

SIGLES ET ABREVIATIONS

OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
EDS :	Enquête Démographique et Sanitaire
CPN :	Consultation Périnatale
CS Réf :	Centre Santé de Référence
CHU :	Centre Hospitalo-universitaire
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
ASACO :	Association de Santé Communautaire
SAA :	Soins Après Avortement
SFA :	Souffrance Fœtale Aigue
HU :	Hauteur Utérine
RPM :	Rupture Prématuroe des Membranes
MAP :	Menace d'Accouchement Prématuroe
Sup :	Supérieur
Min :	Minute
BCF :	Bruit du Cœur Fœtal
PP :	Placenta Prævia
HRP :	Hématome Rétro Placentaire
GEU :	Grossesse Extra Utérine
HTA :	Hypertension Artérielle
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
USAC :	Unité de Soins, d'accompagnement et de Conseils
Mm .hg :	Millimètre de mercure

FAF : Fer-Acide Folique

Hb : Hémoglobine

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAGO : Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

CV : Commune 5

CVI : Commune 6

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ORL : Otorhinolaryngologie

\geq : Supérieur ou égal

\leq : Inférieur ou égal

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS	3
III. GENERALITES	5
IV- METHODOLOGIE.....	21
V. RESULTATS.....	39
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	61
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	70
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
IX- ANNEXES	79

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

I-INTRODUCTION

Malgré un consensus sur les stratégies à adopter pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, les progrès attendus ne se réalisent que dans un certain nombre de pays. La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle est de nos jours un indicateur important de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins [8]. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la mortalité maternelle comme étant le décès d'une femme survenant au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentelle ni fortuite [45]. La gestion des gestantes reste émaillée de difficultés de la conception à l'accouchement dans les pays en voie de développement. Selon le rapport de l'OMS, 600.000 décès maternels sont recensés à travers le monde, dont 90% dans les pays en voie de développement [57]. Aux décès maternels s'ajoute la morbidité liée aux complications de la grossesse, de l'accouchement et du post partum.

Au MALI la mortalité maternelle et néonatale demeurent un problème de santé publique : 368 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDSM-V pour la période 2012. Les raisons sont de divers ordres :

- les CPN : en absence de suivi de qualité d'une grossesse, les affections ne pourront pas être diagnostiquées précocement avant le stade de complications ;
- l'insuffisance et l'éloignement des infrastructures sanitaires en zone rurale ainsi que les accouchements non assistés ;
- les hospitalisations en urgence : les femmes transférées dans un état grave ont un pronostic vital moins bon que les femmes dont l'hospitalisation était programmée.

-Un système de transfert : les accouchements difficiles et les complications sont évacués vers une structure spécialisée (CS Réf, Hôpital régional, CHU).

- le personnel socio-sanitaire : l'insuffisance de ressources humaines qualifiées pourrait entraîner des difficultés d'évacuation.

- la communication : le manque de coordination entre les structures surtout dans la capitale pose d'énormes problèmes de référence/évacuation.

- les Produits sanguins : les difficultés d'approvisionnement en produit sanguin et ses dérivés.

A cela s'ajoute la situation économique et sociale déficitaire des patientes.

Tous ces facteurs contribuent à faire grimper l'afflux des urgences obstétricales, à compliquer et à rendre difficile leur prise en charge.

Le système de référence /évacuation a été mis en place par le Mali en 2000 afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale en facilitant l'accès des services de santé et la prise en charge.

Pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ; le gouvernement du MALI a rendu la pratique de la césarienne gratuite en 2005 afin de réduire l'obstacle financier auquel les parturientes étaient confrontées.

En dépit de la disponibilité de moyens de prévention, et d'une prise en charge bien codifiée des urgences obstétricales ; une proportion importante de gestantes continuent à subir des complications graves mettant en péril le pronostic vital de la mère et du fœtus.

Compte tenu de l'importance du drame que peuvent entraîner les complications obstétricales, nous avons entrepris ce travail qui vise à atteindre les objectifs suivants :

II-OBJECTIFS

2.1 Objectif général

- Etudier les évacuations sanitaires obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du centre de sante de référence de la CVI du district de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence des évacuations sanitaires obstétricales reçues dans le service ;
- Déterminer les aspects sociodémographiques des patientes évacuées ;
- Déterminer les différentes pathologies en cause ;
- Etudier les conditions d'évacuation des patientes ;
- Décrire la prise en charge des patientes ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal.

GENERALITES

III-GENERALITES

Evacuation sanitaire : se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide d'un malade, d'un centre de santé vers un autre plus équipé et mieux spécialisé.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes ; leur pronostic tant maternel que foetal est réservé.

Ce pronostic est aggravé par :

- L'absence ou l'insuffisance de suivi prénatal de qualité ;
- Les insuffisances dans la prise en charge des gestantes dans les centres de santé ;
- Le problème de l'accessibilité géographique des centres de référence ;
- Le manque de moyens logistiques, matériels et financiers.

Ces différentes causes sont généralement responsables du retard pris dans l'évacuation des gestantes.

Selon MAINE D et col [24], il y a trois retards :

- Premier retard : le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU) ;
- Deuxième retard : le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences ;
- Troisième retard : le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la République du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population .Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs, la gestion décentralisée du système de santé. Elle préconise la participation

effective des communautés dans la gestion et le financement des activités au niveau des structures socio-sanitaires.

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

- Le premier échelon est représenté par les centres de santé communautaire (CSCoM) offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et géré par les associations de santé communautaires (ASA CO).
- Le deuxième échelon correspond au centre de santé de référence (CS Réf).
- Le troisième échelon correspond aux hôpitaux

3.1 Aperçu sur les évacuations sanitaires avant la gratuité de la césarienne

Avant l'application des mesures consacrant la gratuité de la césarienne au Mali, un certain nombre de stratégies avaient été mises en place pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, notamment :

- L'organisation du système de référence/évacuation pour permettre la prise en charge des urgences obstétricales ;
- L'approche des besoins obstétricaux non couverts ;
- Le programme de soins obstétricaux et néonataux d'urgences [17].

Malgré ces mesures, il ressort que la mortalité maternelle et fœtale reste toujours élevée surtout dans le cadre des références/évacuations sanitaires. Cette situation est caractérisée par :

- Le coût élevé des prestations car chaque parturiente était accompagnée par plusieurs personnes ;
- L'état vétuste des véhicules de transport et son corollaire, les pannes fréquentes davantage favorisées par l'état des routes qui sont d'une façon générale en mauvais état ;
- Le manque de ressources financières indispensables pour la prise en charge des frais permettant de bénéficier des soins obstétricaux d'urgence.

Ces différents facteurs rendaient les soins obstétricaux d'urgences pratiquement inaccessibles à un grand nombre de parturientes qui souvent, étaient obligées de rester en famille pour affronter les complications de la grossesse ou de l'accouchement, avec un pronostic fœto-maternel souvent très réservé.

Pendant cette période, les patientes arrivaient au service dans un état de dénuement financier total.

Pour éviter les complications obstétricales aux femmes indigentes dont l'état de santé nécessitait des soins obstétricaux d'urgence, il existait des kits opératoires d'urgences au service de gynéco-obstétrique du centre sante de référence de la CVI du district de Bamako.

Ces kits opératoires d'urgence payables dans le temps, étaient mis à la disposition des différentes équipes de garde afin d'éviter tout retard dans la prise en charge des parturientes pour des raisons financières. L'application de cette mesure a permis de faire des prises en charge urgentes plus rapides en son temps et de redonner le sourire à une bonne partie de la population.

Cependant, on constate que le système d'évacuation connaît encore des difficultés lorsqu'on l'appréhende dans sa globalité. D'une façon générale, les parturientes sont reçues dans les structures spécialisées dans un état de non-assistance médicale. Sur un plan beaucoup plus spécifique, sur le plan du transport, la précarité dans lesquelles les parturientes sont évacuées est marquée par les moyens logistiques qui malheureusement, ne sont pas particulièrement adaptés à l'état d'une femme en travail d'accouchement.

L'insuffisance et l'équipement faible des ambulances restent un problème à part entière et leur disponibilité en est un autre. Il était donc courant de voir les parturientes transportées dans des véhicules peu adaptés à leurs cas. Il s'agit dans le meilleur des cas, de taxis ou de véhicules personnels dont l'état laisse à désirer en zone rurale ou de tout autre moyen de bord dont l'usage peu recommandé en ajoute à la précarité de la situation vécue par les parturientes.

L'usage de moyens de transport autres que l'ambulance, reste particulièrement dangereux. Outre le coût élevé qui s'y rattache, il constitue souvent un des facteurs d'aggravation les plus importants du pronostic fœto-maternel.

3.2 Problématique des évacuations sanitaires après la gratuite de la césarienne.

La césarienne peut être considérée comme un facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle.

En pratique, la césarienne est un mode d'accouchement auquel l'obstétricien fait recours chaque fois que l'accouchement par voie naturelle s'avère greffé à un risque fœtal et ou maternel qu'il envisage d'amoindrir. Il faut remercier l'arrivée de cette décision de portée historique, qui est la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne en République du Mali. Il faut saluer aussi les hommes et les femmes qui ont contribué à son adoption et sa mise en application. C'est une preuve tangible des plus hautes autorités du pays de répondre à un besoin crucial de santé publique : la réduction de la mortalité maternelle et fœtale. Cette stratégie avancée permettra sans doute d'accroître l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour les plus pauvres et certainement un des meilleurs moyens de rendre la réduction de la mortalité maternelle et fœtale réelle et irréversible.

Après la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, les évacuations sanitaires ont pris une dimension particulièrement croissante au service de gynéco-obstétrique du centre sante de référence de la CVI du district de Bamako.

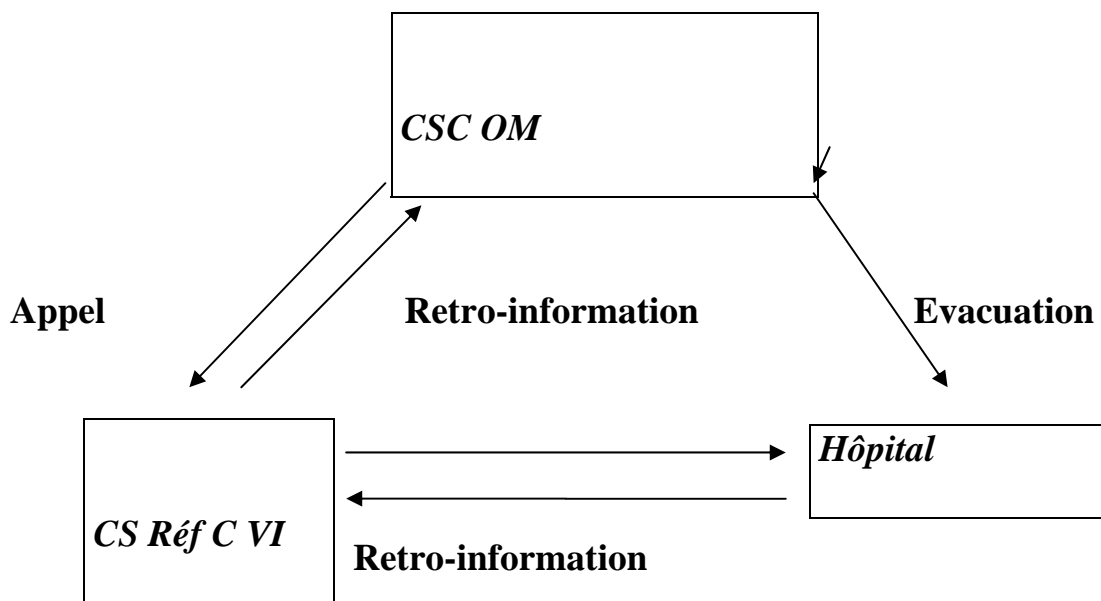
L'application de cette mesure s'est répercutée au sein de nos populations par un regain de satisfaction en général car pour la grande majorité d'entre elles, le souci lié à la prise en charge du coût de la césarienne n'existait plus.

Dès les premiers jours de l'application de la mesure de gratuité, la pratique de la césarienne a occupé une place primordiale dans les activités du service de gynéco-obstétrique.

Cependant, au nombre des mesures d'accompagnement prises par les autorités pour cerner le problème, il reste encore beaucoup à faire pour réduire les trois retards que l'analyse de situation a mis en évidence.

Il faut reconnaître l'existence d'un quatrième retard encore méconnu. Il s'agit du retard pris par une parturiente pour trouver une structure de santé qui pourra la prendre en charge d'une façon efficace. L'itinéraire suivi par certaines parturientes est particulièrement long et éprouvant.

On perçoit assez bien la gravité de la situation qui caractérise l'état d'un grand nombre de parturientes qui sont obligées de remonter toutes les échelons de la pyramide sanitaire à la recherche d'une structure d'accueil convenable. Depuis 2004 ; l'année de démarrage du système de référence /évacuation dans la CVI du district de Bamako ; les évacuées suivent un itinéraire bien défini par le circuit suivant :

Schéma 1 :**Information**

Le personnel du CSCOM qui évacue sur décision du directeur médical saisit le centre de sante de référence (CS Réf VI) en afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le directeur dans son message téléphonique donne des précisions sur la nature de la pathologie ; à l'arrivée de la parturiente un examen obstétrical est effectué par l'équipe (Médecinsgénéralistes, Sages-femmes et Internes) sous la supervision d'un gynécologue- obstétricien .La prise en charge effectuée, une fiche de retro information est envoyée au CSCOM concerné. Mais si son état nécessite une prise en charge au centre hospitalo-universitaire ; une fiche d'évacuation est établie et la patiente est évacuée ; assistée par un interne.

3.3 Motifs d'évacuation

Les motifs les plus fréquemment rencontrés sont :

- Les dystocies (dystocies dynamiques ; disproportion Foeto-pelvienne ; bassins pathologiques ; présentations anormales)
- Les hémorragies ;
- Les pathologies hypertensives ;
- La procidence du cordon.

3.3.1 Dystocies

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

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocies dynamiques : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine ;
- Dystocies mécaniques, en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne ;
 - Une anomalie du fœtus ;
 - Un obstacle prævia ou anomalie des parties molles.

Ainsi, on distingue les dystocies d'origine fœtale\$ et les dystocies d'origine maternelle.

3.3.1.1 Dystocie d'origine fœtale

a. Disproportion fœto-pelvienne

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

Selon DELECOUR M [8], à défaut d'échographie, une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 10.6 cm, correspondent dans 95% des cas à des enfants de plus de 4 000 grammes. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

b. Les présentations anormales

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

- **La présentation du siège** : 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. 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.
-
- **La présentation de la face** :C'est la présentation de latête défléchie.

L'accouchement de la face est à risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. L'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur, peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est relativement bon mais le pronostic fœtal est réservé.

- **La présentation du front** : 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 d'une césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution vers une rupture utérine.
- **La présentation transverse et oblique** : Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée, avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

C. Procidence du cordon

C'est un accident qui peut survenir à la rupture de la poche des eaux.

C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le risque de mort qu'il fait courir au fœtus.

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

d. La souffrance fœtale

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose en général sur la modification des bruits du cœur fœtal Et/ou par la découverte d'un liquide amniotique méconial.

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

3.3.1.2 Dystocies d'origine maternelle

a. 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 de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie ;
- Une anomalie par insuffisance des contractions utérines ou hypocinésie ;
- Une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie ;
- Une anomalie par arythmie contractile ;
- Une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.

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

b. Bassin pathologique

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, c'est-à-dire, au cours de la consultation du dernier trimestre de la grossesse.

3.3.2 Hémorragies

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde, les hémorragies représentent la première cause de décès maternel. Les étiologies des hémorragies sont variées.

Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie du post partum immédiat, le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire.

3.3.2.1 Rupture utérine

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. N'entrent pas dans cette définition les déchirures du col et les perforations utérines consécutives à une manœuvre abortive. La rupture peut être spontanée ou se

produire pendant une manœuvre obstétricale. Elle est d'origine maternelle ou fœtale.

Parmi ces causes, on peut citer :

- Les anciennes cicatrices utérines ;
- Les obstacles prævia ;
- Les présentations anormales ;
- Les dystocies dynamiques ;
- Les dystocies mécaniques.

Pour le traitement, la laparotomie s'impose.

3.3.2.2 Placenta prævia

Le placenta prævia est l'insertion du placenta soit en totalité, soit en partie sur le segment inférieur.

La rupture des membranes a une influence favorable sur les hémorragies en supprimant l'une des causes : le tiraillement des membranes. Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation.

3.3.2.3 Hématome rétro-placentaire

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. Il s'agit d'un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse. C'est une urgence chirurgicale dont la complication majeure est afibrinogénémie qui est très mortelle.

3.3.3 Pré éclampsie et éclampsie

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce de l'hypertension tension artérielle sur grossesse 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, le travail et les suites de couches.

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

3.4 Physiologie de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ces annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6mois (28semaines d'aménorrhée).

L'accouchement eutocique aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion du fœtus par les voies basses.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse.

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

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes.

3.4.1Phénomène dynamique

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

Le mécanisme de l'initiation de la contraction est donc non seulement lié au potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal : les œstrogènes augmentent le potentiel de repos, la progestérone a un effet contraire aux œstrogènes.

Les contractions ont pour effet :

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

3.4.2 Phénomène mécanique

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

Le bassin osseux est composé de :

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

Dans l'étude du bassin, on décrit plusieurs plans et diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. Parmi ces diamètres, nous avons essentiellement : le diamètre antéro-postérieur et les diamètres transverses.

On peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de MAGNIN est égal à la somme du diamètre antéropostérieur et du diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de MAGNIN est égal ou supérieur à 23 ; il est incertain entre 20-22, franchement mauvais en dessous de 20.

3.4.3 Le travail d'accouchement

Le travail d'accouchement est caractérisé par des contractions utérines régulières rythmées, involontaires, intermittentes, totales et douloureuses et qui entraînerait une modification du col de l'utérus.

Le travail d'accouchement est divisé en trois périodes :

- **Première période (effacement et dilatation du col)** : elle commence au début du travail jusqu'à dilatation complète (10 cm). Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare, 2 à 10 heures chez la multipare ;
- **Deuxième période (expulsion)** : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne 30 minutes chez la primipare, 5 à 20 minutes chez la multipare ;
- **Troisième période** : elle correspond à la délivrance.

3.4.3.1 Pronostic mécanique

Il est basé sur l'étude du bassin par la pelvimétrie interne et externe et la radio pelvimétrie, du volume fœtal par l'appréciation de la hauteur utérine, du périmètre ombilical et du diamètre bipariétal par l'échographie qui est un recours appréciable. Il faut aussi identifier la présentation et la position du fœtus.

3.4.3.2Pronostic dynamique

Il est basé sur l'appréciation de la qualité des contractions utérines, de la dilatation et de l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

3.4.3.3Pronostic fœtal

La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiographe.

Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme d'examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme. Ces éléments de surveillance sont :

- Les contractions utérines ;
- La modification du col ;
- L'état de la poche des eaux, et du liquide amniotique
- L'évolution de la présentation et l'état général de la parturiente.

3.5Thérapeutiques obstétricales

3.5.1La césarienne

C'est l'opération qui permet de réaliser l'accouchement artificiel par 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, de traumatisme la rend beaucoup plus large sur l'indication de la césarienne.

Cependant, ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

- Les bassins rétrécis ;
- Les tumeurs prœvia ;
- Le placenta prœvia hémorragique ;
- L'hématome rétro-placentaire ;
- Les présentations anormales, essentiellement la présentation de l'épaule et du front.

On peut citer également d'autres indications telles que :

- La procidence du cordon battant ;
- La présentation de la face ;
- La souffrance fœtale ;
- L'utérus cicatriciel ;
- Les bassins limités.

3.5.2 Extractions instrumentales (Le forceps, ventouse)

3.5.2.1 FORCEPS

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

Les deux principales indications sont la souffrance fœtale et la prolongation de la durée d'expulsion.

3.5.2.2 VENTOUSE

C'est un instrument de traction et de flexion destiné à extraire le fœtus au moment de la période expulsive. Ces indications ont été élargies au point d'avoir abandonné le FORCEPS.

Leurs utilisations nécessitent une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans l'arrêt de la progression de la tête fœtale associé ou non à une souffrance fœtale.

3.5.3 Quelques manœuvres obstétricales

3.5.3.1 La manœuvre de Mauriceau

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médus d'une

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 répartis de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet afin de :

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

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

3.5.3.2 La manœuvre de Bracht

Elle est indiquée en cas de rétention de la tête dernière, au niveau du détroit inférieur dans les présentations du siège.

La technique est la suivante : dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus est saisi par les faces antérieures des cuisses et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

3.5.3.3 La grande extraction du siège

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du deuxième 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 :

-Premier temps : C'est le temps d'abaissement d'un pied. S'il s'agit d'un siège complet, une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible

ou les deux 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.

- **Deuxième temps** : L'accouchement du siège, il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bi trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement, orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur.

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

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

- **Troisième temps** : L'accouchement des épaules, la traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur sont placés sur le sacrum, les deuxièmes et troisièmes 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 antéropostérieur. Pour dégager les bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médus le long du bras parallèle à lui.

Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le deuxième et le troisième doigt le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face postérieure 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.

Quatrième temps : L'accouchement de la tête dernière.

La tête s'engage spontanément en même que les épaules se dégagent.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

4. 1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée au service de gynécologie et d'obstétrique du centre de référence de la CVI du district de Bamako.

4-1-1 Présentation de la commune CVI du district de Bamako :

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
 - la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et
 - la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.
- construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

DONNEES GEOGRAPHIQUES

Superficie (densité/km²):

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km², pour une population estimée à 620 360 habitants en 2009, avec un taux d'accroissement 9.4% par an.

Limites

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati et à l'Ouest par la Commune V.

Relief

Le relief est accidenté :

- dans la partie Est de Banankabougou par Outa-Koulouni culminant à 405 m,
- par Taman koulouni avec 386 m à l'ouest de la patte d'Oie de Yirimadio
- par Kandoura koulou , magnambougou koulou et Moussokoro kountji fara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de Dianeguella- Sokorodji
- par Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite EST de la commune
- par Tién- koulou culminant à 500 m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune

Climat

Le climat est Sahélien avec une saison sèche de Février à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier.

La Commune connaît des variations climatiques d'année en année.

Végétation

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïlcédrat, le karité, manguier.

Hydrographie

La Commune VI est arrosée par le Fleuve Niger au nord et les marigots Sogoniko, Koumanko et Babla.

VOIES ET MOYENS DE COMMUNICATION

Voies de communications (routes)

Dans le domaine du transport, la commune est desservie par deux routes d'importance nationale:

- La RN6 : Axe Bamako - Ségou,
- La RN7 : Axe Bamako - Sikasso,

Ces deux routes nationales traversent la commune 6 et facilitent l'accès aux quartiers riverains (Banankabougou, Faladié, Sénou et Yirimadio), à celles-ci s'ajoutent l'Avenue de l'OUA qui traverse Sogoniko, les trente (30) mètres traversant Faladié et Niamakoro et des voies secondaires qui désenclavent les quartiers de l'intérieur.

Moyens de transport

La Commune est un carrefour pour le transport routier. Il existe un aéroport international à Sénou à 15 km du centre ville d'où le trafic aérien est assuré.

Moyens de telecommunication

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet (les cabines téléphoniques privées et publiques et les « cybercafés »).

Toutes les stations radios libres, les deux chaînes télé (ORTM et Africable) sont captées dans la commune. Deux radio libres : Espoir et Guintan y sont implantées.

ACTIVITES ECONOMIQUES

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme,) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

DONNEES SOCIOCULTURELLES ET RELIGIEUSES

La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d'hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du : mariage traditionnel, polygamie, lévirat, sororat, cérémonies rituelles etc.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient.

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La population totale de la Commune VI a été estimée à 620.360 habitants en 2009 avec un taux d'accroissement annuel qui est de 9,4 %. Elle est composée de 50,6% d'hommes et 49,4% de femmes.

Répartition de la population par tranche d'âge en 2008 et 2009

Tranches	Pourcentages	2008	2009
Population totale	100%	567.057	620 360
FAP	22%	124.753	136 479
FE	5%	28.353	31 018
Enfants de moins de 1an	4%	22.682	24 814
1- 4 ans	14%	79.388	86 850
5- 14 ans	28%	158.776	173 700
15- 19 ans	9%	51.035	55 832
20- 24 ans	8%	45.365	49 628
25- 49 ans	25%	141.764	155 090
50- 59 ans	5%	28.353	31 018
60 ans et plus	6%	34.023	37 222
Personnes handicapées	10%	56.706	62 036
P. vivant/VIH	3.5%	22.682	21
Personnes pauvres selon les critères DHD (Développement humain durable)	69%	391.269	428 048

NB : Cette population est sujette à des variations dues aux flux migratoires saisonniers de l'intérieur du pays vers la capitale ; à la création de nouveaux quartiers (logements sociaux).

DEGRE D'URBANISATION

La Commune VI est composée de dix quartiers dont 4 urbains et 6 semi-urbains. Le degré de viabilisation de la commune est très peu avancé. Les quartiers totalement lotis sont Banakabougou, Magnambougou ,Sogoniko, Faladié et Missabougou

Niamakoro, Sokorodji et Dianeguella sont partiellement lotis .

SITUATION SANITAIRE

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de Référence ,un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 2 structures mutualistes, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

A- Couverture géographique**Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRéf**

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom /csréf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
ASACOFABA	Août 1994	Faladiè	4
ASACOFYR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15km)

Observations

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires Niamakoro(ASACONIA et ANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé(Sokorodji –Dianéguéla).

La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSComs.

Les principales activités menées par la population sont :

- ☞ L'agriculture,
- ☞ le maraîchage, pêche, élevage.
- ☞ Le petit commerce, transport et artisanat
- ☞ Existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

4-1-2 Présentation du CS Réf CVI : Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du district de Bamako.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de ladite commune mais aussi de certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) mais aussi de son ancienneté car étant le plus vieux centre de santé du district.

La maternité du centre fait en moyenne 15 accouchements par jour. Mais le système de référence /évacuation n'a débuté qu'en juin 2004.

a) Infrastructure du service :

Le service se compose de sept bâtiments.

- **Le premier bâtiment en étage construit en 1981 et réhabilité en 2010. Il est composé de :**

-Au rez de chaussée :

La pharmacie du jour,
Le bureau du pharmacien,
Trois bureaux de consultation pour la médecine,
Une salle d'observation pour la médecine,
Une salle de garde,
Une salle d'injection,
Un magasin pour la pharmacie,
Trois grandes salles d'hospitalisation pour la pédiatrie,
Deux bureaux de consultation pour la pédiatrie,
Une salle de garde pour les infirmières de la médecine,
Une salle de garde pour les infirmières de la pédiatrie,
Un hangar,
Une toilette.

-A l'étage

Le service d'administration se compose de :
Le secrétariat
Le bureau du médecin chef
Le bureau du système d'information sanitaire(SIS),
Le bureau de la comptabilité,
Le bureau du service social,
Le bureau médecin appui SIS,
Le bureau du chef du personnel,
La brigade d'hygiène
La salle de photocopie,

La salle de réunion,

Un magasin,

Des toilettes,

- **Le deuxième bâtiment construit en 1999, a été réhabilité en 2014. Il abrite : la consultation chirurgie et les hospitalisations (médecine chirurgie).**

Le bureau de consultation chirurgie

Le bureau du major de la chirurgie

Le bureau du major de la médecine,

La salle de pansement,

Une grande salle d'hospitalisation de sept lits pour la chirurgie,

Une salle d'hospitalisation de cinq lits pour la médecine,

Deux salles d'hospitalisation VIP d'un lit,

Une salle d'hospitalisation VIP de deux lits,

Deux toilettes.

- **Le troisième bâtiment construit en 2008, il abrite la maternité composée de :**

Une salle d'accouchement qui contient six (6) boxes d'accouchement avec (06) paravents,

Une salle de travail de neuf (9) lits,

Une salle de réanimation des nouveaux nés,

Une salle d'hospitalisation de dix –huit(18) lits,

Une salle de garde pour sage-femme,

Une salle de garde pour médecin,

Une salle de garde pour les infirmières,

Une salle de garde pour les internes,

Une salle de consultation gynécologique,

Une salle de SAA,

Un hangar,

Des toilettes,

- **Le quatrième bâtiment construit en 2010 : le bloc technique qui est composé de :**

Un laboratoire avec quatre salles (biochimie, hématologie, prélèvement, bactériologie),

Une salle d'échographie,

Une salle radiographie,

Une salle de développement de radiographie,

Le bureau de consultation cardiologie/dermatologie

Deux bureaux de consultation d'odontostomatologie,

Deux bureaux de consultation ORL,

Deux bureaux de consultation ophtalmologique,

Des toilettes.

- **Le cinquième bâtiment construit en 2010 : l'unité chaîne de froid et l'USAC**

L'unité chaîne de froid comprend :

Une grande salle,

Un bureau,

Deux (2) toilettes,

Un hangar.

L'USAC comprend :

Un bureau pour le médecin coordinateur,

Un bureau pour le pharmacien,

Une grande salle avec un box servant de salle de counseling,

Un hangar.

- **Le sixième bâtiment construit en 2010 : le bureau des entrées**

Comprend :

Un guichet,

Un guichet pour l'espace AMO

Le bureau de consultation de garde,

Le bureau de garde pour médecin

Une pharmacie de garde,

Deux hangars,

Deux toilettes(2).

➤ **Le septième bâtiment construit en 2010 : le bloc opératoire avec :**

Deux blocs opératoires,

Une salle de stérilisation,

Une salle de réveil,

Un bureau pour le major du bloc,

Une salle de pansement pour les opérés,

Une salle de garde pour les anesthésistes,

Un bureau de consultation pour les anesthésistes,

Un hangar,

Deux toilettes.

➤ **Les annexes :**

La buanderie et les deux salles, pour les manœuvres et les chauffeurs construites en 2010,

La suite des couches construite en 2005,

Le logement du médecin chef réhabilité en 2010,

Le logement du gardien construit en 2010,

Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre construites en 2010,

Des toilettes,

Une morgue non encore fonctionnelle construite en 2008.

NB : Tous les bâtiments sont en bon état.

Personnel

CORPS	NOMBRE
Médecin	25
Médecin gynécologue	3
Médecin chirurgien	3
Chirurgien-dentiste	1
Médecin généraliste	15
Médecin pédiatre	1
Médecin radiologue	1
Pharmacien	1
Assistants Médicaux	29
ORL	4
Santé publique	2
Anesthésiste	4
Bloc opératoire	2
Formation des formateurs	1
Odontostomatologie	4
Ophthalmologie	3
Gestion Ressources Humaines	2
Médecine interne	1
Laboratoire	3
Ingénieur sanitaire	3
Techniciens supérieurs de santé	52
sage-femme	35
IDE	9
Hygiène assainissement	3

Anesthésiste	1
Biologiste	4
Techniciens de santé	36
Infirmières Obstétriciennes	15
Infirmiers de santé publique	17
Laboratoire	2
Technicien d'hygiène	2
Aides –soignantes et matrones	17
Agents d'hygiène	6
Secrétariat	9
Attache d'administration	2
Adjoint administration	4
Agents de saisie	3
Comptabilité	11
Inspecteur du trésor	1
Contrôleur de Finances	6
Aides comptables	6
Documentaliste	1
Administrateur de l'action sociale	1
Planton	2
Chauffeur	6
Manœuvre	14
Gardien	3
Lingère	1
Personnel de l USAC	4
Médecin	1

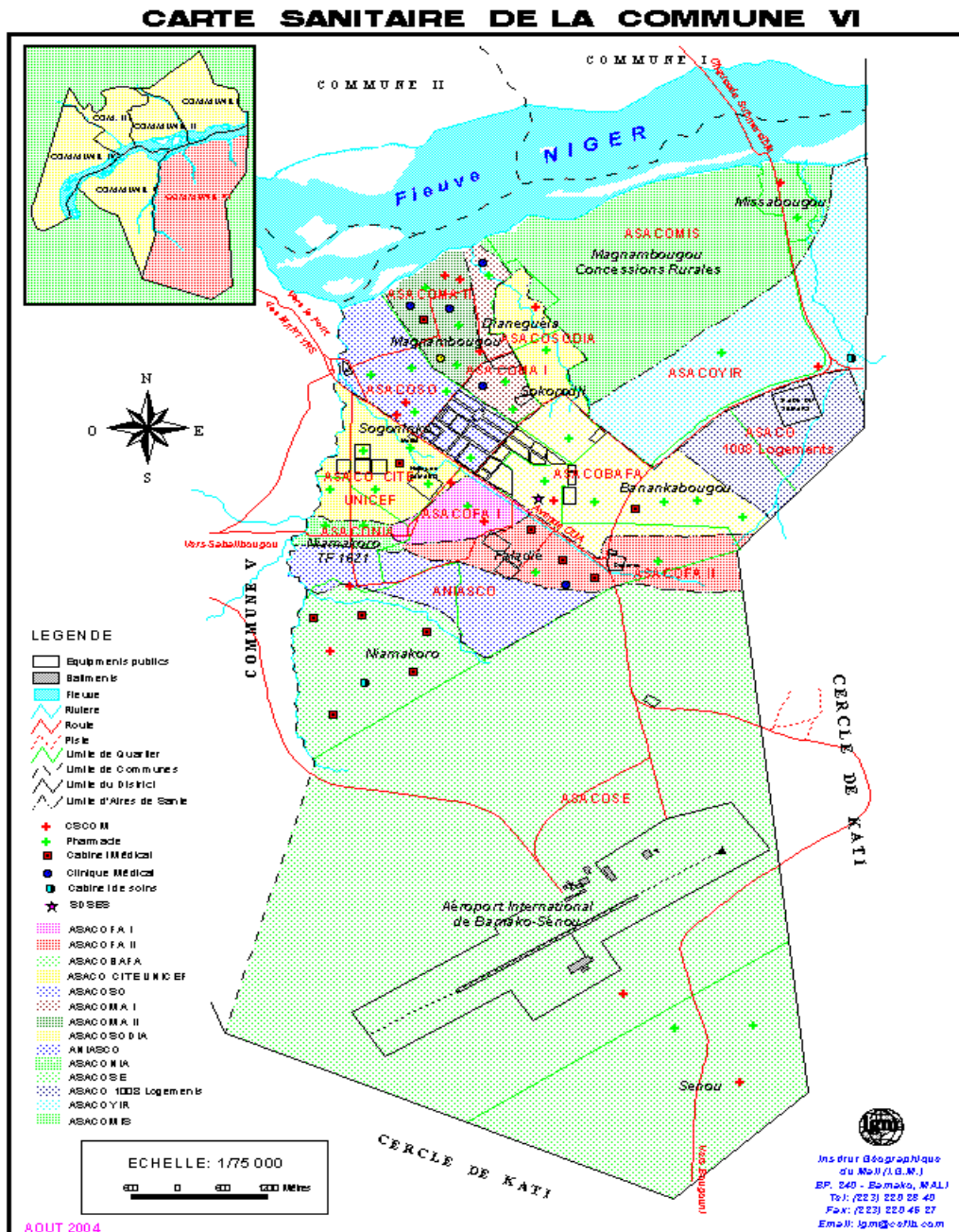
Pharmacien	1
Conseillers	2
Total	219

FONCTIONNEMENT

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

Les consultations de gynécologie et d'obstétrique (grossesse a risque) sont assurées par les gynécologue obstétricien, quatre jours par semaine (lundi, mardi, mercredi, et vendredi). La CPN est faite tous les jours par les sages-femmes avec l'aide des infirmières obstétriciennes et des aides- soignantes .Le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait tous les jours ouvrables du lundi au vendredi .Un staff se tient tous les jours ouvrables de la semaine à 8H30mn pour le compte rendu des activités de la garde et le fonctionnement du service. Le programme opératoire est réalisé les mercredis (césariennes prophylactiques) et les jeudis (cas gynécologiques).

Une équipe de garde quotidienne travaille 24heures sur 24. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, deux médecins généralistes, deux internes, deux sages-femmes, une infirmière obstétricienne ou aide-soignante et d'un manoeuvre.



4.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive.

4.3. Période d'étude :

Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 soit une période de 12 mois.

4.4. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les évacuations obstétricales reçues au centre de santé de référence de la CVI du district de Bamako pendant la période.

4.5. Echantillonnage :

L'échantillonnage a été exhaustif.

4.5.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude toutes patientes évacuées et reçues pour anomalie au cours :

- de la grossesse,
- du travail d'accouchement,
- de la période de suites de couches.

4.5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas fait partie de l'échantillon les patientes non évacuées et pour autres affections non obstétricales.

4.6 Supports des données :

Le recueil de données a été fait à partir des supports suivants :

Les questionnaires servant de fiche d'enquêtes

Le registre d'accouchement,

Le registre de référence /évacuation,

Le dossier obstétrical,

Fiche d'évacuation,

Le partogramme.

4.7 Difficultés de l'étude

La difficulté majeure rencontrée au cours de notre étude a été le recueil des données des patientes évacuées vers les hôpitaux (CHU Gabriel Touré et CHU du Point G).

4.8 Variables étudiées

Les variables étudiées sont pour l'essentiel : l'âge, la parité, les antécédents obstétricaux, les pathologies en cause, la provenance, le statut matrimonial, l'état à la naissance, le décès maternel, les causes de décès maternels, APGAR à la première minute et à la cinquième minute, et les motifs de référence des nouveaux nés à la néonatalogie.

4.9 Définitions opératoires

L'évacuation sanitaire se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide d'un malade, d'un centre de santé vers un autre plus équipé et mieux spécialisé.

La référence est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans notion d'urgence.

La Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) lors de sa conférence biennale tenue à Dakar en 1998, a adopté les définitions suivantes :

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 facteurs de risque ou de pathologie de la grossesse sans notion d'urgence.

NB : par définition une femme non suivie en consultation prénatale (CPN), ne peut être référée, elle est évacuée.

Evacuation : concerne une parturiente adressée en urgence, ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.

Nullipare : patiente n'ayant jamais accouché

Primipare : patiente ayant accouché une fois

Paucipare : patiente ayant accouché deux ou trois fois

Multipare : patiente ayant accouché quatre fois et plus

Score de Glasgow : c'est un score destiné à apprécier l'état général du patient (Voir les annexes).

Bassin limite : lorsque le diamètre promoto sous pubien=11cm, promoto-retro pubien=9,5cm et les lignes innominées sont parcourus au delà des 2/3 antérieures.

Bassin généralement rétréci : lorsque le diamètre promoto retro pubien=8,5cm et lignes innominées sont entièrement parcourus.

Score d'APGAR : C'est un score qui permet d'évaluer les paramètres vitaux du nouveau-né à la naissance (Voir les annexes).

4.10 La saisie et l'analyse des données

Les données ont été saisies sur Word 2007 et Excel 2007 pour les graphiques.

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS version 19.

RESULTATS

V. RESULTATS

1-Prévalence

Du 1^{er} janvier 2014 au 31decembre2014 ; 8755 patientes ont été admises à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI de Bamako dont 940 cas d'évacuation, soit une prévalence de 10,74%.

2-Profil sociodémographique

Répartition des patientes selon la tranche d'âge

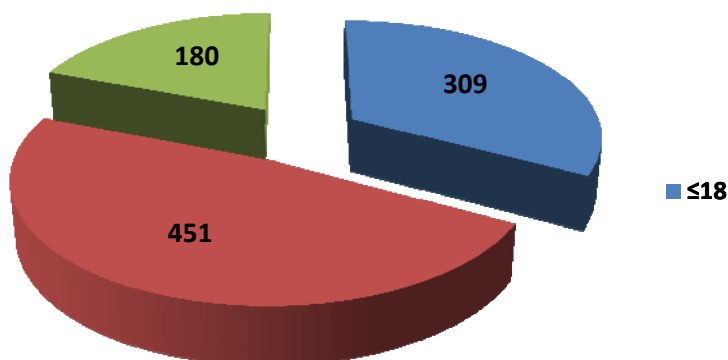


Figure 1 : Répartition des patientes par tranche d'âge

La tranche d'âge 19-34ans était prédominante avec 48%.

Agés extrêmes : 15 et 44ans.

Répartition des patientes selon la provenance

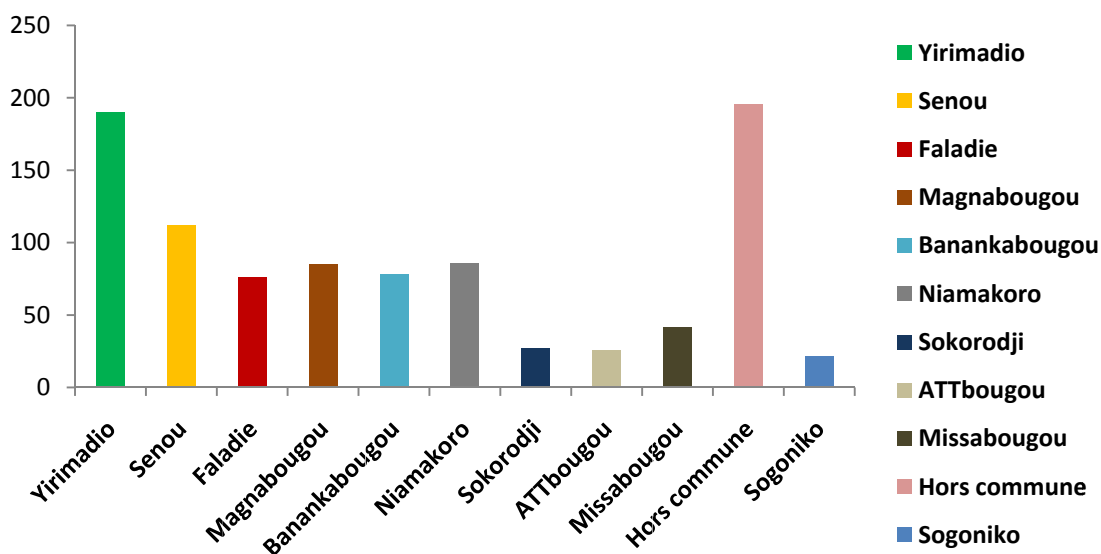


Figure 2 : Répartition des patientes selon la Provenance

21% des patientes venaient hors commune VI.

NB : les hors communes représentent le cercle de Kati (Baguineda, Mountougoula, Sirakoro, Meguetana, Banakoro, Dialakoroba, Dialakorobougou et Kasséla).

Répartition des patientes selon la profession exercée

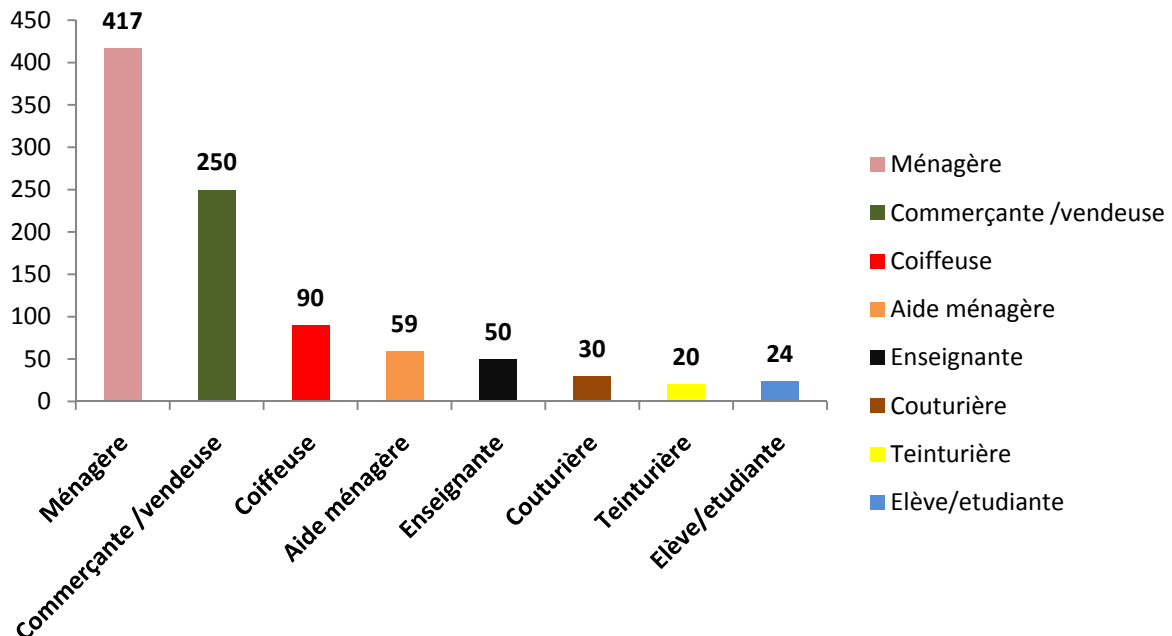


Figure 3: Répartition des parturientes selon la profession

Les ménagères étaient les plus représentées avec 44,4%.

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

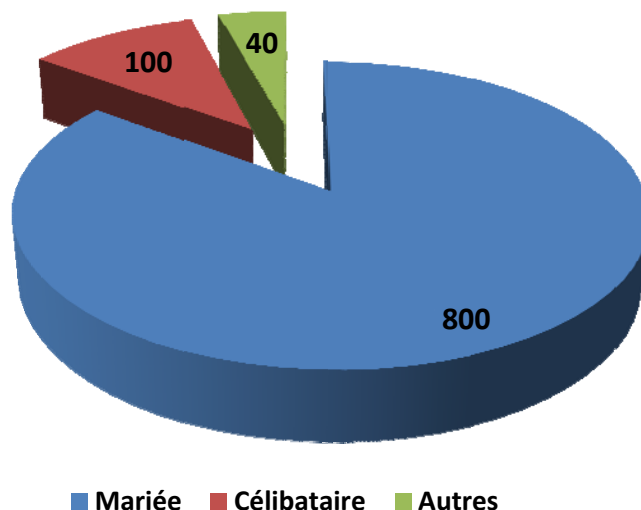
Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	120	12,8
Secondaire	350	37,2
Supérieur	90	9,6
Non scolarisée	380	40,4
Total	940	100

Les non scolarisées étaient prédominantes avec 40,4%.

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Commerçant/ Vendeur	479	51
Ouvrier	99	11
Chauffeur	78	8
Tailleur	68	7
Mécanicien	98	10
Cultivateur	54	6
Gardien	17	2
Coiffeur	16	2
Eleveur	10	1
Immigré	9	1
Enseignant	12	1
Total	940	100

La profession commerçant/vendeur était la plus représentée avec 51%.

Répartition des patientes selon le Statut matrimonial

NB : Autres représentent les veuves et les divorcées.

Figure4 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Plus de la moitié des patientes étaient mariées avec 85,1%.

Tableau III : Répartition selon le motif d'évacuation

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
Dilatation stationnaire	193	20,5
Disproportion foeto-pelvienne	80	8,5
Défaut d'engagement	80	8,5
Pré éclampsie sévère	60	6,4
SFA	80	8,5
Eclampsie	70	7,4
HU excessive	15	1,6
RPM	25	2,7
MAP	20	2,1
Procidence du cordon	20	2,1
Avortement hémorragique	8	0,9
Utérus cicatriciel	35	3,7
Grande multipare	10	1,1
Rétention du 2ème jumeau	5	0,5
Temps d'expulsion sup à 45min	20	2,1
Syndrome de pré rupture	20	2,1
Manque d'effort expulsif	35	3,7
Demande des parents	4	0,4
BCF non perçu	9	1,0
Présentation vicieuse	14	1,5
PP	10	1,1
HRP	39	4,1
Présentation de siège	25	2,7
Présentation de l'épaule	9	1,0
Hydrocéphalie	2	0,2
Primipare âgée	9	1,0
Pro cubitus cordon	5	0,5
Hémorragie post partum	25	2,7
GEU	8	0,9
Menace avortement	5	0,5
Total	940	100

La dilatation stationnaire était le motif le plus fréquent avec 20,5%

Répartition des patientes selon le moyen de transport

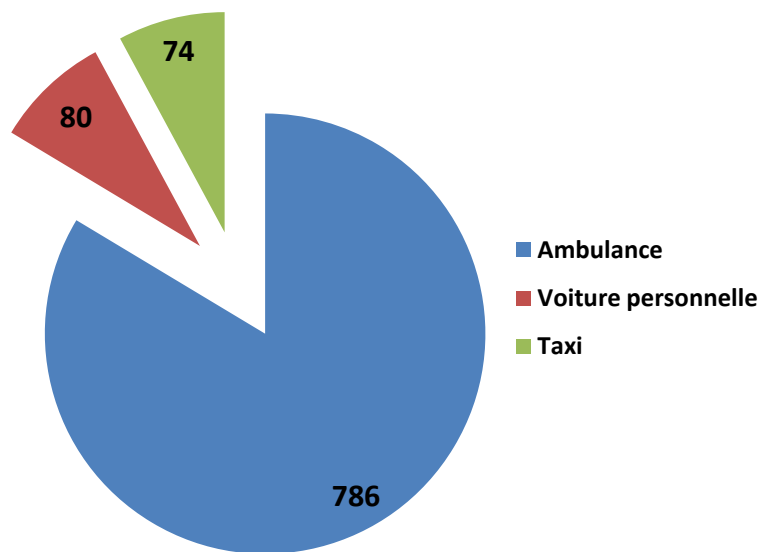


Figure5 : Répartition patientes selon le moyen de transport emprunté
L'ambulance était le moyen de transport le plus utilisé avec 83,6%.

Tableau IV : Répartition selon le système d'alerte

Système d'alerte	Effectif	Pourcentage
Téléphone	719	76,5
Sans alerte	221	23,5
Total	940	100

L'alerte a été donnée par téléphone dans 76,5%.

Répartition selon le type de support utilisé

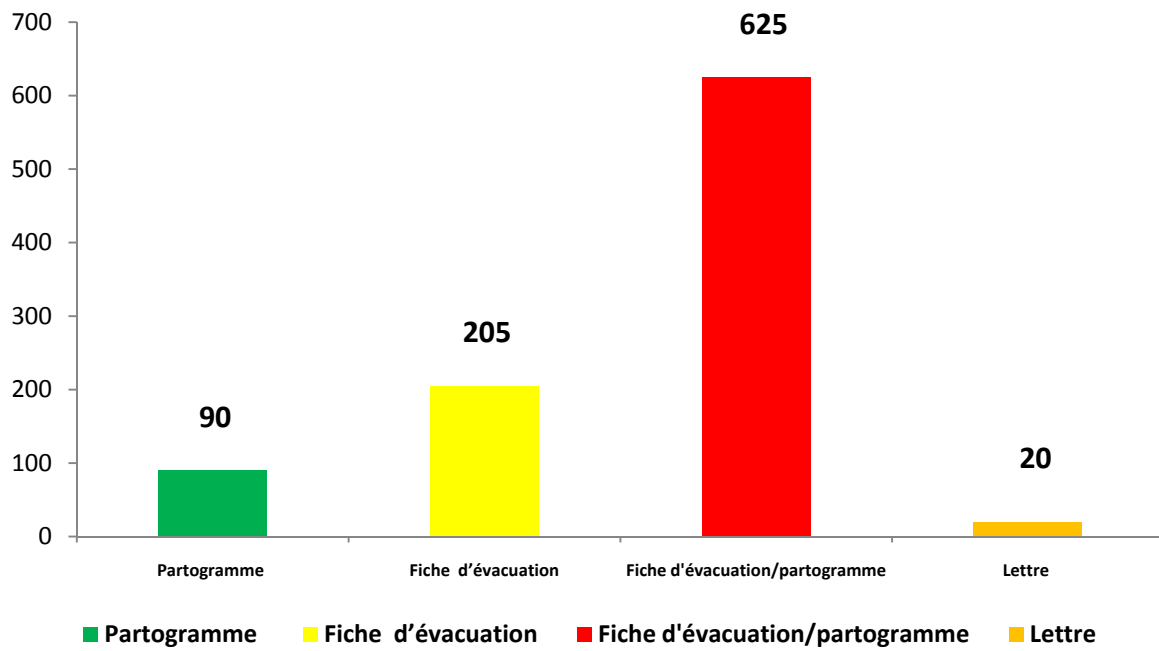


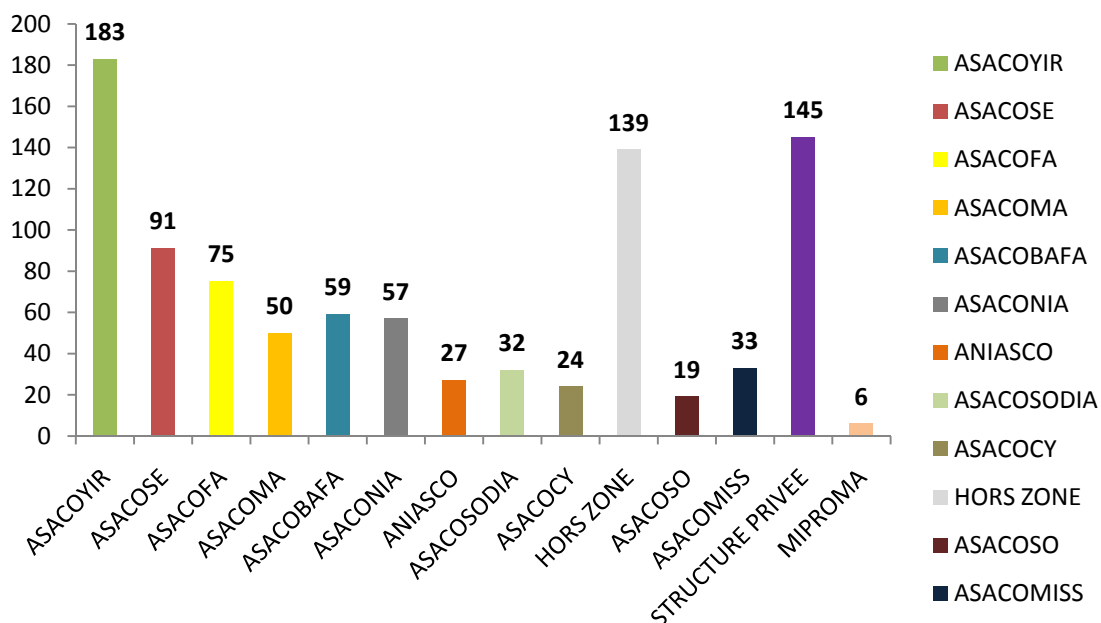
Figure6 : Répartition selon le support de référence

L'association fiche d'évacuation/partogramme était le support le plus utilisé avec 66,5%.

Tableau V : Répartition des patientes selon le traitement reçu en amont

Traitement reçu en amont	Effectif	Pourcentage
Rien	800	85,11
Buthylhyosine/spasfon	68	7,23
Methyl dopa	50	5,32
Perfusion d'ocytocine	22	2,34
Total	940	100

85,11% des patientes n'avaient pas eu de traitement en amont.

Répartition des patientes selon la structure de provenance**Figure 7 : Répartition des patientes selon la structure de provenance**

Les patientes venant de l'ASACOYIR étaient majoritaires avec 19,5%.

Tableau VI : Répartition selon la qualification de l'agent qui évacue

Qualification de l'agent	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	617	65,6
Infirmière obstétricienne	155	16,5
Faisant fonction d'interne	56	6,0
Médecin	40	4,3
Matrone	47	5,0
Aide-soignante	15	1,6
Statut non précisé	10	1,1
Total	940	100

Plus de la moitié des patientes étaient évacuées par les sages-femmes avec 65,6%.

3- Antécédents

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	80	8,51
Diabète	2	0,21
VIH	18	1,91
Aucun	840	89,36
Total	940	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	80	8,5
Myomectomie	6	0,6
GEU	19	2,0
Aucun	835	88,8
Total	940	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	386	41
Paucigeste	120	13
Multigeste	434	46
Total	940	100

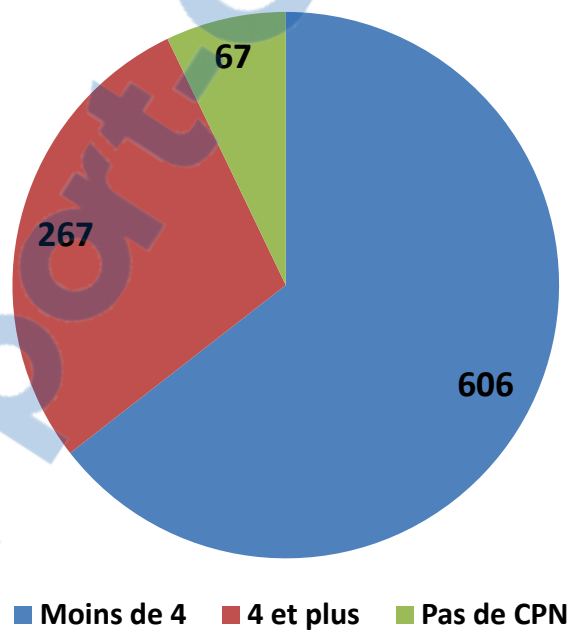
Les multigestes et les primigestes étaient les plus fréquentes avec respectivement 46% et 41%.

Tableau X : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	259	28
Primipare	105	11
Paucipare	216	23
Multipare	360	38
Total	940	100

Les multipares étaient les plus fréquentes avec 38%.

NB : les grandes multipares ont été incluses parmi les multipares

Répartition des patientes selon le suivi prénatal**Figure8 : Répartition des patientes selon le suivi prénatal**

64,5% des patientes évacuées avaient fait moins de 4 CPN.

4-Etat clinique

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'état des muqueuses

La coloration muqueuse	Effectif	Pourcentage
Colorée	852	90,6
Pâle	88	9,4
Total	940	100

9,4% des patientes évacuées avaient les conjonctives pâles.

Tableau XII : Répartition des patientes selon la température corporelle

Température corporelle	Effectif	Pourcentage
<38°C	750	79,79
≥ 38°C	190	20,21
Total	940	100

20,21% des patientes évacuées avaient une température corporelle supérieure ou égale à 38°C.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la pression artérielle

Tension artérielle	Effectif	Pourcentage
< 140/90mm. hg	801	85,2
140/90 et 150/100mm. hg	60	6,4
≥ 160/110mm. hg	79	8,4
Total	940	100

8,4% des patientes évacuées avaient une hypertension artérielle sévère.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'état général

état général	Effectif	Pourcentage
Bon	920	97,9
Obnubilation	6	0,6
Coma stade II	10	1,1
Coma stade III	4	0,4
Total	940	100

97,9 % des patientes avaient un bon état général.

Tableau XV : Répartition selon les paramètres obstétricaux

	Paramètres obstétricaux	Effectif	Pourcentage
HU	≥ 36 cm	78	9,02
	< 36 cm	787	90,98
Sous total		865	100
BDCF	<120	44	5,09
	Entre 120-160	668	77,23
	>160	63	7,28
	Non perçu	90	10,40
Sous total		865	100
Phase de travail	Phase de latence	320	39,6
	Phase active	386	47,8
	Période expulsive	102	12,6
Sous total		808	100
Poche des eaux	Intacte	580	67,05
	Rompue dans un délai < 6 h	165	19,08
	Rompue dans un délai entre 6h et 12h	90	10,40
	Rompue dans un délai >12 h	30	3,47
Sous total		865	100
Aspect du liquide amniotique	Clair	742	88,33
	Méconial	38	4,52
	Sanguinolent	60	7,14
Sous total		840	100
Bassin maternel	Normal	710	84,52
	Limite	92	10,95
	Rétréci	38	4,52
Sous total		840	100

NB :les patientes concernées par les paramètres (aspects du liquide amniotique, examen du bassin maternel) étaient en travail(808) et les femmes dont les accouchements sont survenus par suite de complications observées au cours de la grossesse malgré le traitement reçu (32) font un total de 840. Celles concernées par les paramètres (HU,BDCF, Etat poche des eaux) étaient les femmes en travail(808) MAP(8) Pré éclampsie sévère(18) éclampsie(7) RPM(12) PP(3) HRP(9) ceux qui font un total de 865.

Répartition selon la période de survenue des complications

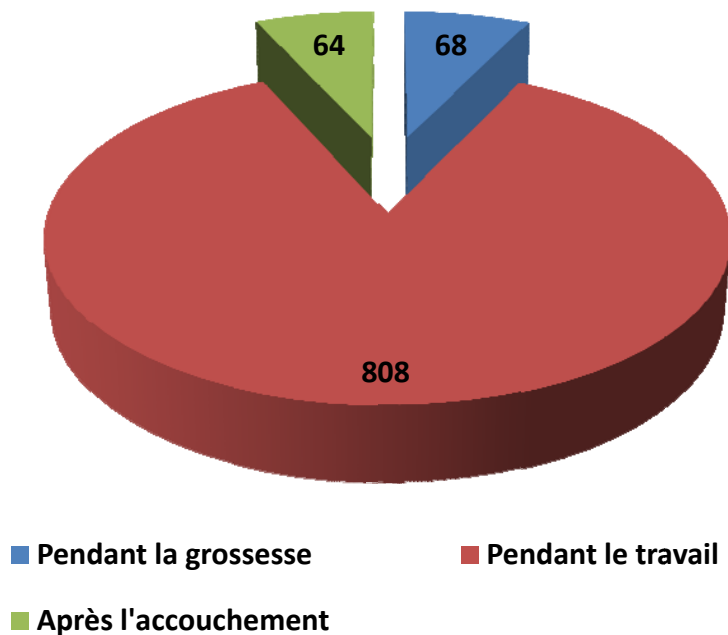


Figure 9 : Répartition des patientes selon la période de survenue de la complication

Plus de la moitié des patientes ont été évacuées pendant le travail d'accouchement.

Tableau XVI : Répartition selon le diagnostic retenu

Période	Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Pendant la grossesse	MAP	8	11,8
	RPM	12	17,6
	GEU	6	8,8
	Avortement hémorragique	5	7,4
	Pré éclampsie sévère	18	26,5
	Eclampsie	7	10,3
	PP	3	4,4
	HRP	9	13,2
Sous total		68	100
Pendant le travail	Sans particularités	17	2,1
	Dystocie	533	66,0
	HRP	52	6,4
	PP	22	2,7
	Souffrance fœtale aigüe	38	4,7
	Eclampsie	48	5,9
	Pré éclampsie sévère	46	5,7
	Rupture utérine	10	1,2
	Syndrome de pré rupture	16	2,0
	Rétention du 2 jumeau	5	0,6
	Procidence du cordon	21	2,6
Sous total		808	100
Après l'accouchement	Hémorragie du post partum par atonie utérine	13	20,3
	Hémorragie du post partum par déchirure des parties moles	5	7,8
	Hémorragie du post partum par rétention placentaire	31	48,4
	Eclampsie du post partum	15	23,4
Sous total		64	100

NB : parmi les 940 patientes évacuées et reçues, 70 ont été évacuées vers les centres hospitalo- universitaires (CHU Gabriel Touré, CHU du Point G)

dont 40cas d'éclampsies, 10cas de pré éclampsie sévère et 20cas d'HRP grade IIIa de SHER.

Parmi les 21cas de procidence du cordon, 16 étaient battants et 5 non battants.

5-Conduite à tenir

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

	Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie haute	CESARIENNE	340	40,48
	Laparotomie	11	1,31
Voie basse	Voie vaginale simple	396	47,14
	Ventouse	90	10,71
	Forceps	3	0,36
Total		840	100

NB : les patientes ayant accouché sont les femmes en travail(808) et les femmes dont les accouchements sont survenus par suite de complication observée au cours de la grossesse malgré les traitements reçus(32), les cas d'HRP chez les patientes non en travail(9) .Ceux qui font un sous total de 840.

Les cas d'HRP grade IIIa de SHER ; les éclampsies et certaines pré éclampsies sévères ont été évacuées vers les hôpitaux (CHU Gabriel Touré et CHU du Point G).

Répartition des patientes selon l'indication de la Césarienne

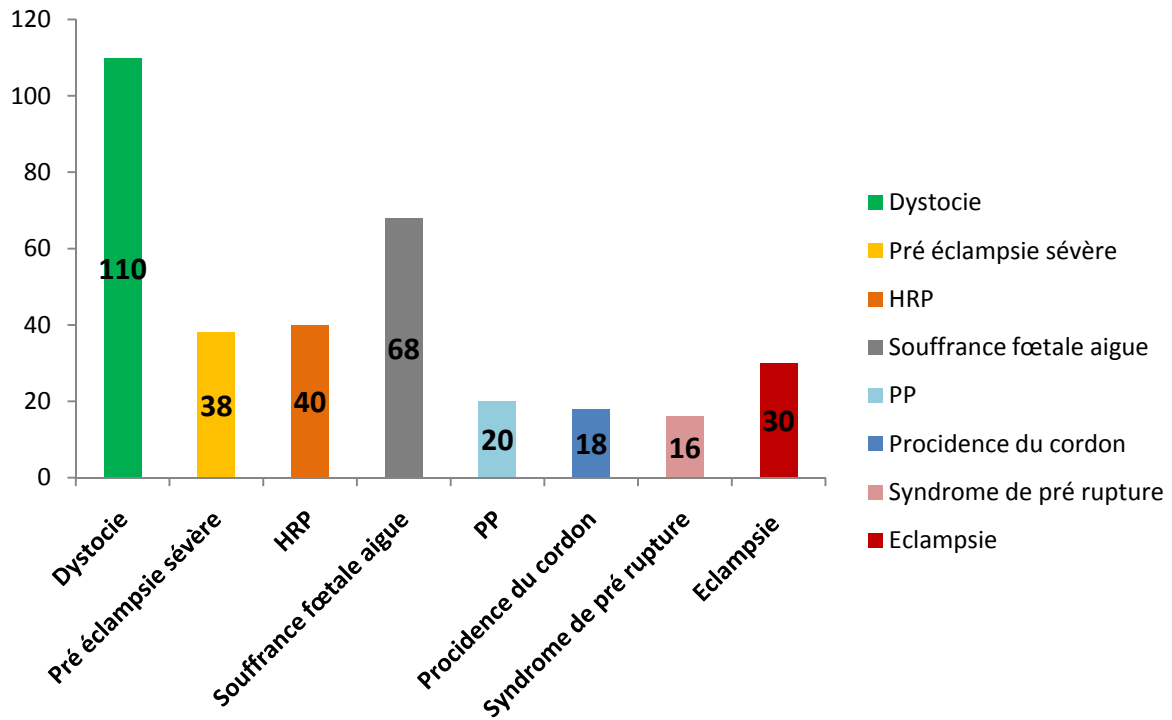


Figure10 : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne

La dystocie était l'indication la plus fréquente avec 36%.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la conduite à tenir

MAP(8)	-Hospitalisation -Repos -Recherche étiologique et traitement -Tocolyse avec du salbutamol -Corticothérapie si âge gestationnel compris entre 28 et 34 SA
GEU(6)	-Laparotomie/ Salpingectomie/ Parfois transfusion -hospitalisation -Antibiothérapie -FAF
RPM(12)	-Hospitalisation -Recherche étiologique et traitement Si à terme ou proche du terme, déclenchement ou césarienne -Antibiothérapie -Si loin du terme, antibiothérapie par fois corticothérapie, -Si âge gestationnel compris entre 28-34
Avortement hémorragique(5)	-Voie veineuse -Groupage rhésus -Taux Hb -Aspiration manuelle intra utérin -uterotonique(ocytocine) -Parfois transfusion
Pré éclampsie sévère(18) et Eclampsie(7)	-Hospitalisation/Evacuation -Si proche du terme ou à terme -Extraction du fœtus par voie basse ou césarienne -Antihypertenseur (loxeninj) -Anticonvulsivant (sulfate de magnésium)
Hémorragie du post partum par atonie utérine (13)	-Voie veineuse -Groupage rhésus -Taux Hb -révisionutérine -sondage vésical -massage utérin -Perfusion d ocytocine -FAF parfois transfusion
Hémorragie du post partum par des parties molles(5)	Groupage rhésus Taux d Hb Suture
Rétention placentaire	-Rétention placentaire Complete ou partielle -Voie veineuse -Groupage rhésus Taux d'hémoglobine Délivrance artificielle Révisionutérine Message utérin Antibiothérapie FAF par fois transfusion

NB : les éclamptiques(7) et les pré- éclampsies sévères(8) ont été évacuées vers les hôpitaux.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la transfusion

Patientes	Effectif	Pourcentage
Transfusées	90	9,57
Non transfusées	850	90,43
Total	940	100

9,57% des patientes évacuées ont été transfusées

6-Pronostic

Tableau XX : Répartition des patientes selon la morbidité maternelle

Morbidité maternelle	Effectif	Pourcentage
Lésion vésicale	3	0,3
Paludisme	40	4,3
Suppuration pariétale	12	1,3
Péritonite post opératoire	3	0,3
Anémie	320	34,0
Eclampsie du post partum	12	1,3
endométrite	9	1,0
Aucune	541	57,6
Total	940	100

NB : Toutes les complications ont été prises en charge.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la mortalité maternelle

Décès maternel	Effectif	Pourcentage
Oui	16	1,70
Non	924	98,30
Total	940	100

16 cas de décès maternel soit 1,70%

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la cause du décès

Cause du décès	Effectif	Pourcentage
Choc hémorragique	10	62,50
Eclampsie	4	25,00
Septicémie	1	6,25
Arrêt cardio-respiratoire en per opératoire	1	6,25
Total	16	100

Le choc hémorragique a été la cause la plus fréquente avec 62,50%.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'issue de la grossesse après traitement

Pathologie	Accouchement	Réussi
MAP (8)	2	6
RPM (12)	12	0
Pré éclampsie sévère (18)	8	10
Eclampsie (7)	7	0
PP (3)	3	0
Total	32	16

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 1ère minute

Score d'APGAR	Effectif	Pourcentage
0	96	11,43
≤4	10	1,19
5-7	112	13,33
≥8	622	74,05
Total	840	100

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 5ème minute

Score d'APGAR	Effectif	Pourcentage
0	98	11,67
≤4	8	0,95
5-7	80	9,52
≥8	654	77,86
Total	840	100

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon le score d'état à la naissance

Etat à la naissance	Effectif	Pourcentage
Vivant	742	88,33
Mort-né	98	11,67
Total	840	100

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

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
Souffrance néonatale	88	23,91
Prématurité	12	3,26
Macrosomie	16	4,35
Hypotrophie	19	5,16
RPM	9	2,45
Mère diabétique	3	0,82
Malformation	4	1,09
Examen systématique	217	58,97
Total	368	100

Le motif de référence le plus fréquent était la souffrance néonatale avec 23,91%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A-Prévalence : Durant la période d'étude (12 mois), 8755 accouchements ont été effectués au service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre de santé de Référence de la CVI du district de Bamako dont 940 évacuées soit une prévalence de 10,74%.

Ce taux est inférieur à ceux de THIERO M. [40] à l'Hôpital Gabriel Touré et FALL G. [17] au Sénégal qui ont retrouvé respectivement 11,5% et 12,97% ; et supérieur à celui de TRAORE B. [59] à l'Hôpital FousseyniDaou de Kayes qui a rapporté 8,49%.

La prévalence des évacuations est diversement appréciée.

Dans les pays développés, les évacuations sont exceptionnelles car il existe toujours une annexe à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [5]

B-PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE

La tranche d'âge 19-34 ans était majoritaire soit 48% des patientes évacuées avec des extrêmes d'âge de 15 et 45 ans. TRAORE B. [60] a rapporté un taux de 60,8%.

Elle correspond à la période d'activité obstétricale intense.

Les adolescentes ont représenté 33% des patientes évacuées .Ce taux est supérieur à celui observé par TRAORE B.[60] avec 12%.

Le mariage précoce des filles pourrait expliquer le jeune âge.

Les mariées ont représenté 85,1% des cas.

Dans notre étude 44,4% des patientes évacuées étaient des ménagères. Cette profession était beaucoup plus représentée chez TRAORE B. [65] avec 90,73%.

L'analyse de nos résultats a montré que les non scolarisées étaient les plus représentées avec 40,4%.Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali le taux de scolarisation des filles reste encore faible en zone rurale.

C- EVACUATIONS

1-Provenance des évacuées

L'analyse de nos données a montré que 79% des patientes évacuées résidaient dans l'aire de santé de la Commune VI du district de Bamako. Le quartier de Yirimadio était le plus représenté avec 20% car Yirimadio est un quartier semi urbain, vaste et peuplé.

Le cercle de Kati a représenté 21% des cas.

La même situation a été observée par KANE M. [50] qui a retrouvé que 88,48% des patientes résidaient dans la CVI et 11,16% hors de la CVI .Ceci s'explique par sa situation géographique et la satisfaction des populations quant à la prise en charge.

2-Qualification de l'agent de santé qui a décidé de l'évacuation

Le nombre de personnel exerçant dans nos formations sanitaires est loin d'être satisfaisant tout comme leur qualification.

Dans notre étude 65,6% des évacuations reçues ont été décidées par les sages-femmes. Les Médecins, les internes, les Infirmières obstétriciennes, les Aides-soignantes et les Matrones sont intervenus respectivement dans 4,3% ; 6% ; 16,5% ; 1,6% et 5% des cas.

Ce taux s'explique par le nombre suffisant de sage-femme dans la capitale, leur responsabilité dans la salle d'accouchement et dans les CPN.

3-MODE ET MOYENS D'EVACUATION

L'ambulance a été le moyen de transport dans 83,6% des cas et sous l'assistance d'un agent de santé pendant le parcours grâce aux principes du système de référence /évacuation.

Il faut noter que les ambulances ne sont pas médicalisées : manque d'oxygène, de défibrillateur, de scope et de brassards.

Les véhicules personnels et les taxis ont servi de moyen de transport respectivement dans 8,5% et 7,9% des cas.

Ceci pourra expliquer l'insuffisance d'ambulance dans les structures.

4-LE SUPPORT D'EVACUATION

L'association fiche d'évacuation / partogramme constituait le principal support d'évacuation soit 66,5% de cas. Le partogramme seul et la fiche d'évacuation ont représenté respectivement 9,6% et 21,8%. Ces résultats sont inférieurs à celui de TRAORE B. [67] avec 78,8% pour l'association fiche d'évacuation partogramme ; 16,7% pour la fiche d'évacuation et 3,6% pour le partogramme.

5-LA STRUCTURE DE PROVENANCE

Soixante neuf virgule huit pourcent des patientes évacuées sont venues des CSCOM de la commune CVI.

Les structures privées et les CSCOM du cercle de Kati ont représenté respectivement 15,4% et 14,8%.

6-LES ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

L'analyse de nos données a montré que 10,6% des patientes évacuées étaient hypertendues. Les diabétiques et les séropositives à VIH ont représenté respectivement 0,21% et 1,91% des cas.

Huit virgule huit pourcent des patientes avaient un antécédent de césarienne et 0,6% avait un antécédent de myomectomie.

Ceci pourrait s'expliquer par le manque de suivi prénatal ou la mauvaise qualité des consultations prénatales.

7-MOTIFS D'EVACUATION

Les motifs d'évacuations les plus fréquemment rencontrés sont :

- la dilatation stationnaire : 20,5%
- la disproportion foeto pelvienne : 8,5%
- le défaut d'engagement : 8,5%
- la Souffrance fœtale aigue : 8,5%
- la pré éclampsie sévère : 6,4%
- l'éclampsie : 7,4%
- l'hématome Retro placentaire 4,1%
- le Placenta prævia : 1,1%

-le Syndrome de pré rupture : 2,1%

Dans la série de TRAORE B. [66] les évacuations étaient motivées par :

-la dilatation stationnaire : 23,9%

-la disproportion foeto-pelvienne : 16,26%

-l'éclampsie : 19,51%

-l'Hémorragie du post partum : 9,50%

- l'Hématome retro placentaire : 7%

-la HU excessive : 6,50%

-la Pré éclampsie 19,51%

-le Placenta prævia : 2,28%

-la Rupture utérine : 1,16%

8-ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

La gestité et la parité jouent un rôle important dans la cause des évacuations.

Les primigestes et les multigestes étaient les plus représentées avec respectivement 41% et 46%.

Les multipares ont représenté 28% des patientes évacuées. Il existe chez les femmes des risques en raison de la fragilisation de l'utérus par suite de grossesses multiples et rapprochées.

9-Caractéristiques des CPN

L'analyse de nos résultats a montré que 65,5% de nos patientes avaient fait moins de 4 CPN et 28% avaient fait plus de 4 CPN.

Sept virgule un pourcent de nos patientes n'avaient pas fait de CPN pour des raisons économiques et socioculturelles (grossesses non désirées, faibles niveau d'alphabétisation des patientes et le faible revenu).

Ce taux (patientes n'ayant fait de consultation prénatale) est inférieur à ceux de TRAORE B.[79], MACALOU B.[22] et THIERO M. [40] qui ont retrouvé respectivement 36,4% ; 48,1% et 21,3% pour les patientes n'ayant pas fait de consultation prénatale.

10-ASPECTS CLINIQUES

Cent quatre vingt dix patientes évacuées avaient une température corporelle supérieure à 38°C soit 20,21% des cas. Les températures élevées étaient des cas de paludisme.

Dans 8,4% des cas la tension artérielle était supérieure à 160 /110mm hg. Ce résultat est inférieur à ceux de TRAORE B.[84] et de FALL G.[17] qui ont obtenu respectivement 18% et 28,5% et proche de celui de MACALOU M.[22] avec 7,9%.

Au cours de notre étude 0,6% de nos patientes étaient dans le coma stade I ; 1,1% des patientes étaient dans le coma stade II et 0,4% était dans le coma stade III.

Nous avons observé l'absence des BDCF dans 18,4% des cas. Ce résultat est inférieur à ceux TRAORE B. [84], de MACALOU B. [22] qui ont obtenu respectivement 20,3% et 29,8% et supérieur à celui de FALL G.[17] avec 17,5% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la mauvaise surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui évacuent et certaines pathologies comme l'HRP et le placenta prævia.

A l'admission chez 33,3% des évacuées, la poche des eaux était rompue. Le liquide amniotique était méconial dans 4,7% et sanguinolent dans 7,4%.

Ce résultat est inférieur à celui de TRAORE B. [84] qui a retrouvé 14,31% de liquide amniotique teinté méconial et 9,54% était sanguinolent.

L'analyse des données a montré que 7,4% des évacuées avaient un bassin limiteet 4,7% avaient un bassin généralement rétréci (BGR).Ce taux pourrait s'expliquer par le manque de suivi et la qualité de suivi prénatal.

D-CONDUITE A TENIR

L'attitude thérapeutique dépend du diagnostic retenu et de l'état général de la patiente. Durant la période d'étude 396 patientes évacuées soit 47,14% ont accouché par la voie basse.

La césarienne a été réalisée chez 340 évacuées soit 40,48% ; la Laparotomie (hystérorraphie, hystérectomie) chez 11 évacuées soit 1,31%. L'accouchement par ventouse a été effectué dans 10,71% et par FORCEPS dans 0,36%.

Dans la série de MACALOU [22], le taux de césarienne était de 44,8% et la laparotomie dans 3,2% cas.

Au cours de notre étude 90 patientes ont été transfusées soit 9,57% des cas. Il existe une mini banque de sang au CS Réf CVI qui n'est pas effective à cent pourcent.

Soixante-dix patientes reçues ont été évacuées vers les centres hospitalo-universitaires (CHU Gabriel Touré et CHU du Point G) dont 40 cas d'éclampsies, 10 cas de pré éclampsie sévère et 20 cas d'HRP grade IIIa de SHER.

E-PRONOSTIC MATERNEL

Dans les suites de couches nous avons enregistré 320 cas d'anémie soit 34% des patientes évacuées. Elle était la complication la plus fréquente. Les suppurations pariétales ont représenté 1,3% des évacuées tandis que 4,3% souffraient de paludisme.

Nous avons enregistré 16 cas de décès maternel soit 1,70%. Ces décès sont dus au retard d'évacuation, de prise en charge et des problèmes dans le fonctionnement de la banque de sang. Ceci explique le nombre élevé de décès maternel chez les patientes évacuées soit 1,70%. Ce taux est inférieur à ceux de MACALOU [20], de THIERO [35] qui ont retrouvé respectivement 6,5% et 7%.

Rapporté à l'ensemble des accouchements effectués à la maternité du centre de Référence de la CVI, le taux mortalité est de 274 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité obtenu au :

- Bénin : 161 pour 100.000 naissances vivantes [2]
- Gabon : 152 pour 100.000 naissances vivantes [29]
- GIZA en Egypte : 255 pour 100.000 naissances vivantes [19]
- CS Réf CV au Mali : 351,5 pour 100.000 naissances vivantes [23]

Les causes de décès les plus fréquentes sont :

Le choc hémorragique (62,50%), Eclampsie (25%), Septicémie (6,25%)

Arrêt cardiorespiratoire en per opératoire (6,25%)

Les causes de décès les plus fréquemment rencontrées au CS Réf CV [23] étaient les complications rénales et la septicémie.

F- PRONOSTIC FCETAL

➤ Nouveaux nés selon le score d'APGAR

A la première minute

96 nouveaux nés avaient un APGAR à 0 soit 11,43%.

10 nouveaux nés avaient un APGAR ≤ 4 soit 1,19%.

112 nouveaux nés avaient un APGAR 5-7 soit 13,33%.

622 nouveaux nés avaient un APGAR ≥ 8 Soit 74,05%

A la cinquième minute

98 nouveaux nés avaient un APGAR 0 soit 11,67%

8 nouveaux nés avaient un APGAR ≤ 4 soit 0,96%

80 nouveaux nés avaient un APGAR entre 5-7 soit 9,52% ;

654 nouveaux nés avaient un APGAR ≥ 8 soit 77,86%

MORTINATALITE

Etat à la naissance

Quatre-vingt-huit virgule trois pourcent des nouveaux nés étaient vivants à la naissance .Ce taux est supérieur à ceux de TRAORE B. [35] et de MACALOU B. [22] qui ont obtenu respectivement de 71,17% et 62,9%.

Dans notre série, nous avons enregistré 98 morts nés soit 11,67%. Ce résultat est nettement inférieur à ceux rapportés par MACALOU B. [22], TRAORE B. [96] et THIERO M. [40] qui ont enregistré respectivement 31,44%, 28,83% et 37,5%.

Le taux de mortinatalité est de 116 morts nés pour 1000 naissances vivantes.

Le taux décès néonatal est de 11 décès pour 1000 naissances vivantes.

Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de qualité du suivi prénatal, la mauvaise surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui évacuent, le retard de décision d'évacuation et de prise en charge.

Malgré l'importance de ces facteurs dans la manifestation du phénomène, nous avons noté une réduction du taux de mortinatalité par rapport à MACALOU B. [22], TRAORE B.[96] et THIERO M.[40] qui ont obtenu respectivement 314 morts nés pour 1000 naissances, 288 morts nés pour 1000naissances vivantes, 375 mort nés pour 1000 naissances vivantes.

Nous pouvons donc dire qu'il y a eu une amélioration dans l'application du système de référence / évacuation dans la commune CVI du district de Bamako.

Selon nos résultats sur la référence des nouveaux nés, la souffrance néonatale a été le principal motif soit 23,91%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A- CONCLUSION

Les évacuations sanitaires obstétricales sont fréquentes au centre de santé de référence de la commune CVI de Bamako.

La dilatation stationnaire constituait la principale cause de ces évacuations.

La morbidité, la mortalité maternelle et fœtale sont élevées. Ce pronostic est aggravé par l'absence de suivi prénatal, l'insuffisance en personnel qualifié, les conditions d'évacuations et l'insuffisance de disponibilité des produits sanguins.

B- RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont formulées et s'adressent :

AUX AUTORITES POLITIQUES ET SANITAIRES

- Intensifier les supervisions formatives des praticiens.
- Promouvoir la formation en CPN recentrée.
- Promouvoir la formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- Améliorer le système d'archivage au niveau des structures sanitaires.
- Adopter et mettre en œuvre d'une politique nationale efficace d'approvisionnement en sang et produits dérivés.
- Doter les structures d'ambulance.

AUX AGENTS DE LA SANTE

- Respecter les normes et procédures en matière de suivi prénatal et de surveillance du travail d'accouchement (CPN recentrée, usage systématique du partogramme chez toute parturiente).
- Assurer une meilleure tenue des différents supports.
- Evacuer à temps les patientes
- Faire la retro information patientes

AUX POPULATIONS

- Fréquenter les services de soins prénatals.
- Se rendre au centre de santé le plus proche en cas d'apparition de signes de danger associés à la grossesse (douleur, saignement, perte liquidienne, etc.)
- Faire le don de sang pour préserver des vies humaines.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] ADAMSON P.

Le monde est lourd. Le progrès des nations, 1996

[2] ALIHONOU E., TAKPARA I.

Mortalité maternelle en République populaire du Bénin : causes et stratégies de lutte. Actes du séminaire « réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement ». Centre international de l'enfance, octobre 1988, Edit INSERM.

[3] ALTANATA SA.

Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako de Novembre 2003 à Octobre 2004 à propos de 371 cas. Thèse médecine, Bamako 2005 N°168.

[4] BERTHE SS.

Mortalité néonatale dans le service de pédiatrie HGT. Etude des facteurs de risques. Thèse médecine. BKO 1991 N° 3.

[5] CAMARA S. (épouse Kaba)

Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique : bilan de 2 années d'étude : Thèse Médecine, Bamako, 2000 N°714.

[6] CISSE I.

La césarienne à la maternité de l'Hôpital Régional de Kayes. A propos de 215 cas. Thèse Médecine, Bamako, 2001, N°37.

[7] COULIBALY Papa M.

Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au Mali. Thèse médecine, Bamako 1986 N° 6.

[8] DELECOUR M.

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves. Entretien de Bichat, chirurgie et spécialités, 1980 : 177- 179.

[9] DEMBELE R., DIABATE M., HACHEMI D., SIDIBE H., BA SA., SISSOKO A.

Evaluation du fonctionnement du système de Référence \Evacuation dans le cercle de Bla d'avril 1996 à Décembre 1998.

[10] DIARRA O.

Les urgences obstétricales dans le service Gynéco obstétrique del'HNPTG. Thèse Médecine, Bamako 2000 80p N°117.

[11] DICKO S.

Etude épidémiocliniques des urgences obstétricales à l'Hôpital Régional FousseyniDaou de Kayes à propos de 160 cas. Thèse Médecine, Bamako, 2001, N°101.

[12] Direction nationale de la santé.

Guide pour la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. Système de Santé et population au Mali.

[13] Direction nationale de la santé.

Evaluation nationale annuelle 2006 de la gratuité de la césarienne.

[14] Direction régionale de la santé publique de Kayes. DSFC.

Atelier de consensus sur l'organisation du système de référence/évacuation dans le cercle de Kayes 2001.

[15] DOLO G.

Accouchement du gros fœtus dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Point G à propos de 206 cas. Thèse médecine, Bamako 2001 N° 85.

[16] DRAVE AN.

Etude de la mortalité maternelle dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital de Point G. Thèse médecine, Bamako 1996 N°39.

[17] FALL G. (épouse Kandji)

Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence. Recours d'Afrique sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar 1996 Thèse Médecine, Dakar 1996.

[18]. FERNANDEZ H., VILLE Y., FRYDMAN R.

Les grandes urgences maternelles : problèmes d'actualité. H.A. BECLERE, Médecineurgence 1995, ISSN, 11: 34-39.

[19] KANE M.

Référence /Evacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako.

Thèse médecine Bamako 2009 ; n°4 : 48-90.

[20]KEITA M.

Constitution à l'étude de la mortalité périnatale dans le service de gynéco-Obstétrique du Point G pour la période de 10 ans. Janvier 1982 à Décembre 1991/thèse méd. ; BKO 1992.106p n°12.

[21] LANKOANDE J., OUEDRAGO CMRA., BOUARE B., TOURE B., DAOU B., KONE B.

Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité fœto-maternelle au Burkina-Faso. A propos de 123 colliges en 1995. Med d'Afrique Noire 1998,45(3).

[22] MACALOU B.

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'Hôpital Régional FousseyniDaou de Kayes. Thèse Médecine, Bamako 2002 N°142.

[23] MAGUIRAGA M.

Etude sur la mortalité maternelle au Mali. Causes et facteurs de risque au CS. Réf de la commune V. Thèse Médecine, Bamako. 2000 N°110.S

[24]MARGER R.

Précis d'obstétrique. Edition Masson (6^{ème} édition), 1995.

[25]. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées DSFC.

Cadre conceptuel du système de référence au Mali. Atelier d'Harmonisation des systèmes de référence et contre. Référence, 2000.

[26]Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées DSFC.

Atelier d'Harmonisation des systèmes de référence et contre référence. Bamako Mali 2000.

[27] Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées. Cellule de planification et de statistique.

Enquête démographique et de santé au Mali 2001.

[28] MOUTUE S.

Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au CSS de la C II du district de Bamako pour la période du 1^{er} avril au 30 novembre 1997. Thèse Médecine, Bamako 1998 98p N°75.

[29] N'DIAYE B.

La mortinatalité à la maternité de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine, BKO 1995-65p, N°1.

[30]Organisation Mondiale de la Santé.

Santé de la femme et maternité sans risque : le rôle de l'obstétricien et du gynécologue, compte-rendu d'un atelier Pré congrès organisé par le groupe spécial mixte OMS/FIGO, 19-20 octobre 1988, Rio de Janeiro (Brazil). SMI/PF OMS Geneva, 1990.

[31] PICAUD A.

La mortalité maternelle au centre hospitalier de Libreville (1984-1987). J GynecolObstBiolReprod 1989 ; 18: 450-454.

[32] ROYSTON E., AMSTRONGS.

La prévention des décès maternels OMS, Genève, 1990.

[33] SANKARE I.

Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse médecine Bamako 2001 n° 39.

[34] THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré à Propos de 160 cas n° 17.

[35] TRAORE B.

Evacuations sanitaires obstétricales à l'Hôpital FousseyniDaou de Kayes. Thèse de médecine 2010 ; n°4 : 59-96

Rapport-Gratuit.com

ANNEXES

IX- ANNEXES

LE SCORE DE GLASGOW

L'échelle de Glasgow fournit un score dans la fourchette 3-15 ; patients avec un score de 3-8 sont généralement dit être dans le coma. Le score total est la somme des scores en trois catégories. Pour les adultes, les résultats sont les suivants :

Réponse ouverture des yeux	Spontanée - ouvert avec clignotement au départ	4 points
	Ouverture à commande verbale, la parole	3 points
	Ouverture à la douleur, pas appliqués sur le visage	2 points
	Aucun	1 point
Réponse verbale	Orienté	5 points
	conversation confuse, mais capable de répondre aux questions	4 points
	des réponses inappropriées, des mots discernables	3 points
	discours incompréhensible	2 points
	Aucun	1 point
Réponse à moteur	Obéit à des commandes de mouvement	6 points
	Tenace mouvement à un stimulus douloureux	5 points
	Se retire de la douleur	4 points
	Anormaux (spastique) flexion, décortication posture	3 points
	Extenseur (rigide) de réponse, la posture décérébrée	2 points
	Aucun	1 point

Coter chaque item puis faire la somme donne le score.

- Entre 4 et 5 = Coma stade III
- Entre 6 et 7 = Coma stade II
- Entre 9 et 12 = Obnubilation

Entre 13 et 15 = Etat général bon

- La normale est 15, le minimum est 3.
Décérébration : extension des bras, des poignets et des membres inférieurs. Au maximum il existe un opisthotonos. Signe une souffrance du tronc cérébral.
- Décortication : flexion lente de l'avant-bras et du poignet, extension des membres inférieurs. Signe une souffrance hémisphérique profonde atteignant la région diencéphalique.

Score D'APGAR :

Score d'Apgar					
Valeur	Fréquence cardiaque	Respiration	Tonus	Réactivité à la stimulation	Coloration
0	Absente	absente	hypotonie globale	aucune	cyanosé (bleu) / ou gris
1	< 100	irrégulière	flexion des membres	grimace	acrocyanose
2	> 100	efficace	mouvements actifs	vive	rose

Le score complet comprend normalement 3 valeurs prises successivement à 1, 5 minute. Un score inférieur à 7 est anormal et nécessite des gestes de réanimation, un score inférieur à 3 est synonyme de mort apparente.

FICHE D'ENQUETE

N_o Fiche

I. Caractéristiques socio- démographiques

Q1 Nom.....

Q2 prénom :.....

Q3 Age :.....

Q4 : Résidence.....

Q5 Adresse :.....

Q6 Nationalité

Q7 : Situation matrimoniale

a- Célibataire/.../ b- Mariée/.../ c-Autre (à préciser)/..... /

Q8 Niveau d'instruction

a- Primaire/...../ b- secondaire/...../ c-
Supérieur/...../ d- Aucun/...../

Q9 Profession de la patiente

a- Fonctionnaire/.. / b- Ménagère/...../ c- Aide-ménagère /...../ d-
Commerçante/.../

e- Autre (= préciser)/...../

Q10 Profession du Mari

a- Fonctionnaire/...../ b- Cultivateur/...../ c-Ouvrier/.../
d-Commerçant/...../ e- Autre = préciser/.../

Q11 Système

d'alerte :.....
.....

Q12 Motif de référence ou

évacuation :.....

Q13 Date et heure d'évacuation ou de

référence :.....

Q14 Date et heure

d'admission :.....

.....

Q15 Qualification de l'agent qui ou réfère

a-Médecin/.... / b-Sage femme /...../ c- Infirmière

Obstétricale/...../

d- Faisant fonction d'interne/...../ e- Autre (à préciser)/...../

Q16 Support de référence ou évacuation

a- Programme/..../ b- Fiche d'évacuation/...../ c- Fiche de

référence/...../ d- Lettre/...../ e- Autre (à préciser)/

Q17 Moyens ou condition d'évacuation

a- Ambulance/...../ b- Voiture personnelle/...../ c- Taxi/...../

d- Autre (à préciser)/...../

Q18 Structure sanitaire de provenance

a- CSC om/...../ b- Structure privée /...../

Q19 Suivi de CPN

a- Moins de 4/...../ b- 4 et de plus/...../ c- Pas de

CPN/...../

II – ANTECEDENTS

Q20 Médicaux

- a- HTA/...../ b- Diabète/...../ c-
VIH/...../ d- Aucune /...../
e- Autre(à préciser)/...../

Q21 Chirurgicaux

- a- Césarienne/.../ b- Moyomectomie/...../ c-GEU/...../
d- Autre (à préciser)/...../ e- Aucune/...../

Q22 Obstétricaux

- a- Gestité/... .. / b- Parité/...../ e- Vivant/...../ d Décès/...../
e- Avortement/...../

Q23 Traitement reçu en amont

.....
.....

III- Examen de la patiente à l'entrée

A- Examen General

Q24 Etat General a- Bon/.../ b- Passable/...../ c- Mauvais/...../

Q25 Coloration des muqueuses a- bonne/.../ b- Moyenne/...../

c- Mauvaise /...../

Q26 TA /...../ Q27 T_o/...../ Q28 TAILLE /...../

Q29 POULS /...../ Q30 FR /...../ Q31 POIDS /.....

B- Examen Obstétrical

Q32 HU /...../ Q33 CU /...../ Q34 BDCF /...../

Q35 Poche des Eaux

a- Intacte /...../ b-Rompue/...../

Q36 Si b, préciser a- Clair/...../ b- Teinté/...../

c- Méconial/...../

d- délai de rupture en heure

/...../

Q37 Hémorragie

a- Absente/...../ b- Minime/...../ d- Abondante/...../

Q38 TRANSFUSION a- NON/...../ b- OUI/...../

Q39 Nature de la présentation

a- Céphalique : a1- Sommet/...../ a2 Face/...../ a3
Front/...../

b- Siege : b1- Complet/...../ b2-
Décomplété/...../ c- Autre à préciser/...../

Q40 Etat du bassin

A- Normal/...../ b- Limite/...../ c- BGR/...../ d- Autre (= préciser)/...../

Q41 Diagnostic retenu

.....
.....

Q42 Conduite à tenir

a- Accouchement par voie basse : a1 Simple/...../

a2 Ventouse/...../ a3 Forceps/...../

b- Césarienne/...../ c- Autre (= préciser)/...../

Q43 Pronostic maternel complication : a non/...../ b- oui (à préciser/...../

Q44 Pronostic fœtal Etat du nouveau-né

a- Vivant/...../ b- Réanimé/...../ c- Mort-né/...../
d- Malformation

Q45 SI a, préciser L'APGAR a-1Min b- 5MIN

Q46 Paramètres du nouveau-né

a- Poids /...../ b- Taille/...../ c- PC/...../ d-
PT/...../

Q47 Référé en pédiatrie a non /...../ b- oui PRECISER le motif/...../

Q48 Suite opératoire ou de

couches.....

Q49 Durée

d'hospitalisation.....

.....

Q50 Diagnostic de

sortie.....

.....

Q51 Conclusion de

sortie.....

.....

FICHE SIGNALETIQUE

Prénom : Moussa

Nom : TOGOLA

Titre de la thèse : Evacuations Sanitaires Obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du CS Réf CVI.

Année universitaire : 2014-2015

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé de la thèse :

La morbidité et la mortalité fœto-maternelle sont très élevées dans le cadre des évacuations sanitaires obstétricales. Notre travail consistait en une étude prospective et descriptive du pronostic maternel et fœtal de 940 évacuations colligées à la maternité du CS Réf CVI durant la période allant du 1 janvier 2014 au 31 Décembre 2014. Ainsi nous avons constaté les résultats suivants :

-la fréquence des évacuations était de 10,74%

-les patientes âgées de 19-34 ans étaient prédominantes

-la dilatation stationnaire était le motif d'évacuation le plus fréquent avec 20,5%

-la dystocie était le diagnostic d'entrée le plus fréquent avec 66%

Le suivi de la grossesse et sa qualité sont des facteurs déterminants du pronostic materno-fœtal ; en effet 67 grossesses n'étaient pas suivies contrairement à 606 autres avec moins de 4 CPN.

Le taux de mortalité maternelle est de 274 décès pour 100000 naissances vivantes et les taux de mortinatalité et décès néonatal sont respectivement de 116 mort-nés pour 1000 naissances vivantes et de 11 décès pour 1000 naissances vivantes.

Mots clés : Evacuations Obstétricales, dystocie, pronostic, maternel, fœtal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

JE LE JURE