de nos patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue de grossesses précoces dans un contexte d'immaturation physique et psychique.

❖ **Statut matrimonial :**

Les femmes mariées ont été trouvées avec une fréquence de 85,3% dans notre étude.

Ce taux est inférieur à ceux de Niaré A. [16] et Traoré B.D. [20] qui ont rapporté respectivement 93% et 89,56% en 2009 au CSRéf CII et en 2010 au CSRéf CVI.

Ce taux s'explique par le fait que concevoir en dehors du mariage est socialement mal vu dans nos sociétés.

❖ **Profession de la patiente :**

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 63,2% des cas.

Ce résultat est bas par rapport à ceux de Niaré A. [16] en 2009 au CSRéf CII et Diarra D.S. en 2011 au CS Réf de San [2] qui étaient respectivement de 73% et 96,6 %.

❖ **Niveau d'instruction de la patiente :**

Les non instruites ont dominé notre échantillon soit 56,3 % et seulement 43,7 % avaient au moins fréquenté une école.

Niaré A. [16] au CS Réf CII et Diarra D.S. [2] à San ont trouvé respectivement : 58,6% et 80,3% de patientes non instruites.

Cela peut s'expliquer par le faible taux de scolarisation féminine dans les cercles et un taux plus élevé dans la capitale. Cet état de fait peut jouer un rôle dans la non fréquentation des structures

de CPN par ces femmes non scolarisées (Chi2= 9,429 p=0,051).

❖ **Ethnie :**

L'ethnie Bambara était plus représentée avec 37,8% des cas dans notre étude.

Ce taux est supérieur à celui de Niaré A. [16] qui trouve 35,7%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Bamako fait partie du Bèlèdougou qui est l'aire géographique des bambaras.

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

L'agent demandeur de la référence/évacuation dans notre échantillon n'était pas connu dans 49,1% des cas suivis par les sages-femmes et les médecins avec respectivement 29,8% et 18,7% des cas.

Diarra D.S. [2] en 2011 au CSRéf de Sana trouvé 47,9% faites par les matrones et 23,7% par les infirmières obstétriciennes et Traoré B.D. [20] en 2010 au CSRéf CVIa trouvé 59,07% faites par les sages-femmes.

Ceci s'explique par le fait que la plupart des maternités sont toujours tenues par les matrones et les infirmières obstétriciennes sous supervision des sages-femmes.

Ce taux faible de médecin référent/évacuant s'expliquerait par la non implication effective des médecins dans la gestion des maternités des différents centres de santé.

5. Motifs de référence/évacuation :

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés étaient :

- ◆La dilatation stationnaire dans 19,1 % ;
- ◆L'hypertension artérielle sur grossesse dans 11,8 % ;
- ◆Le refus de pousser dans 9,9 %.

Niaré A. [16] rapportait par ordre de fréquence : la disproportion foetopelvienne : 30,32%, la présentation vicieuse : 12,3%, l'hémorragie : 8,61% des cas en 2009 au CSRéf CII.

Traoré B.D. [20] rapportait dans son étude, par ordre de fréquence : la dilatation stationnaire 13,29%, l'utérus cicatriciel 8,65%, l'éclampsie 6,86% des cas, en 2010 au CSRéf CVI.

La discordance entre le motif de référence/évacuation et le diagnostic retenu au centre était de 55,5%.

Ce taux est bas par rapport à ceux de Traoré D.S. [20], Niaré A. [16] et Diarra D.S. [2] qui ont rapporté respectivement 76,37%, 74,2% et 56,8% de discordance en 2010 au CSRéf CVI, en 2009 au CSRéf CII et en 2011 au CSRéf de San.

Ce résultat pourrait s'expliquer par la qualification de l'agent qui réfère ou évacue.

6. Voie veineuse

La majorité de nos patientes référées ou évacuées, n'avaient pas d'abord veineux dans 50,3% des cas.

Ce taux est bas par rapport à ceux trouvés par Niaré A. [16] et Traoré D.B. [20] qui ont trouvé respectivement 80,3% et 72,47% en 2009 au CSRéf CII et en 2010 au CSRéf CVI.

Ceci pourrait s'expliquer par l'amélioration de la qualité du personnel soignant au niveau des différentes structures.

7. Moyens de référence/évacuation :

L'ambulance du CSRéf CII était le moyen de transport le plus utilisé dans 71,0% des cas.

Cette fréquence est élevée par rapport à Niaré A. [16] au CS Réf commune II et Traoré D.B. [20] au CS Réf commune VI qui ont trouvé respectivement : 38,5% et 70,15% de taux de référence évacuation par l'ambulance.

Ce résultat pourrait s'expliquer par les efforts consentis par les CSRéf dans le suivi et la formation du personnel des CSCOM d'une part et la fréquentation des structures de base par la population d'autre part.

8. Supports de référence/évacuation :

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

Dans notre étude 54,3% des patientes avaient en plus du partogramme une fiche de référence/évacuation.

Niaré A. [16] trouvait 23% en 2009 au CSRéf CII et Diarra D.S. [2] rapportait 64,7% en 2011 au CSRéf de San.

Cela peut s'expliquer par les efforts des communautés (ASACO) et DTC à rendre disponible de façon permanente ces supports.

Les patientes possédant uniquement une fiche de référence/évacuation représentaient 34,0% et celles possédant uniquement un partogramme 10,9% dans notre étude, alors que Traoré D.B. [20] trouvait le partogramme dans 30,7% et la fiche de référence/évacuation dans 23% des cas en 2010 au CSRéf CVI.

9. Les antécédents :

❖ Gestité et Parité :

La parité joue un rôle important dans la survenue des évacuations. (Khi deux =9,292 et P=0,054)

Dans notre étude les primigestes et les nullipares ont représenté chacune une tranche importante avec respectivement 44,7% et 45,1%.

Ces résultats sont supérieurs à ceux de Niaré A. [16] en 2009 au CSRéf CII qui avait trouvé 39,8% pour les primigestes et 36,1 pour les nullipares. Traoré D.B.[20] enregistrait 51,05% de paucigestes et 39% de nullipares en 2010 au CSRéf CVI.

Ceci peut s'expliquer par le nombre d'adolescentes élevé dans notre étude.

Les grandes multipares ont représenté 8,0% dans notre série.

Traoré D.B., Niaré A. et Diarra D.S. ont trouvé chacun 3%, 4,8% et 23,4% ([16, 20, 2]).

❖ Antécédent de césarienne :

Dans notre étude 4,0% des patientes avaient un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel).

Niaré A., Traoré D.B., et Diarra D.S. ont rapporté respectivement 4,1%, 12,97% et 6,6% ([16, 20, 2]) en 2009 au CSRéf CII, en 2010 au CSRéf CVI et en 2011 au CSRéf de San.

L'utérus cicatriciel étant un facteur de risque chez la femme enceinte (risque de déhiscence de cicatrice utérine pendant le travail d'accouchement) explique ce taux bas dans notre étude.

10. Consultations prénatales :

Nous avons constaté que 11,1% des patientes n'avaient fait aucune consultation prénatale.

Ce résultat est bas par rapport à ceux trouvés par Diarra D.S. [2], Niaré A. [16] et Traoré D.B.[16] qui étaient respectivement 27%, 32,8% et 48,73% en 2011 au CSRéf de San, en 2009 au CSRéf CII et en 2010 au CSRéf CVI.

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

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

L'absence de CPN serait liée au coût élevé des examens complémentaires et aux occupations ménagères intenses.

Les grandes multipares pensent avoir assez d'expériences et se croient capables de mener à bien la grossesse sans le concours d'un agent de santé.

11. Examen d'admission :

❖ Bruit du cœur fœtal :

Les bruits du cœur fœtal étaient absents dans 1,8% des cas au stéthoscope de Pinard dans notre étude.

Niaré A. [16], Traoré D.B.[20] et Diarra D.S. [2] ont trouvé respectivement 5,3%, 10,65% et 20% des cas en 2009 au CSRéf CII, en 2010 au CSRéf CVI et en 2011 au CSRéf de San.

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

❖ **Etat des membranes :**

La poche des eaux était rompue hors du service dans 61,0 %.

Niaré A. [16], Diarra D.S. [2] et Traoré D.B.[16] rapportaient respectivement 46,3%, 50% et 56,86% dans leur étude en 2009 au CSRéf CII, en 2011 au CSRéf de San et en 2010 au CSRéf CVI. Ceci est un facteur de risque d'infection puerpérale si le délai de rupture est supérieur à six heures.

❖ **Type de présentation :**

La présentation du sommet a dominé au cours de notre étude avec 90,7%. La fréquence de la présentation de l'épaule a été de 1,8% des cas ;

Niaré A. [16] rapportait par ordre de fréquence 83,3% de présentation du sommet et 2,7% de présentation de l'épaule en 2009 au CSRéf CII.

❖ **Examens complémentaires : Taux d'hémoglobine et Groupage rhésus :**

Le taux d'hémoglobine n'avait pas été réalisé par la majorité de nos patientes avec 76,5% des cas, à la différence de celui du groupage rhésus qui avait été réalisé chez 65,6% des patientes.

Niaré A. [16] en 2009 au CSRéf CII : 60,2% et Traoré D.B. [20] au CSRéf commune VI en 2010 où 25,63% des patientes ont bénéficié d'un groupage rhésus.

Pour Niaré A. [16] en 2009 au CSRéf CII : 46,1% des patientes avaient réalisé le taux d'hémoglobine contre 53,9% qui ne l'avaient pas fait.

Ceci s'explique par la non permanence du service de laboratoire et que ces examens sont demandés seulement en cas

d'hémorragie dans la plupart des cas.

Dans 2,4% des cas dans notre étude, nous avons eu recours à une transfusion sanguine.

12. Diagnostic retenu :

Dans 1 cas/ 2 (56,5%) le travail d'accouchement a été eutocique.

La souffrance fœtale aiguë est apparue chez 11,9% de nos parturientes.

Traoré D.B. [20] en 2010 au CSRéf CVI, trouvait le travail d'accouchement sans particularité (10, 76%) et la souffrance fœtale aiguë (4,01%).

13. Mode d'accouchement :

L'accouchement par les voies naturelles a été pratiqué dans 61,4% des cas suivi de la césarienne dans 32,4%.

Niaré A. [16] en 2009 trouve au CSRéf CII: 75% d'accouchement spontané naturel et 24,18% de césarienne.

Traoré D.B. [20] en 2010 trouve au CSRéf commune VI : 65,51% d'accouchement spontané naturel suivi de 32,38 de césarienne.

14. Pronostic maternel :

❖ Morbidité :

Avec l'amélioration des conditions de prise en charge, 93,0% de nos patientes ont été enregistrés sans complication.

L'anémie était la plus fréquente 3,6% des cas, suivie de l'endométrite avec 1,6% des cas, puis la suppuration dans 1,0% et enfin l'hystérectomie dans 0,4% des cas.

Niaré A. [16] et Traoré D.B.[20] ont rapporté respectivement 14,34% et 6,43% de complication.

L'anémie s'explique par les hémorragies du post partum immédiat et les consultations prénatales non effectuées (3,6% dans notre série).

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

L'endométrite peut s'expliquer par la rupture prolongée de la poche des eaux à l'admission, les accouchements à domicile et les mauvaises conditions d'évacuations des patientes.

Ce résultat peut être amélioré par l'administration rapide des SONU, la disponibilité d'une banque de sang permanente, l'amélioration des conditions d'hygiène et la performance du système de référence/évacuation.

❖ **Mortalité maternelle :**

Au cours de notre étude, nous avons enregistré deux cas de décès maternel soit 0,4%, l'un dû à une allergie aux produits anesthésiques et l'autre par hémorragie du post partum immédiat.

Niaré A. en 2009 au CSRéf CII rapportait aussi deux cas de décès maternel soit 0,8% et contrairement à Traoré D.B. en 2010 au CSRéf CVI qui ne rapportait aucun cas de décès.

15. Pronostic foetal :

❖ **Morbidité :**

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

A la naissance, 10,0 % des nouveaux nés ont été réanimés.

Niaré A. [16] en 2009 au CSRéf CII rapportait 30,7%, Traoré D.B. [20] en 2010 au CSRéf CVI: 1,87% et Diarra D.S. [2] en 2011 au CSRéf de San : 17% de taux de nouveaux nés réanimés.

❖ **Mortalité périnatale :**

Au cours de notre étude le taux de mort-nés était de 1,8%, Niaré A. [16] et Traoré D.B. [20] ont rapporté respectivement 5,3% et 10,6% de taux de mort nés.

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

16. Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation était inférieure à 24 heures dans 65,2% des cas.

Ceci peut s'expliquer par le grand nombre des accouchements normaux qui dominait avec 65,51%.

Dans 31,8% des cas les patientes ont fait un séjour de 1 à 3 jours, Niaré A. [16] a trouvé 66,80% et 23,4% pour respectivement les séjours inférieurs à 24 heures et ceux compris entre 24 et 72 heures.

Traoré D.B. [20] avait trouvé pour respectivement 1 à 2 jours et 3 à 5 jours : 44,51% et 51,72%.

La durée de séjour supérieure ou égale à 3 jours était de 3,0%, ceci s'explique par la survenue des complications chez les patientes.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion :

La référence/évacuation étant l'une des voies de réduction de la mortalité maternelle et fœtale, connaît des insuffisances d'ordre divers dues à une mauvaise mise en œuvre.

Malgré ces difficultés, elle a conduit à certains résultats notamment:

- la diminution du coût de la prise en charge.
- l'amélioration du mode de référence/évacuation.
- la diminution du taux de décès maternofoetal.

2. Recommandations :

a. Aux personnels sanitaires :

- Continuer le staff quotidiennement au sein du service dans le cadre de la formation continue de tout le personnel.
- Surveiller de façon adéquate le travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du partogramme ;
- Référer les patientes à risque lors du suivi prénatal
- Renforcer la communication pour le changement de comportement sur les signes de danger lors de la grossesse et du post-partum;
- Référer ou évacuer les cas suspects, de danger dans les meilleurs délais vers le niveau supérieur de la pyramide.
- Assurer la retro-information entre le CSRéf et les CSCOM.

b. A la population :

- Fréquenter les centres de santé dès le début de la grossesse et pour l'accouchement
- Recourir au centre de santé dès apparition de certains signes de danger : saignement, perte des eaux, etc.
- Faire le don de sang.

c. Aux autorités de tutelle du CSRéf CII :

- Créer une caisse de solidarité au niveau du centre.
- Equiper la salle d'accouchement en appareil cardiotocographe et d'un appareil d'échographie.
- Améliorer le système de retro-information entre CSREF CII et les différents CSCOM et entre les différents centres de référence
- Accélérer les travaux du nouveau centre pour un déménagement dans les meilleurs délais.

d. Au ministère de la santé

- Assurer la supervision formative.
- Continuer et renforcer la gratuité de la césarienne.
- Assurer la formation continue du personnel médical face aux urgences obstétricales.
- Renforcer le plateau technique des structures de référence pour la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales.
- Insister sur la présence effective des sages-femmes au cours des gardes dans les CSCOM pour des soins de qualité.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Delecour M.** Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves? Entretien de Bichat-chirurgie et spécialité ; 1980 :177-179.
- 2. Diarra D. S.** Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité du centre de santé de référence de San
Thèse méd. Bamako 2011 N°296
- 3. Dolo K.** Évaluation du système de la référence/évacuation à l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti
Thèse méd. Bamako 2008 N°238
- 4. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H.**
Pratique de l'accouchement, 3^{ème} Edit. Paris : Masson, 2001.
- 5. Lansac J., C. Berger, C. Magnin et Al :** Obstétrique pour le praticien 2^{ème} édit. Paris, SIMEP 1990, 7: 152-162.
- 6. LeHorrier G, Solat J.** Mécanisme général de l'accouchement.
Encyclopédie médicale Obstétrique, Paris, 1986. 1 ,5070 C 10.
- 7 Maine D. et Col.** La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. École de santé publique, Université de Columbia. Int. J Gynaecol. Obstet. 1997, 59 (12) : 5259-65.
- 8. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 6^{ème} Edit. Paris, MASSON, 1995 :597.
- 9. Millier J.** Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3^{ème} édit. 1989 :546-48
- 10. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes**

âgées du Mali. Enquête Démographique et de Santé 1987.

11. Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali. Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population 1990.

12. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2001.

13. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes Agées du Mali. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006.

14. Ministère de la Santé du Mali. Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali, Mai 2000:49.

15. Ministère de la santé : Cadre conceptuel de la référence-évacuation en commune II.

16. Niaré A. Evacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune II. Thèse méd. Bamako 2009 N°241

17. OMS. Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève:OMS; 2005. (1-12): 261.

18. Saye M. Les urgences obstétricales à l'Hôpital Régional Sominé Dolo de Mopti à propos de 140 cas. Thèse Méd, Bamako ; 2005 n° 120.

19. Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en

obstétrique à l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 160 cas.

Thèse Méd, Bamako ; 1995 n° 17: 50.

20. Traoré B.D. Problématique du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse méd. Bamako 2010.N°365

21. Vequeau – Goua V, Pierre F.

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

VIII. ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Numéro du dossier :.....

Date :.....

I- Renseignements généraux

1) Age en Année

- a) ≤ 19 ans /___/, b) 20 – 24 ans, c) 25 ans– 29 ans /___/
d) 30- 34 ans /___/, e) 35- 39 ans /___/, f) ≥40 ans /___/
g) Non préciser /___/

2) Ethnie :

- a) Bambara /___/, b) Bobo /___/, c) Sarakolé /___/
d) Minia ka /___/, e) Sénoufo /___/, f) Peulh /___/, g) Bozo /___/,
h) Dogon /___/, i) Autre:.....

3) Provenance

- a) C1 /___/, b) C2 /___/ , c) C3/___/, d) C4 , e) C5 /___/ , f) C6 /___/ ,
h) Hors Bamako /___/

4) Profession de la patiente

- a) Ménagère/___/, b) Vendeuse /___/, c) Elève /___/
d) Etudiante/___/ e) Aide-ménagère /___/, f) Autre.....

5) Profession du conjoint

- a) Cultivateur /___/, b) Commerçant /___/, c) Ouvrier /___/,
d) Elève /___/ e) Etudiant /___/ f) Autre.....

6) Niveau d'instruction

- a) Primaire /___/, b) Secondaire /___/, c) Supérieure /___/,
d) Alphabétisée /___/, e) autre /___/ f) aucun /___/

7) Situation matrimoniale

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

8) Motif de référence ou d'évacuation :

8_1) Motif de référence

- a) Anémie sur grossesse/___/ b) Utérus cicatriciel/___/
c) Anomalie du bassin/___/ d) Prolapsus génital/___/
e) MAP/___/ f) MFIU/___/ g) Taille inférieure à 1,50m/___/
h) Autre.....

8_2) Motif d'évacuation

- a) Dystocie /___/, b) Placenta prævia /___/, c) HRP /___/
d) Eclampsie /___/, e) SFA /___/, f) Hémorragie de la délivrance /___/,
g) Douleur pelvienne /___/, h) CUD /___/,
i) Autres

9) Qualification de l'agent qui évacue :

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

10) Mode de référence ou d'évacuation :

- a) Référée /___/ b) Evacuée /___/

11) Moyens ou conditions de référence évacuation :

- a) Ambulance /___/, b) Véhicule collectif ou Taxi /___/
c) Véhicule personnel /___/, d) Moto /___/, e) Autres_____

12) Support de référence évacuation :

- a) Partogramme /___/, b) Fiche de référence/évacuation /___/,
c) Fiche de référence/évacuation + Partogramme/___/
d) Lettre /___/, e) Sans document /___/

II Antécédents :

13) Médicaux

- a) HTA /___/, b) Diabète /___/, c) Drépanocytose ou autres hémopathies /___/,
d) Cardiopathie /___/, e) Tuberculose /___/,
f) Anémie /___/

14) Chirurgicaux

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

15) Obstétricaux : (nombre)

- a) G _____ b) P _____ c) V _____ d) D _____
e) A _____ f) Mort-Né _____

16) Avortements (nombre) _____

- a) Spontané(s) _____ b) Provoqué(s) _____

III Examen clinique à l'entrée :

A°) Examen Général :

- 17°) Etat général.....
- 18°) Conjonctives.....
- 19°) T A...../mm Hg.
- 20°) Température /°c
- 21°) Pouls...../Puls/mn

B°) Examen obstétrical :

- 22°) HU.....
- 23°) BDC.....
- 24°) Contractions utérines.....
- 25°) Durée du travail en heure :
 - a) Moins de 8 heures /_/, b) Entre 8 et 12 heures /_/_/
 - c) Plus de 12 heures /_/_/

26°) Phase du travail d'accouchement :

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

27°) Niveau de la présentation :

- a) Engagée /_/_/, b) Non engagée /_/_/

28°) Etat du bassin :

- a) Normal /_/_/, b) Asymétrique /_/_/, c) Limite /_/_/ d) rétréci /_/_/, non exploré /_/_/

29°) Présentation

- a) Céphalique /_/_/, b) Transverse ou épaule /_/_/, c) Siège /_/_/
- d) Front /_/_/, e) Face /_/_/

30°) BDCF

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

31°) Etat des membranes

- a) Intactes /_/_/, b) Rompues dans le service /_/_/,
- c) Rompues hors du service (préciser délais)

32°) Aspect du liquide

a) Clair /___/, b) Méconial /___/, c) Hématique /___/

IV Examens complémentaires :

33°) Taux d'hémoglobine :

a) Normal /___/, b) < 11 g/dl /___/, c) Non fait /___/

34°) Groupage rhésus : a) Oui /___/ b) Non /___/

V Diagnostic :

35°) Diagnostic retenu

- a) SFA /___/, b) Rupture utérine /___/,
- c) Placenta prævia hémorragique (PPH) /___/, d) HRP /___/,
- e) Hémorragie de la délivrance /___/,
- f) Lésion des parties molles /___/,
- g) Présentation dystocique /___/, h) Macrosomie /___/,
- i) Rétrécissement pelvien /___/, j) Eclampsie /___/,
- k) Procidence du cordon /___/. l) Autres (préciser)

VI Modes thérapeutiques

36°) Hémorragie de la délivrance

- a) Révision utérine /___/, b) Examens sous valve /___/,
- c) Transfusion sanguine /___/,
- d) Perfusion de macromolécules /___/
- e) Administration d'utéro toniques /___/

37°) Lésion des parties molles (Déchirure du col, du vagin, du périnée) :

- a) Suture sous anesthésie /___/, b) Perfusion de soluté /___/,
- c) transfusion sanguine /___/, d) Suture sans anesthésie /___/,
- e) Disponibilité du sang /___/

38°) Eclampsie

- a) Administration de sulfate de magnésium /___/
- b) Administration du diazépam /___/ c) Administration d'antihypertenseur /___/
- d) Césarienne /___/ e) Réanimation /___/

39°) PPH

- a) Amniotomie /___/ b) Césarienne /___/ c) Hystérectomie /___/
- d) Autres /___/

40°) HRP

a) Amniotomie /_/ b) Perfusion d'ocytocine /_/ c) Césarienne

41°) SFA :

a) Forceps /_/ b) Césarienne /_/

VII Evolution et pronostic

42°) Pronostic maternel :

a) Complications : Non /_/ Oui /_/
Si oui : Hystérectomie /_/ Autres /_/

43°) Pronostic foetal

a) APGAR (1 mn): APGAR (5mn):
b) Traumatisme b1) Non b2) Oui
(Précisez).....
c) Etat du foetus à la naissance :
c1) Vivant /_/ c2) Réanimé /_/ c3) Mort née /_/
c4) Malformations.....
d) Poids (g):
e) Taille (cm) : f) PC (cm) : g) PT (cm) :
h) SEXE : M /_/ F /_/
i) Délivrance : Naturelle /_/ Dirigée /_/ Artificielle /_/
j) Complications de la délivrance : Non /_/ Oui /_/
Si Oui préciser :
Rétention placentaire /_/
Atonie Utérine /_/
Autre.....
k) Référé en PEDIATRIE
Oui /_/ Non /_/
Si oui préciser :
 Hypotrophie /_/
 Prématuro /_/
 Souffrance foetale aiguë /_/
 Mère diabétique /_/
 Autres.....

44°) Suites opératoires ou de couche :

a. Durée de l'hospitalisation :
b. Diagnostic de sortie :
c. Conclusion à la sortie :

FICHE SIGNALITIQUE

Titre : Evaluation de la référence / évacuation à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Auteur : El Adj Ibrahima Sory CISSE

Année : 2014 – 2015

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMOS-FAPH

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynéco- obstétrique, santé publique

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2013.

Objectif général : évaluer le système de référence/ évacuation à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Résultats :

Au cours de cette étude, la fréquence de la référence / évacuation était de 7,65%.

La tranche d'âge 14 à 19 ans était la plus représentée soit 62,50%.

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 42,3% des cas.

La dilatation stationnaire était le motif le plus fréquent de référence/évacuation.

La qualification de l'agent référent/évacuant n'était pas connue dans 49,1% des cas.

Le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance dans 71,0% des cas.

Le travail d'accouchement sans particularité était le diagnostic le plus fréquent avec 56,5% des cas.

Il y avait discordance entre le motif de référence/évacuation et le diagnostic retenu au CSRéf dans 55,5%.

L'accouchement par voie basse était le mode thérapeutique le plus utilisé avec 61,4% des cas.

Nous avons enregistré deux cas de décès maternel soit 0,4% dont les causes étaient l'allergie au produit anesthésique et l'hémorragie et 9 cas de décès périnatal soit 1,9% des cas.

Mots clés : système, référence/évacuation, maternité, CSRéf CII.