

Ministère de l'Education
Nationale

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

THESE

**EVACUATIONS OBSTETRIQUES REÇUES
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le 24/04./2019 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Hamadoun KOUYATE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

Membre: Dr Seydou FANE

Co-Directeur : Dr Hamady SISSOKO

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail

A DIEU LE TOUT PUISSANT ;

Je dirai merci Maître des cieux de m'avoir permis de voir le jour et de grandir. Je demande à **ALLAH le Tout Puissant ; le Miséricordieux** qui par **sa seule volonté** a permis de voir ce jour d'accepter ce **modeste travail**.

A mon père : Aly Kouyaté, les mots n'expriment pas assez tout ce que j'éprouve aujourd'hui. Ton souci majeur a été toujours la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as accepté des sacrifices sans limite. A tes pieds je dépose respectueusement cet humble travail en gage de ma profonde affection. Que DIEU le Tout Puissant puisse t'accorder longue vie et santé.

A ma mère : Mariam Sangho, femme brave et combattante, tu as été pour moi plus qu'une mère. Ton soutien tout au long de ces années n'a jamais fait défaut. Je suis sûr que sans la volonté de

DIEU et ton engagement à ce que je fasse des études médicales, ce jour n'aurait sans doute pas existé. Tes conseils et tes sacrifices de tous les jours m'ont permis de forger mon chemin. A ton nom je fais le **serment de sauver et de protéger la femme autant que possible**. J'espère que ce modeste travail te rendra fière de moi. Que DIEU te prête longue vie et santé.

Mon grand-père : feu Hamacire koita, vous avez été pour moi un tuteur exemplaire, durant tous les temps tu m'a toujours accordé ton soutien .Ce travail est certainement le fruit de tes 9 sacrifices. Que DIEU t'accorde sa grâce et t'accepte dans son paradis.

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali. Merci pour la qualité de l'enseignement.

A tous le personnel du CSRéf particulièrement à celui de la gynécologie obstétrique et pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe.

A mes maîtres formateurs :

Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

Vous avez été pour moi un ami, maître, un frère, vous n'avez ménagé aucun effort pour l'élaboration de ce travail, merci pour tout.

Puisse ALLAH renforcer votre bonté et votre générosité et guider vos pas sur le droit chemin ; amen.

Au Médecin Chef : Dr Hawa Thiam

Merci d'avoir accepté ce travail dans votre Centre et merci pour le soutien.

A Dr Sissoko hamady chef d'unité de gynéco-obstétrique du csref CIII

Aux Dr Diarra salif et Dr Kodio souma (gynécologue-obstétricien)

Dr Traore Souleymane, Dr Traore Mohamed et Dr Keita Cheick O.

Votre apport pour ma formation dans la pratique médicale a été considérable.

Merci pour la franche collaboration et le soutien. Merci infiniment.

A mes Tantes : Diko Kouyaté, Gado Sangho, Kadidia Sangho.

Votre soutien a été infailible durant toutes ces années. Je reste reconnaissant pour tout ce que vous avez apporté à l'élaboration de ce modeste travail. Que le Miséricordieux fasse que vous soyez fière d'avoir participé à cet humble travail.

A mon oncle : Boubou Sangho

A mes frères : Amadou, Mahamane, Nouhoum, Mamoudou, Bokary

A mes sœurs : Fanta et Kadidia

Aucun mot ne pourra exprimer ce que j'éprouve pour vous, merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années ; Que Dieu renforce la cohésion familiale.

A mon ami : Sissoko Souleymane, aucun mot ne pourra exprimer l'étendue de notre amitié, j'espère que l'avenir te rendra fier de m'avoir choisi comme ami.

A mes amis : Amara Sangaré, Harouna Kanté, Zachari Saye, Djelimossa Kouyaté Abdoulaye Mariko Samake Basidi Yacouba Baingali Bakary Diarra

Les mots me manquent pour évaluer à la juste mesure tout ce que vous m'avez apporté. Je reste confiant à votre amitié et j'espère que Dieu accompagnera nos pas pour le meilleur et le pire.

A mes collègues internes du service de gynécologie obstétrique

Je vous dis merci pour tous ces moments passés ensemble dans une ambiance fraternelle. Je garde un souvenir fort du passé et je fais une prière pour le bien-être de tous.

A mes amis et cofondateurs de l'ADS (association Djenné Sante plus)

Le chemin fut long mais le but est atteint et les ambitions sont restées les mêmes, celui de faire de la santé un droit pour tout le monde dans notre cercle en particulier et pour toutes les populations du Mali en général .Je reste convaincu de la vertu de notre mouvement .A vos côtés j'ai su que rien ne vaut une unité d'action. Je vous remercie pour votre soutien sincère.

A tous les anciens membres de la chambre A11 : Abdoul Karim amara Sangar Siaka Traore, Marc Koné Souleymane Sissoko Dramane goita

Sachez que vous resterez pour moi des frères et j'espère que nous resterons unis pour le meilleur et le pire.

A tout le personnel du CSRef CIII :

Je vous dis merci pour votre contribution .Je suis sûr que sans votre concours le travail n'aurait pas été facile.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de jury,

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- ✓ **Maitre de Conférences Agrégé en Chirurgie Générale à la FMOS**
- ✓ **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Diplômé de pédagogie en science de santé à l'université de Bordeaux**
- ✓ **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**

Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté, avec spontanéité et ce, malgré vos innombrables tâches, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Vous nous avez toujours impressionnés par la clarté et l'aisance avec lesquelles vous savez transmettre votre savoir. Votre grande simplicité et votre modestie font de vous un maître admiré et respecté de tous.

Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

Que l'Eternel vous comble de ses bénédictions au-delà de vos attentes.

A notre Maître et juge,

Docteur Seydou FANE

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Maître assistant à la FMOS**

Cher Maître,

Nous avons été séduits par votre dévouement, votre détermination et votre attachement à parfaire notre formation.

Nous vous prions de trouver ici Cher maître le témoignage de notre profonde admiration.

A notre Maître et co-directeur de thèse,

Docteur Hamady SISSOKO

- ✓ **Praticien gynécologue obstétricien au CSRéf CIII**
- ✓ **Chef de service de gynécologie-obstétrique au CSRéf CIII**
- ✓ **Attaché de recherche CSRéf CIII**

Cher Maître,

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves et heureux de vous compter parmi nos encadreurs. Votre abord facile et votre dimension sociale inestimable nous ont beaucoup impressionnés.

Nous tenons à vous rendre hommage pour les conseils que vous nous avez prodigués en plus des connaissances scientifiques que vous nous avez inculquées.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre grande sympathie et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- ✓ **Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- ✓ **Praticien gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE,**
- ✓ **Président de la société malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- ✓ **Vice-président de la société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO),**
- ✓ **Modérateur national et expert sur la PTME au Mali,**
- ✓ **Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique et épidémiologie » de Bordeaux II,**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- ✓ **Enseignant chercheur,**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique au Mali, vos compétences et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre reconnaissance éternelle.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

CmHg : centimètre de mercure

CNTS : Centre Nationale de Transfusion Sanguine

CSRef : Centre de Santé de Référence

CSCoM : Centre de Santé Communautaire

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation Post Natale

DES : Diplôme d'Étude Spécialisée

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

FNUAP : Fond des nations unies pour la population

g : gramme

HTA : Hypertension Artérielle

HRP : Hématome Retro Placentaire

HPPI : Hémorragie du Post-Partum Immédiat

IEC : Information, Education et Communication.

IMCM : Institut Malien de Conseil en Management.

Km : Kilomètre

ml : millilitre

M AP : Menace d'Accouchement Présumé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PEV : Programme élargie de Vaccination

PF : Planification Familiale

PMA : Paquet Minimal d'Activité

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PP : Placenta Prævia

PSSP : Politique Sectorielle de Santé et de la Population

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

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaines d'Aménorrhées

SAA : Soins après avortement

SIDA : Sacro-Iliaque Droite Antérieure

SIDP : Sacro-iliaque Droite Postérieure

SIGA : Sacro-Iliaque Gauche Antérieure

SIGP : Sacro-Iliaque Gauche Postérieure

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences

SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence de Base

SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux Complet

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SSP : Soins de Santé Primaire

USA : United State of America

USAC : Unités de Soins Ambulatoires et de Conseils

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience humaine/Syndrome
d'Immunodéficience Acquise

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	4
III. GENERALITES.....	6
IV. METHODOLOGIE.....	20
V. RESULTATS.....	32
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	64
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	71
VIII. REFERENCES.....	75
IX. ANNEXES.....	79

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les évacuations sanitaires des urgences obstétricales sont fréquentes dans nos régions, leurs pronostics tant maternels et fœtaux sont réservés [1].

Le système de référence constitue l'ensemble des dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge [1].

En 1994, L'OMS : a mis un accent sur l'importance du système de référence/évacuation et de contre référence pour les soins de la grossesse et de l'accouchement. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité maternelle, fœtale et néonatale élevée. [2]

Chaque jour dans le monde environ 800 décès maternels sont enregistrés, dont 99% dans les pays en développement sur lesquels 20% en Afrique de l'Ouest et du Centre. [3]

Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est de 240 pour 100 000 naissances vivantes, contre 16 pour 100 000 dans les pays développés (Rapport de l'OMS 2015). [3]

En 1963, FENDALL disait déjà que : le système de référence est la seule voie qui permet aux populations des pays à ressources limitées d'avoir accès à des soins de qualité. [2]

Dans les pays en développement en général et au Mali en particulier, ces évacuations sont une composante de l'organisation du système sanitaire à Bamako. [2]

Au Mali, le taux de mortalité maternelle selon les différentes Enquêtes Démographiques et de Santé est passé de 582 en 2001 à 464 en 2006 et à 368 pour 100.000 naissances vivantes en 2012-2013. [4-5]

Malgré ces résultats encourageants beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre l'Objectif 3 pour le Développement Durable (réduire de 1/3 le taux de mortalité maternelle de 2016 – 2030). [4-5]

Le renforcement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence est considéré comme une stratégie clé pour obtenir des améliorations importantes dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ces SONU comprennent un grand nombre d'intervention obstétricale et néonatale

Le centre de santé de référence de la commune III étant un nouveau CSREF et qui reçoit des évacuations venant de la commune et hors commune du district de Bamako des efforts importants ont été déployés dans l'organisation de la référence/évacuation qui nécessite une évaluation d'où l'intérêt de notre étude avec comme objectifs :

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

➤ **Objectif général** : Étudie les évacuations obstétricales reçues au CSRef de la commune III du district de Bamako.

➤ **Objectifs spécifiques** :

- 1-Determiner la fréquence des évacuations obstétricales reçues
- 2-Décrire le profil sociodémographique des femmes évacuées reçues
- 3- Identifier les conditions d'évacuation des patientes des CSCOM vers le CSRef CIII.
- 4- Préciser le pronostic materno-fœtal des parturientes évacuées au centre de santé de référence de la commune III.

GÉNÉRALITÉS

III. GÉNÉRALITÉS

III.1. Système de référence / évacuation

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

La référence : concerne une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse.

L'évacuation : concerne une parturiente ou une gestante adressée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge urgente.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes dans nos régions. Le pronostic maternel et fœtal est souvent réservé.

Ce pronostic dépend :

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

Selon Maine D et col [6] il y a 3 types de retards qui aggravent le pronostic maternel et fœtal :

- **le 1^{er} retard** : c'est le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) ;
- **le 2^{ème} retard** : c'est le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences ;
- **le 3^{ème} retard** : c'est 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 2000, la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé. La participation effective de la communauté au financement et à la gestion des centres de santé. La population se regroupe au tour d'une association appelée ASACO (association de santé communautaire) pour le financement et la gestion du CSCOM (centre de santé communautaire).

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

Le CSREF est le 2^{ème} échelon, qui est le premier niveau de référence/évacuation avec un plateau chirurgical plus ou moins équipé, encadré pour la plupart des cas par des médecins généralistes.

Organisation du système référence/évacuation au CSRef CIII

III1.1.Évacuation obstétricales avant le démarrage du système référence/évacuation

Avant le démarrage du système, les évacuations obstétricales au CSRef III étaient caractérisées par le transport direct des parturientes des CSCOM au CSRef puis à l'hôpital avec des difficultés :

- Supports non conventionnels ;
- le coût élevé du transport et de l'ordonnance ;
- la référence sans assistance médicale ;
- Le coût élevé de la césarienne (devenue gratuite de nos jours) Vu le Décret n° 05-350 / P-RM du 4 août 2005 relatif à la prise en charge gratuite de la césarienne.

Ce coût n'était pas à la portée de toutes les familles d'où le long temps (plusieurs heures) observé souvent avant la prise en charge des urgences.

III.1.2.Évacuation obstétricales après la mise en place du système référence/évacuation

Le démarrage effectif du système référence/évacuation a eu lieu pour le CSRef le 1^{er} janvier 2015.

Toutes les parturientes référées ou évacuées par les CSCOM sont directement conduites au CSREF où elles sont accueillies en priorité et ont un accès direct à la salle d'accouchement sur présentation de la fiche de référence/évacuation document signé.

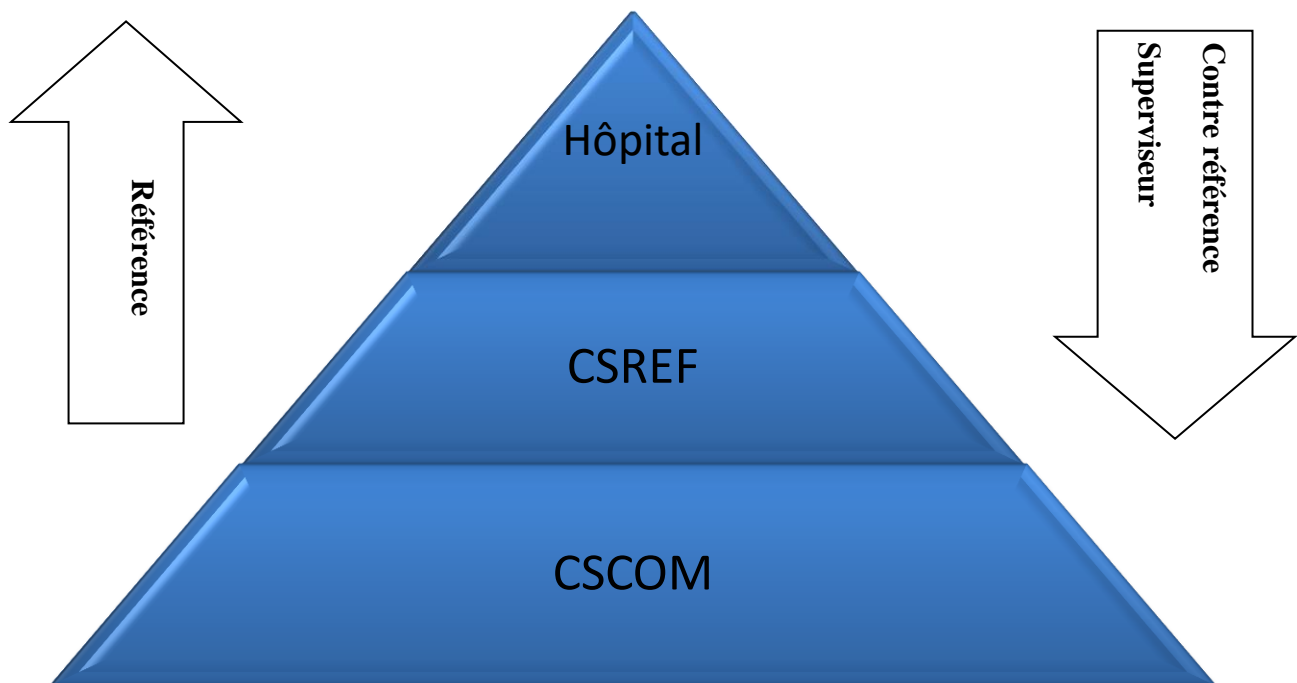


Figure 1 : L'organisation du système de santé au Mali est schématiquement représentée par la pyramide sanitaire.

Le CSCOM évacue sur décision du médecin ou la sage-femme saisit directement la maternité du CSRef grâce à un téléphone portable dont tous les CSCOM disposent le numéro afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le médecin ou la sage-femme dans leur message donne des précisions sur la nature de la pathologie. La

parturiente est directement évacuée sur le CSRef, accompagnée de sa fiche d'évacuation et du partogramme. A l'arrivée de la parturiente un examen obstétrical est effectué par la sage-femme et l'interne de garde appuyés par le gynécologue-obstétricien.

En cas d'intervention chirurgicale le kit de césarienne est disponible à tout moment et gratuit pour la famille.

Référence/évacuation

S'il n'y a pas d'indication opératoire, la sage-femme et l'interne de garde gèrent la situation sur recommandation du gynécologue-obstétricien.

Le gynécologue-obstétricien établit une fiche de rétro - information, qui sera transmise au CSCOM concerné.

Le CSREF joue le rôle de coordinateur du système de référence/évacuation.

NB : Au plus grand bonheur de la parturiente et de sa famille, l'évacuation est gratuite dans le district de sanitaire de la commune III ainsi que la césarienne.

III.1.3. Le mécanisme du financement du système

Afin d'assurer le bon fonctionnement du système et une prise en charge rapide des malades, une caisse de solidarité est mise en place. Cette caisse qui est alimentée à partir des cotisations versées par les municipalités, le conseil de cercle, les ASACO et le CSRef, sert à assurer uniquement le transport des malades. Les frais de la prise en charge chirurgicale étant pris par l'état donc gratuite pour la parturiente et sa famille.

III.1 .4.Le mode de partage du cout imputé à la caisse de solidarité :

Le cout imputé à la caisse de solidarité est partagé entre :

- l'Etat qui assure 60.82%
- les mairies qui assurent 8.20%
- les ASACO qui assurent 0.98%
- le CSRef qui assure 30%

La caisse de solidarité est gérée par un comité de gestion

III.2. Les motifs d'évacuation :

III.2.1. Rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale.

Parmi ces causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines ;
- les anciennes déchirures du col ;
- les obstacles prævia ;
- les présentations anormales ;
- les dystocies mécaniques ;
- les dystocies dynamiques.

Il s'agit d'une extrême urgence.

La laparotomie est obligatoire pour son traitement

III.2.2. Placenta prævia.

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

Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus.

Lors du saignement, la rupture des membranes a une influence favorable sur les hémorragies en supprimant une des causes : le tiraillement des membranes.

Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation, mais expose le plus souvent le fœtus à la prématurité.

III.2.3. Hématome rétro-placentaire (HRP)

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

Ses complications sont graves et voire mortelles. Les principales sont :

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

- la nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrination vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose.

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

- thrombophlébites des suites de couches.

III.2.4. La pré-éclampsie/éclampsie

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce de la pré-éclampsie dont l'éclampsie est une des complications majeures. L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculorénaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du travail, rarement dans les suites de couches.

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

III.2.5. Les dystocies

III.2.5.1. Les dystocies d'origine fœtale

III.2.5.1.1. La disproportion foeto-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** [7]. Une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne.

III.2.5.1.2. Les présentations dystociques :

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

III.2.5.1.2.1. 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, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12 %

Selon **Delecour M.** [7], 18 % au centre de Foch.

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

III.2.5.1.2.2. La présentation de la face :

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

III.2.5.1.2.3. 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 de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne.

III.2.5.1.2.4. La présentation transverse/oblique :

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

III.2.5.2. Dystocies d'origine maternelle :

III.2.5.2.1 La dystocie dynamique :

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

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

Les dystocies secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus.

Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

III.2.5.2.2 Bassins pathologiques :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie.

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

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

Pour un enfant de poids normal si

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

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- *La femme doit être en travail
- *Le col dilaté (3 à 4cm)
- *La présentation doit être céphalique.
- * La disponibilité du bloc

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

Dilatation du col.

L'erreur sera de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne. Les dystocies peuvent être responsables :

Chez la mère de :

- Rupture utérine
- Hémorragie de la délivrance
- Travail prolongé avec infection du liquide amniotique

Chez le fœtus :

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

III.2.6 Procidence du cordon :

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

Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible.

III.2.7 La souffrance fœtale aigue :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du Cœur fœtal ; elle est suspectée aussi par découverte d'un liquide amniotique méconial.

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

III.3- Thérapeutiques obstétricales :

III.3.1 La césarienne :

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

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

Les bassins généralement rétrécis ;

Le placenta prævia hémorragique ;

Les présentations dystociques ;

L'éclampsie et la pré-éclampsie ;

L'hématome rétro-placentaire.

Nous avons d'autres indications comme :

La Procidence du cordon ;
La disproportion foeto-pelvienne ;
L'excès du volume foetal ;
L'utérus cicatriciel plus bassin limite ;
Les bassins asymétriques ;
La souffrance foetale ;

III.3.2 Le Forceps :

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

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

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

III.3.3 Quelques manœuvres Obstétricales :

III.3.3.1 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 de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

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

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

III.3.3.2 La manœuvre BRACHT :

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

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

III.3.3.3 La grande extraction du Siège :

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

Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

1^{er} Temps : C'est le temps d'abaissement d'un pied, s'il s'agit de siège

Evaluation

Complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décomplet il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

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

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

C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare. En tirant en bas on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} Temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro-postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médius le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

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

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

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune III (CSRéf CIII) du District de Bamako.

1.1. Le centre de santé de référence de la commune III

La commune III a une superficie de 23 km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 km², et est peuplée de 167547 habitants répartis entre 20 quartiers.

Elle est limitée:

- Au nord par le cercle de Kati
- A l'Est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II
- Au Sud par la portion du Fleuve Niger comprise entre le pont des Martyrs et le Motel de Bamako.
- A l'Ouest par la Commune IV en suivant la rivière Farako à partir du Lido, par l'avenue des grottes devenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe la dite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour joindre la zone du Motel.

Dans le cadre de la réorganisation territoriale pour la création des Collectivités Territoriales, les villages de Koulouninko et Sirakorodounfing ont été rattachés à la Commune III sur demande express.

La commune III comporte 20 quartiers : Badialan I, Badialan II, Badialan III, Bamako-coura, Bamako-couraBolibana, Centre commerciale, N'tomikorobougou, Darsalam, dravela, DravelaBolibana, Kodabougou, Koulouba village, Niomirambougou, Wolofobougou, Wolofobougou-Bolibana, Pont G, Samè, Sokonafing- Minkounpo, Koulouninko, Sirakorodounfing.

A) HYDROGRAPHIE :

La commune III est traversée par les cours d'eau intermittents de Sogonafing, Farako et Diafaranako. Dans la partie Sud, le fleuve Niger longe la commune jusqu'au niveau du pont des martyrs.

B) SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE :

La population de la Commune III est cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. Les ethnies et langues dominantes en Commune III sont : Bambara, Malinkés, Dogons, Sarakolés,

Les étrangers vivant dans la Commune III sont principalement : les Sénégalais et les Guinéens à Bamako coura et Ouolofobougou. Les religions sont l'Islam, Christianisme et l'Animisme.

La population active est constituée d'entrepreneurs, de commerçants, d'artisans, d'agriculteurs, d'ouvriers, de fonctionnaires etc.

La grande majorité de la population est jeune. La densité de la Commune avoisine les 3 920 habitants/Km².

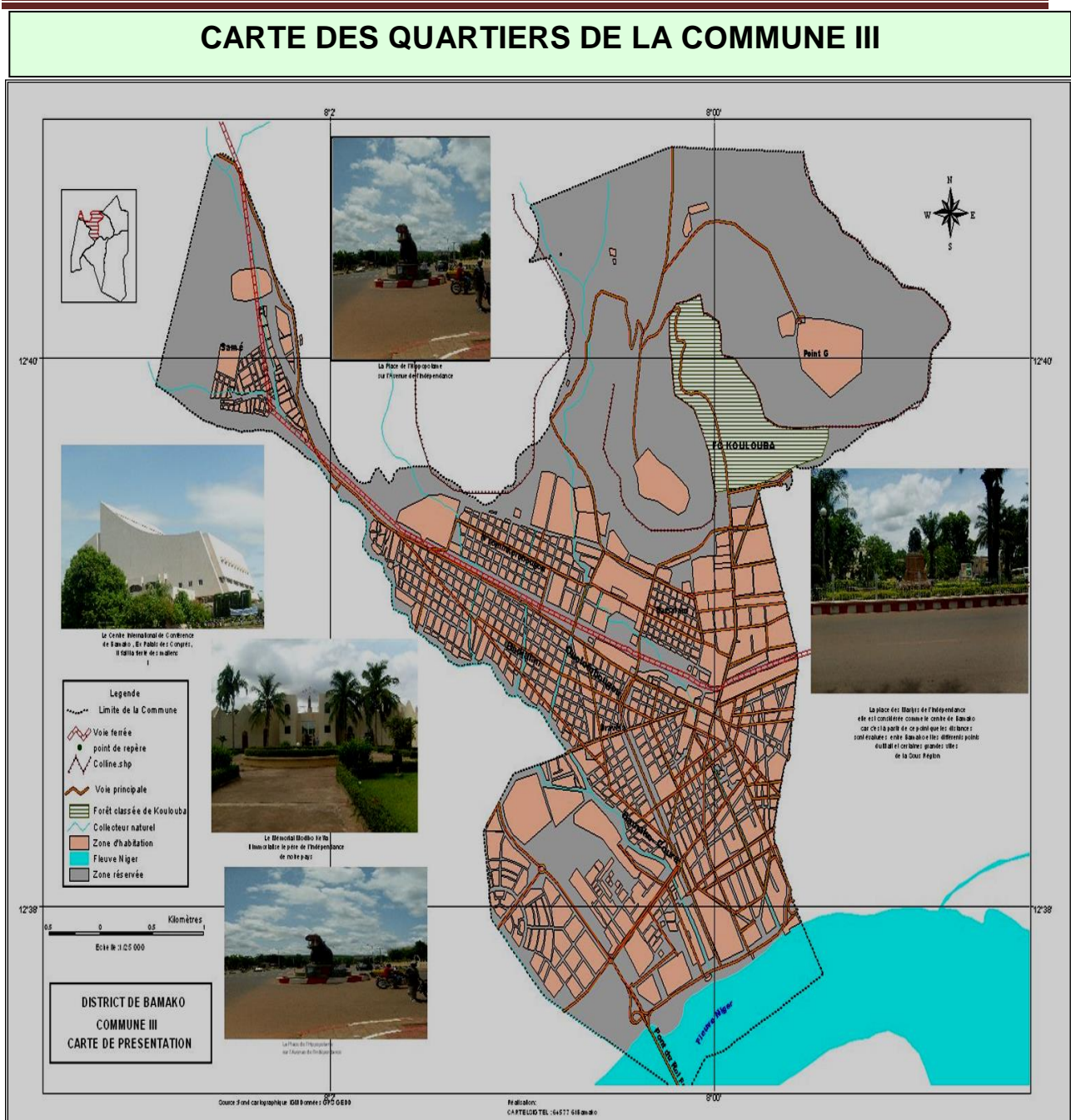


Figure : 2

C- LES SITES TOURISTIQUES DE LA COMMUNE III

Le site « Ballassoco » grotte préhistorique dans la colline du Point G.

1. Le « le Douning » c'est un trou d'eau dans la colline il se trouve à Samé et sert de source à la rigole de Farako.

Signalons que dans le village Douning il existe des masques qui font la fierté de la CIII lors des semaines et rencontres artistiques et culturelles.

2. Le « Farako » c'est un marigot qui prend source au Dounfing et se jette dans le Niger après avoir traversé les Badialan.
3. Le « Nzèrènidjè » arbre sacré il s'agit du figuier sous lequel Samalé Bamba a dormi avant de rencontrer Diamoussadjan. La légende dit que toute femme qui cueillait ses feuilles enfantait la même année.
4. Le « Farakoba » marigot sacré ;
5. La « forêt de Bambou » ancienne place de Bamako, c'est un endroit sacré situé au bas de la colline de Koulouba à l'ouest et au nord de N'tomikorobougou.

Ces endroits appartiennent aux ethnies Maures (Dravé, Touré ou Haïdara venus de l'Adrar des Iforas) et Bambara (Niakaté ou Niaré, Diawara qui sont Sarakollés de coutume) les bambaras sont venus du Nord. Les Touré ou Dravé et les Niaré furent les premiers habitants de la commune III. Mais très tôt ils firent un pacte de non-agression et d'amitié entre eux.

6. le puits sacré dans le jardin zoologique dans lequel il y avait un serpent ;
7. la grotte abritant le monument du Dinosauré sur la route de Koulouba a en son sein des dessins historiques datant de plusieurs centaines d'années.

Dans la commune nous rencontrons tous les échelons de la pyramide sanitaire : le 1^{er} constitué par les Centres de santé communautaires au nombre de huit (8) le Centre de santé de référence (1), les hôpitaux nationaux (2) et les centres Spécialisés comme l'IOTA et CNOS. Ils sont appuyés par le secteur privé, les CMIE et les services de santé de l'armée.

- Comme ailleurs, la mortalité est élevée. En 2004, 2005 et 2006, il a été enregistré respectivement 46259, 22397 et 27812 cas de maladies dans la commune. Parmi ces cas de maladies, la part due au paludisme représentait respectivement 66%, 45% et 49%.

En ce concerne la couverture en santé maternelle et infantile, le taux d'accouchements assistés est passé de 64% à 89% entre 2004 et 2006. Quant au taux de couverture en VAT 2/femmes enceintes il est passé de 24% à 82% ; celui

des consultations prénatales est passé de 52% à 107%. La couverture sanitaire des enfants de 0 à 5 ans s'est timidement améliorée passant de 14% à 26%; cela peut s'expliquer par la non perception de l'importance des consultations postnatales surtout quand les mamans se sentent en bonne sante

Le centre de santé de référence se trouve à Bamako -coura, il comporte plusieurs services :

- L'administration,
- La pharmacie,
- Le service d'ORL,
- Le service d'odontostomatologie,
- Le service d'ophtalmologie,
- Le service de médecine,
- Le service de chirurgie,
- Le service de pédiatrie,
- Le service de cardiologie
- Le service de traumatologie
- Le service de dermatologie
- Le service d'endocrinologie
- Le service d'imagerie
- Le service de kinésithérapie
- Le service de rhumatologie
- Le service de gastro entérologie
- Le service d'urologie.
- Le service gynéco-obstétrique.

Le service gynéco-obstétrique : il comporte :

- Une salle d'accouchement avec quatre tables d'accouchement ;
- Une salle de garde pour les sages-femmes et infirmières ;
- Une salle d'interne ;

- Une salle d'urgence ;
- Une salle de réanimation du nouveau-né ;
- Une salle de pansement ;
- Une salle de suites de couches ;
- Une salle de travail
- Un bureau pour la sage-femme maitresse ;
- une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus
- Une unité de soins après avortement (unité SAA)
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité de planning familial ;
- Une unité de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- Une unité de PEV (programme élargi de vaccination),
- Deux blocs opératoires fonctionnels,
- Une unité d'hospitalisation pour les opérées et les pathologies gynécologiques et obstétricales et un bureau pour le personnel de l'hospitalisation,
- Une salle de consultation gynécologique externe ;
- Cinq salles d'hospitalisation,

Le personnel comprend :

- Trois médecins spécialistes en gynéco-obstétrique,
- Trois médecins Généralistes
- Des étudiants faisant fonction d'interne (11),
- Des sages-femmes dont une sage-femme maitresse,
- Des infirmières obstétriciennes,
- GS (les garçons de salle)

Le CSREF est doté de deux ambulances assurant la liaison entre le CSREF de la commune III et les CSCOM, les CHU du Point G et Gabriel Touré.

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne 24heures/24. Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesse à risque) sont assurées par les trois gynécologues obstétriciens cinq jours/ semaine, les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières obstétriciennes.

Les activités : un staff a lieu tous les jours à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service et ou un autre gynécologue-obstétricien et ou un médecin généraliste. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Une visite est faite tous les jours dans les salles d'hospitalisations du lundi au vendredi après le staff.

Une équipe de garde quotidienne travaille 24heures /24 heures composée d'un gynécologue, d'un médecin généraliste, des internes, une sage-femme, deux infirmières, une aide-soignante, deux manœuvres, un chauffeur d'ambulance.

D. Période d'étude : 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015 (1 an)

E. Type d'étude : il s'agit d'une étude descriptive transversale avec recueil rétrospectif des données.

G. La population d'étude :

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

H. Méthode d'échantillonnage :

I. Critère d'inclusion :

IL s'agit de toutes les patientes évacuées dans le service pour une cause obstétricale et provenant d'un centre de santé de la commune III

J. Critères de non inclusion :

1- Toute référence /évacuation pour motif non obstétrical.

2- Les femmes venues d'elle-même

K. Outils et technique de collecte des données :

- Technique de collecte : c'est l'exploitation des documents
- Outils de collecte : Dossiers d'accouchements, partogramme, dossiers d'hospitalisation, registres opératoires. Fiches d'évacuation, registres de références évacuations

L. Variables utilisées :

1-Variables qualitatives

Variables qualitatives	<ul style="list-style-type: none">- La profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial- Les antécédents médicaux et obstétricaux, la notion de CPN,- Le motif d'évacuation- La provenance- La qualification de l'agent qui évacue et qui reçoit,- Le type d'accouchements- L'état à la naissance- Les causes de décès néonatal,- Les causes de décès maternel,- La pertinence, la concordance, l'adéquation et l'opportunité des diagnostics
-------------------------------	--

2-Variabes quantitatives:

Variabes quantitatives	<ul style="list-style-type: none">-L'âge,-La gestité,-La parité-Le nombre de CPN-L'âge gestationnel,-Le score d'Apgar à la première minute et à la cinquième minute,
-------------------------------	---

M. Analyse des données :

Les données ont été saisies sur les logiciels Word et Excel 2010, analysées sur le logiciel SPSS version 20.0.

- Tests statistiques :

Pour les comparaisons de variables nous avons utilisé le test de Khi carré de Pearson et le test de Fisher. Nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $p < 0,05$.

Pour les comparaisons entre nos fréquences et celles de nos références nous avons utilisé le calcul de « l'écart réduit de proportions (\mathcal{E}) ». Nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $\mathcal{E} > 1,96$ soit $p < 0,05$.

O-Définitions opératoires

-**Patiente** : gestante ou parturiente

-**Primigeste** : 1 grossesse ;

-**Paucigeste** : 2 à 3 grossesses ;

-**Multigeste** : \geq à 4 grossesses ;

- **Grande multigeste** : \geq à 6 grossesses ;

-**Primipare** : 1 accouchement ;

-**Paucipare** : 2 à 3 accouchements ;

-**Multipare** : \geq à 4 accouchements ;

- **Grande multipare** : \geq à 6 accouchements ;

- **Personnels qualifiés** : étaient les médecins, sages-femmes et les infirmières obstétriciennes ;
- **Personnels non qualifiés** : étaient les matrones et les aides-soignantes ;
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence ;
- **Évacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une prise en charge d'urgence ;
- **Pronostic maternel et périnatal** : nous entendons par pronostic maternel et périnatal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité ;
- **Césarienne en urgence** : césarienne décidée pendant le travail d'accouchement ;
- **Mort-né** : nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance (score d'Apgar = 0) ;
- **Score d'Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar aux cinq premières minutes entre 1 et 7.
- **L'évacuation est pertinente** : s'il n'y avait pas de moyens humains et matériels nécessaires pour satisfaire la prise en charge au centre de santé communautaire ;
- **L'évacuation est adéquate** : si les parturientes avaient reçu un traitement correcte au centre de santé communautaire et que les supports de référence étaient correctement remplis ;
- **L'évacuation est dite opportune** : si elle était réalisée à temps.
- **Profession rémunérée** : commerçantes/vendeuses, coiffeuses, secrétaires, enseignantes, infirmières
- **Profession non rémunérée** : ménagères
- **Cicatrices des voies urogénitales** : cure de prolapsus génital

- **Hémorragies antépartum** : hématome rétro placentaire (HRP), placenta prævia(PP)
- **Dystocies** : Toute dystocie, mécanique ou dynamique, de cause maternelle ou fœtale.
- **Indéterminé** : Défini le délai et le temps d'évacuation qui est inconnue durant l'étude.
- **Hors commune** : Correspond aux femmes évacués par une structure de santé ne provenant pas de la commune III
- **Etat générale bon** : l'état général de la patiente est satisfaisant à l'admission.
- **Etat générale passable** : l'état général de la patiente est conserve à l'admission.
- **Etat générale altéré** : l'état général de la patiente est mauvais à l'admission.

RESULTATS

V- RESULTATS

1-La fréquence des évacuations

Durant la période d'étude (12 mois) 956 admissions ont été effectuées à la maternité du CSRef C III dont 135 évacuées soit une fréquence de **14,12 %**.

2- profil sociodémographique

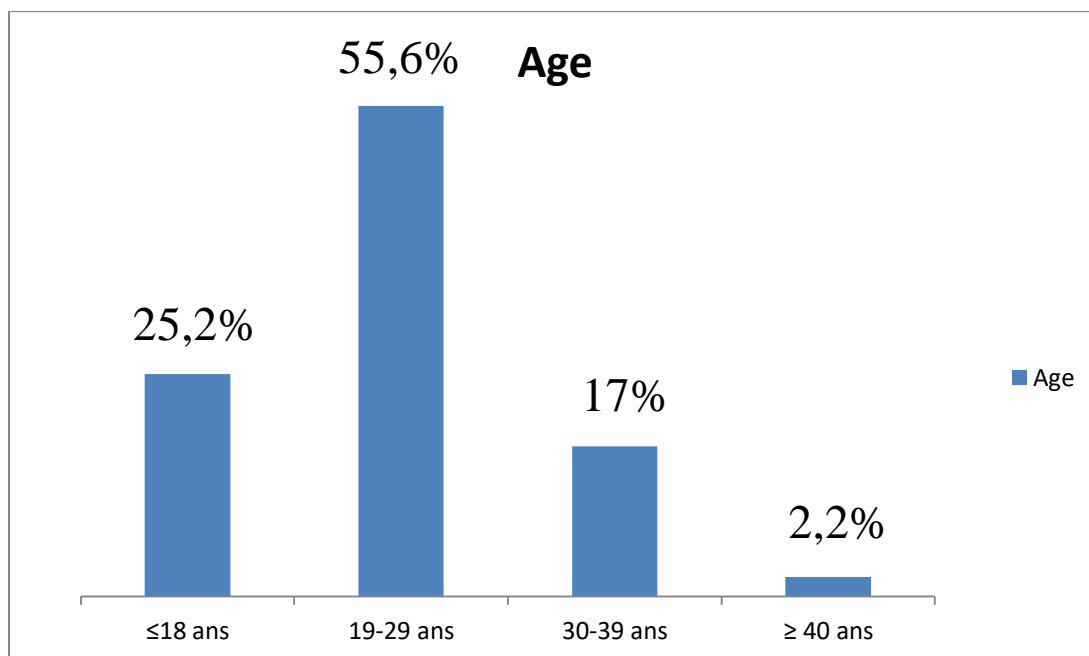


Figure 3 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était de **19-29** ans soit 55,6 % avec un âge moyen de **19,7 ans**.

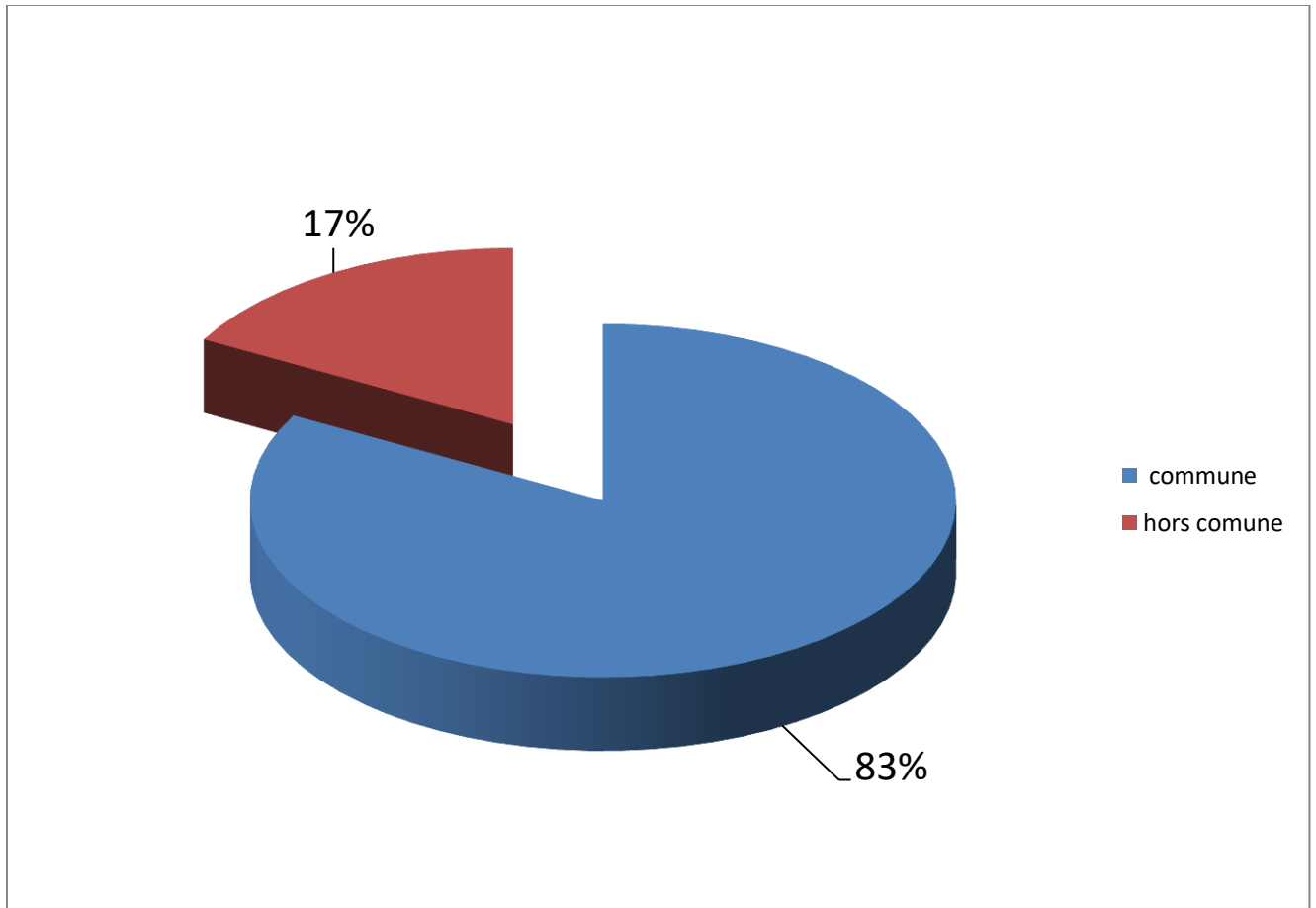


Figure 4 : Répartition des patientes selon la résidence

Hors commune : Para Djicoroni (8) Yirimadio (3) Lafiabougou (3) Bagadadji (1) Daoudabougou (1) Hamdallaye (2) Djelibougou (1) Niarela (1) Kalanbancoro (1) Quinzambougou (1) Narena (1).

Tableau I : Répartition des patientes selon la Profession de la femme

Profession de la femme	Effectifs	%
Ménagères	89	66
Commerçante	18	13,3
Élève /Etudiantes	14	10,3
Secrétaire	8	6
Autre	3	2,2
Coiffeuse	2	1,4
Enseignante	1	0,7
Total	135	100

Autres : Cultivatrice (1), couturière (2),

Tableau II : Répartition des patientes selon la Profession du conjoint

Profession Conjoint	Effectifs	%
Ouvrier	56	41,4
Commerçant	40	29,6
Enseignant	9	6,6
cultivateur	8	5,9
Infirmier	7	5,1
Autre	6	4,4
Policier	5	3,7
Elève/Etudiant	3	2,2
Juriste	2	1,4
Total	135	100

Autres : Gardiens (5) ; Marabout (1)

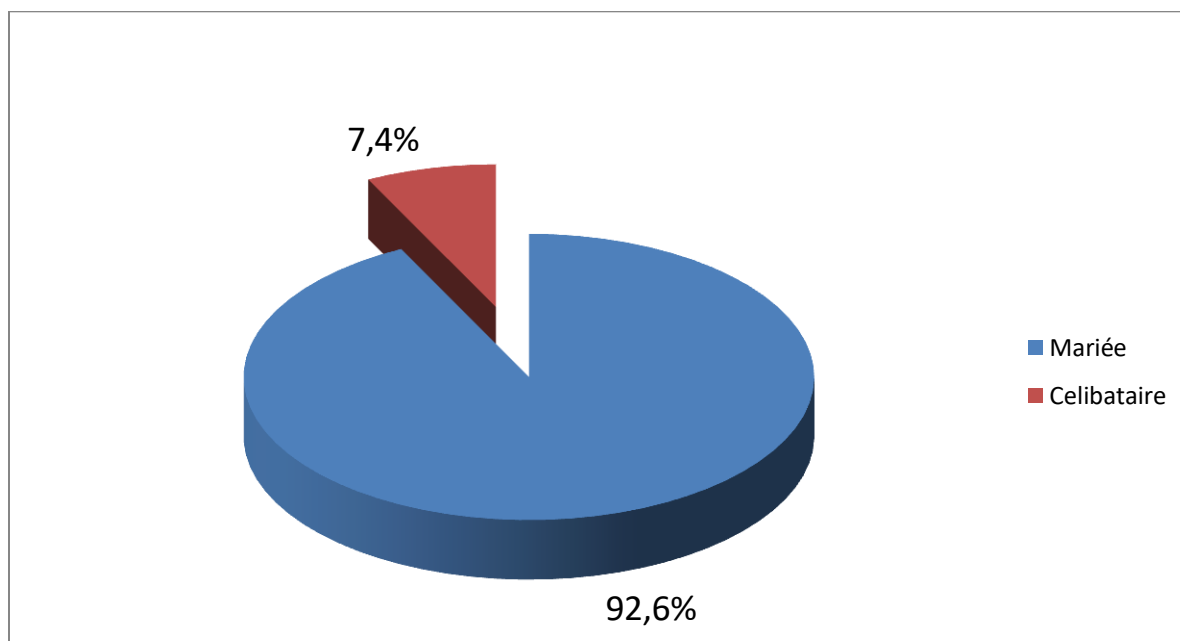


Figure 5 : Répartition des patientes selon le Statut Matrimonial

3- Les conditions d'évacuations :

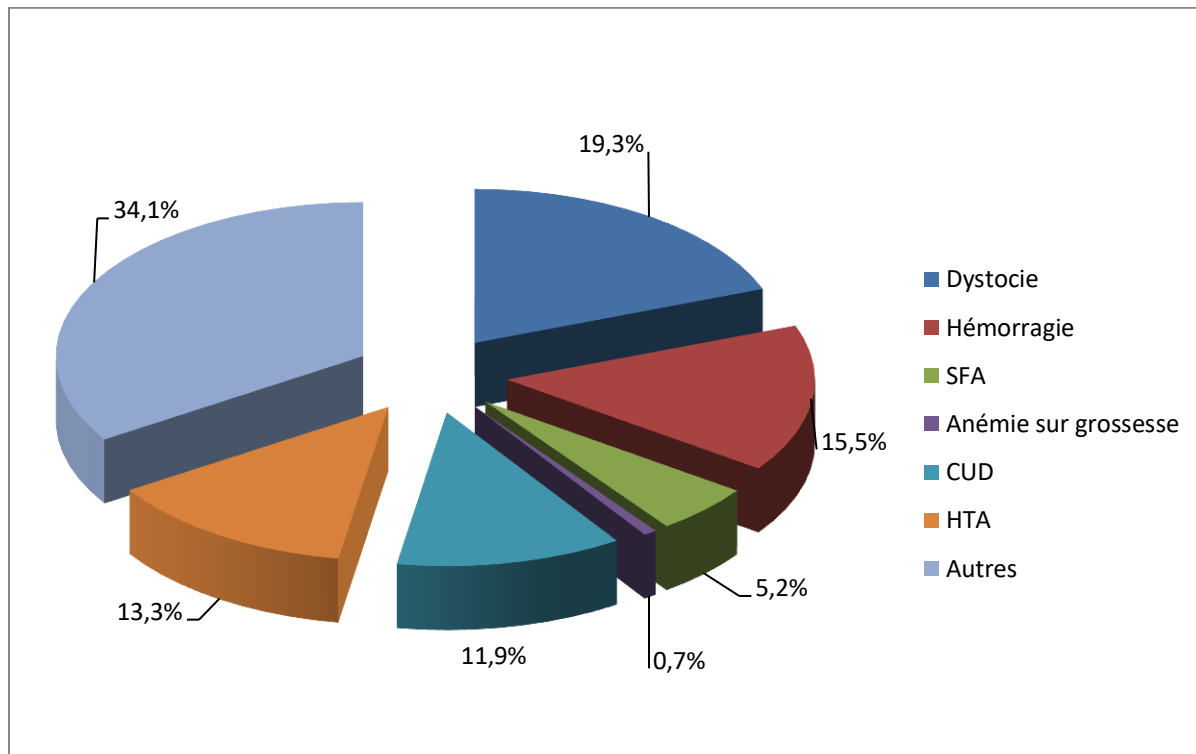


Figure 6 : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation.

Tableau III : Répartition des patientes selon la prise d'une voie veineuse avant l'évacuation

Prise d'une voie veineuse	Effectifs	%
Oui	90	66,7
Non	45	33,3
Total	135	100

Tableau IV : Répartition des patientes selon le temps mis à destination en heure

Temps mis à destination en heure	Effectifs	%
≤ 30	59	43,7
>30 et ≤ 2 h	38	28,1
>2h et <4h	3	2,2
≥ 4h	3	2,2
Indéterminé	32	23,7
Total	135	100,0

La moyenne est moins de 30 munit et les extrêmes est de 4 heure

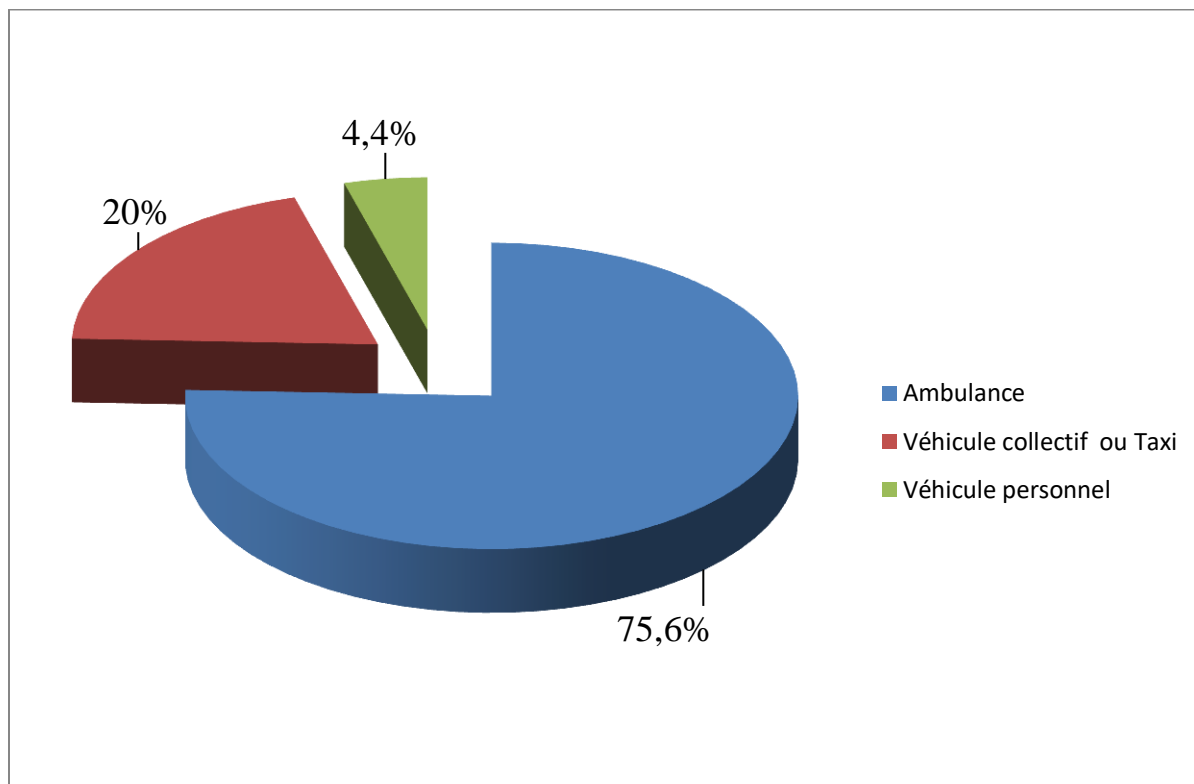


Figure 7 : Répartition des patientes selon le moyen de transport

Tableau V : Répartition des patientes selon le support d'évacuation

Supports d'évacuation	Effectifs	%
Partogramme	59	43,7
Fiche d'évacuation	37	27,4
Une lettre	2	1,5
Sans documents	37	27,4
Total	135	100,0

Tableau VI : Répartition des patientes selon la structure sanitaire ayant évacuée.

Provenance	Effectifs	%
CSCOM	101	74,8
Clinique	6	4,4
Ex Base	8	6
Maternité de Police	7	5,2
Maternité de la Garde nationale	6	4,4
CMI	4	3
MUTEC	2	1,5
Maternité du camp 1	1	0,7
Total	135	100,0

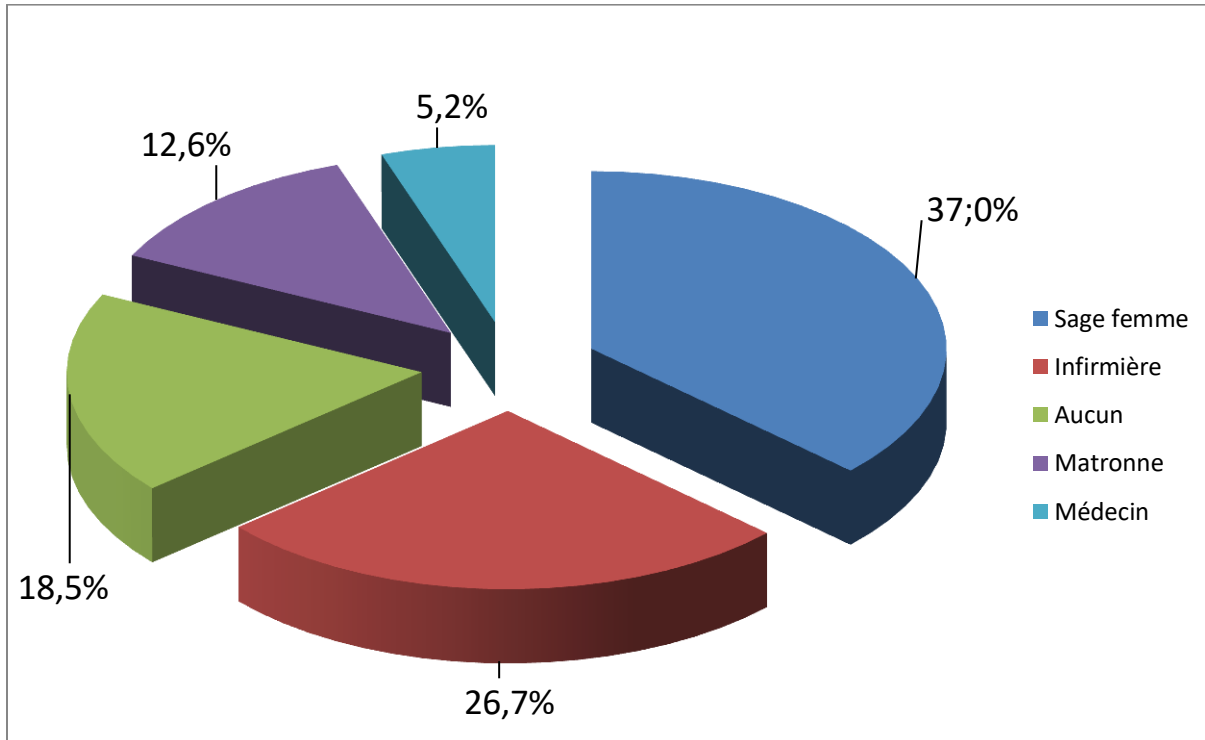


Figure 8 : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant évacuée

4-EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

Tableau VII : Répartition des patientes selon leur ATCD Médicaux

ATCD Médicaux	Effectifs	%
HTA	2	1,5
Cardiopathie	1	0,7
Asthme	1	0,7
Aucun	131	97,0
Total	135	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les ATCD Chirurgicaux

ATCD Chirurgicaux	Effectifs	%
Césarienne	4	3,0
Appendicectomie	2	1,5
Cure de hernie	1	0,7
Aucun	128	94,8
Total	135	100

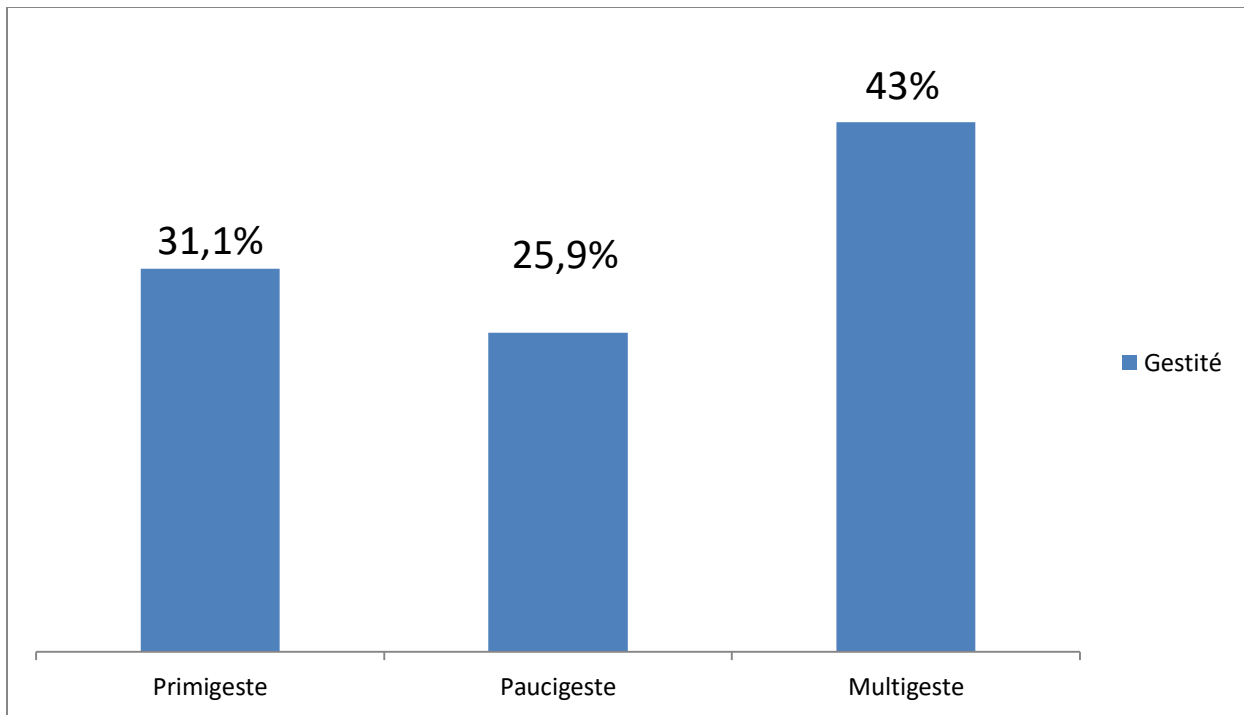


Figure 9 : Répartition des patientes selon la gestité

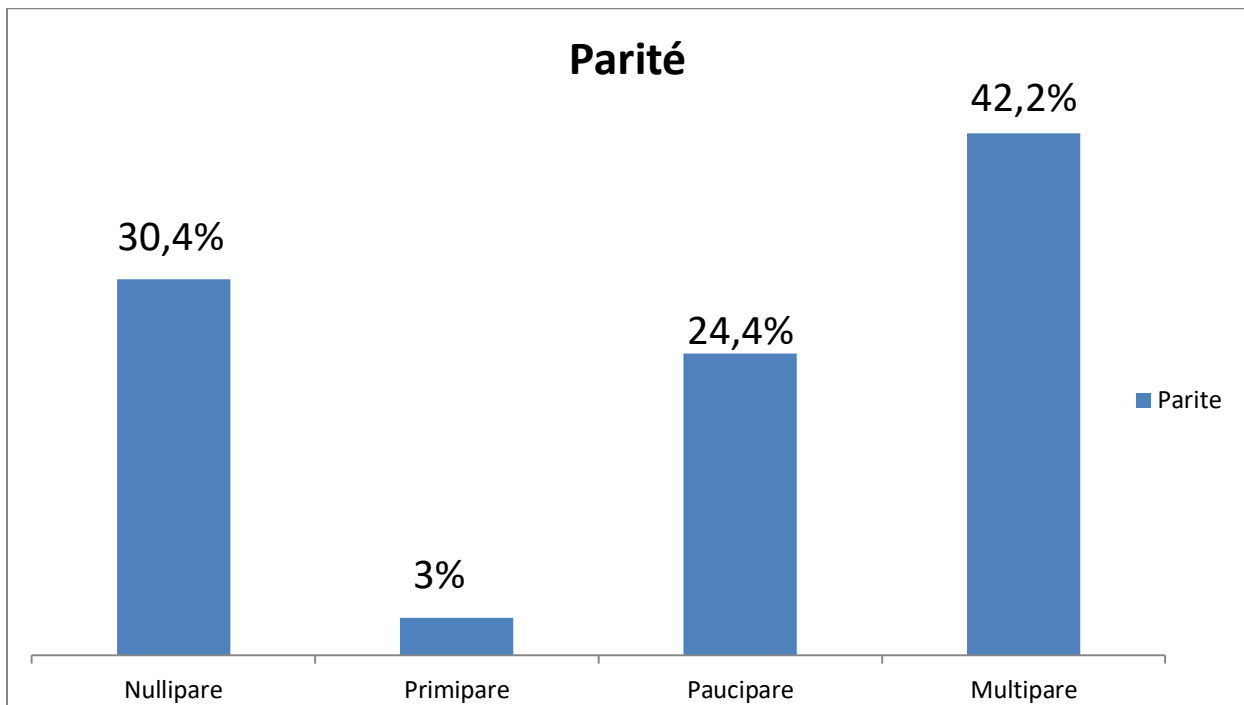


Figure 10 : Répartition des patientes selon la parité

Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectifs	%
≤ 1	80	59,3
2-3	35	25,9
4-5	12	8,9
≥ 6	8	5,9
Total	135	100,0

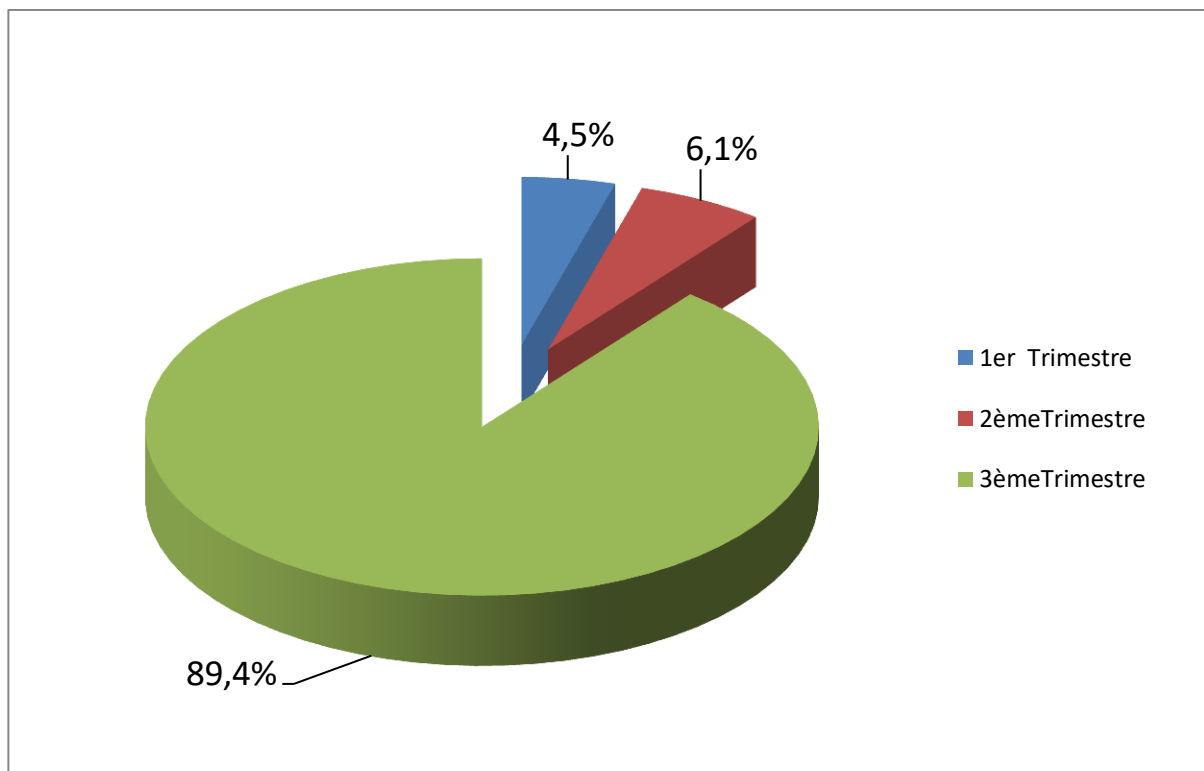


Figure 11 : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Tableau X : Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale

Nombre de CPN	Effectifs	%
0	31	23,0
1-4	102	75,6
≥ 5	2	1,5
Total	135	100,0

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'état général a l'admission

Etat Général	Effectifs	%
Bon	119	88,1
Passable	13	9,6
Altéré	3	2,2
Total	135	100,0

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectifs	%
Colorées	126	93,3
Pâles	9	6,7
Total	135	100,0

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'état de conscience

Etat de conscience	Effectifs	%
Coma	4	3
Normal	131	97
Total	135	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le profil des chiffres tensionnels.

Chiffres tensionnels	Effectifs	%
Moins de 90/50 mmHg	1	0.74%
90/50 à 130/80 mmHg	121	89.63%
Plus de 130/80 mmHg	13	9.63%
Total	135	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon le Pouls

Pouls	Effectifs	%
80-90 btts/mn	97	71,9
91-105 btts/ mn	31	23,0
106- 120 btts /mn	7	5,1
Total	135	100

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'abondance de la métrorragie
(N=24)

Abondance métrorragie	Effectifs	%
Minime	4	16,7
Moyenne	17	70,83
Abondante	3	12,5
Total	24	100,0

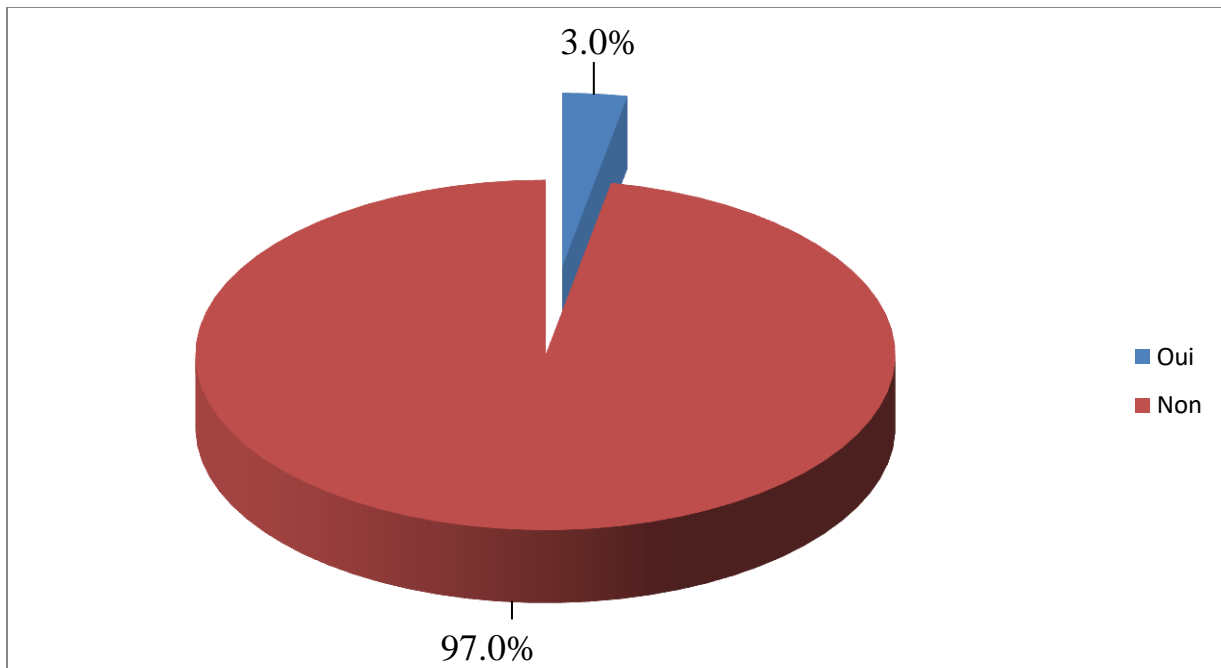


Figure 12 : Répartition des patientes ayant un état de choc

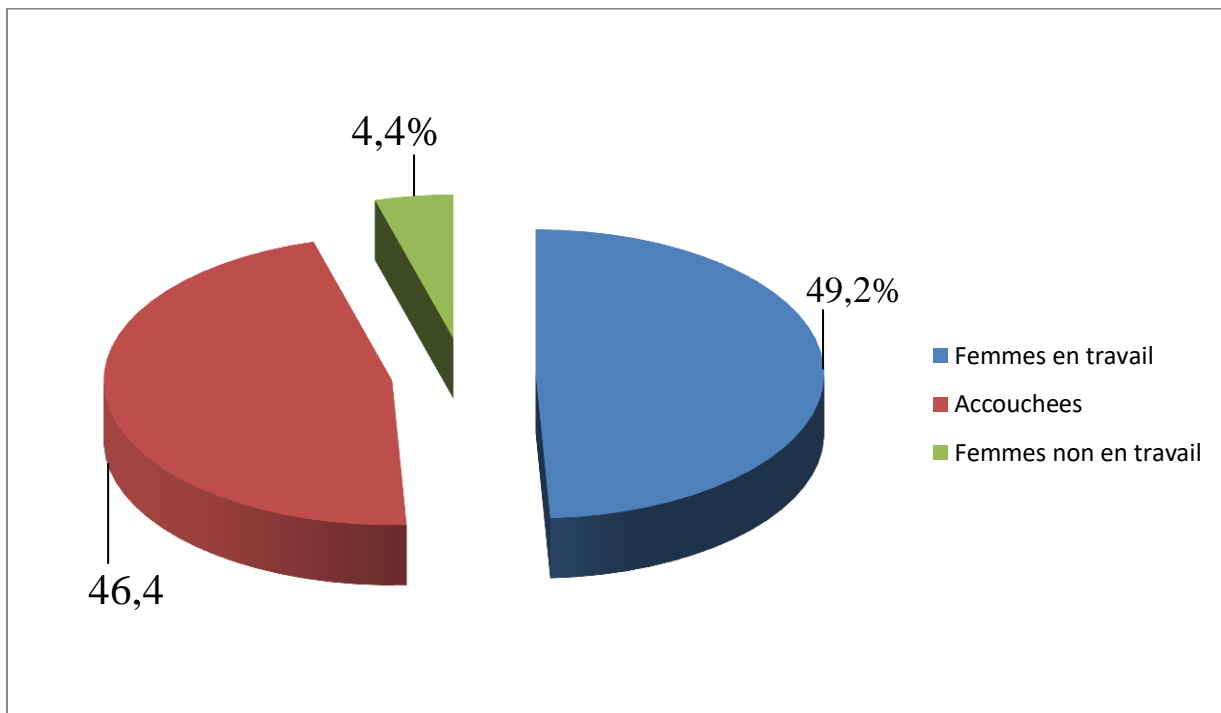


Figure 13 : Répartition des femmes en travail et non en travail et les accouchées

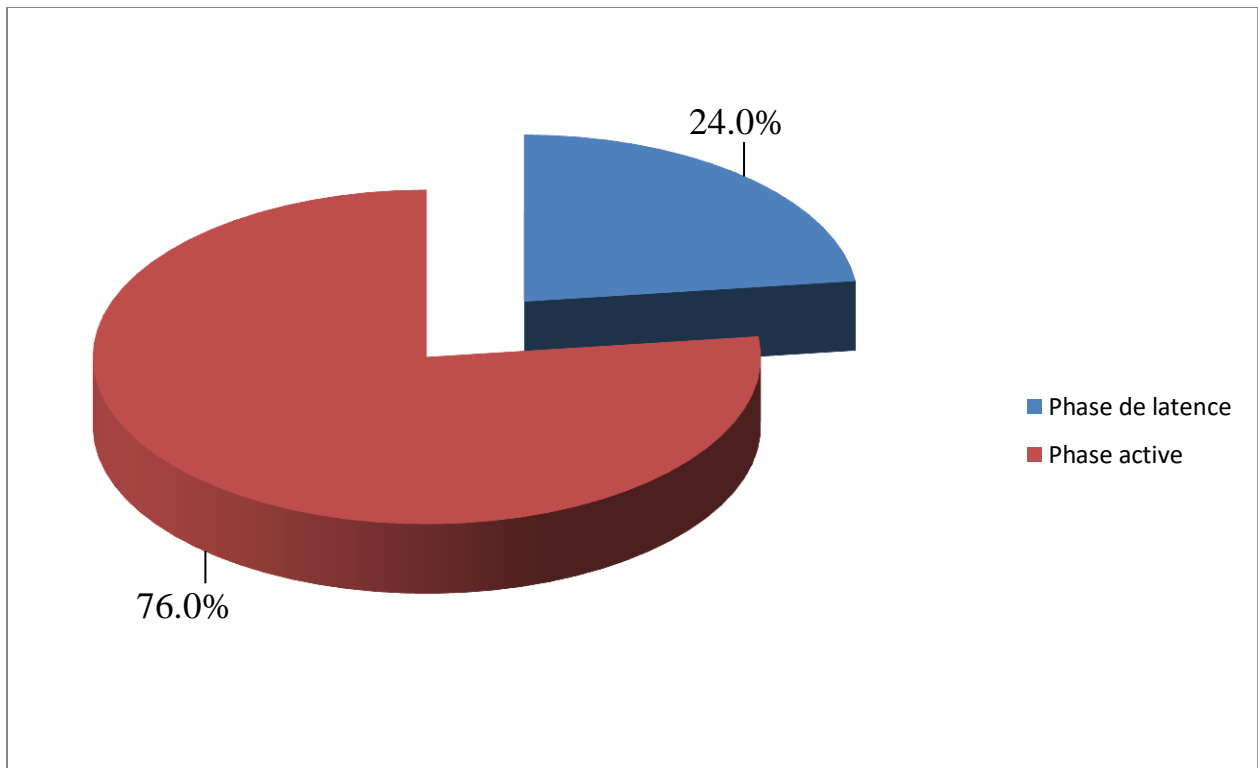


Figure 14 : Répartition des patientes selon la phase du travail d'accouchement.
N ;(117)

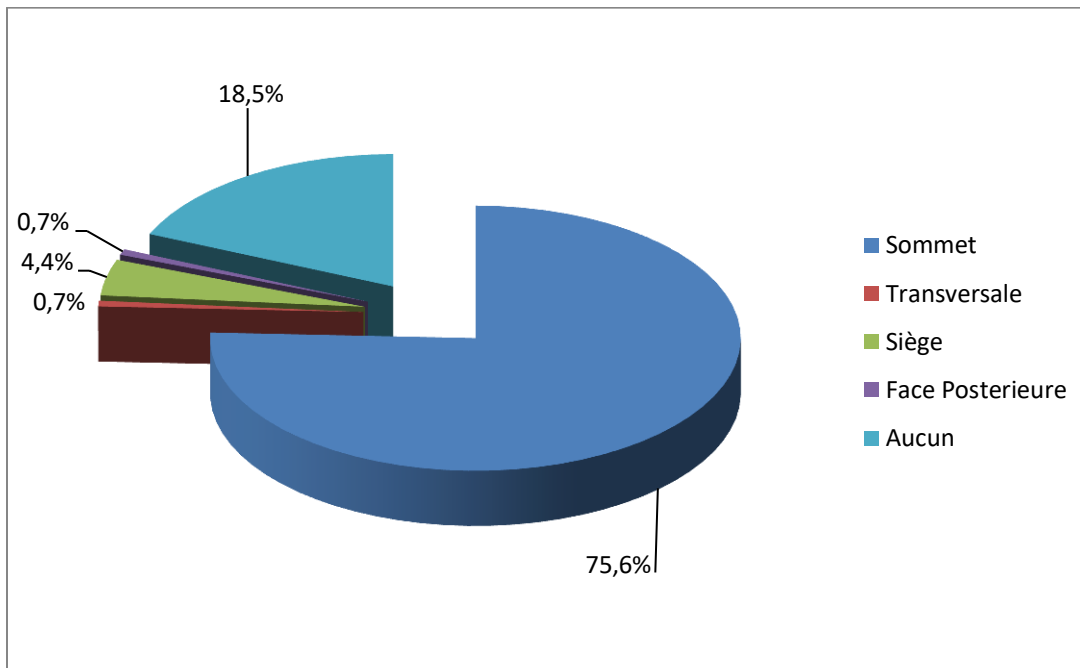


Figure15 : Répartition des patientes selon la présentation du fœtus

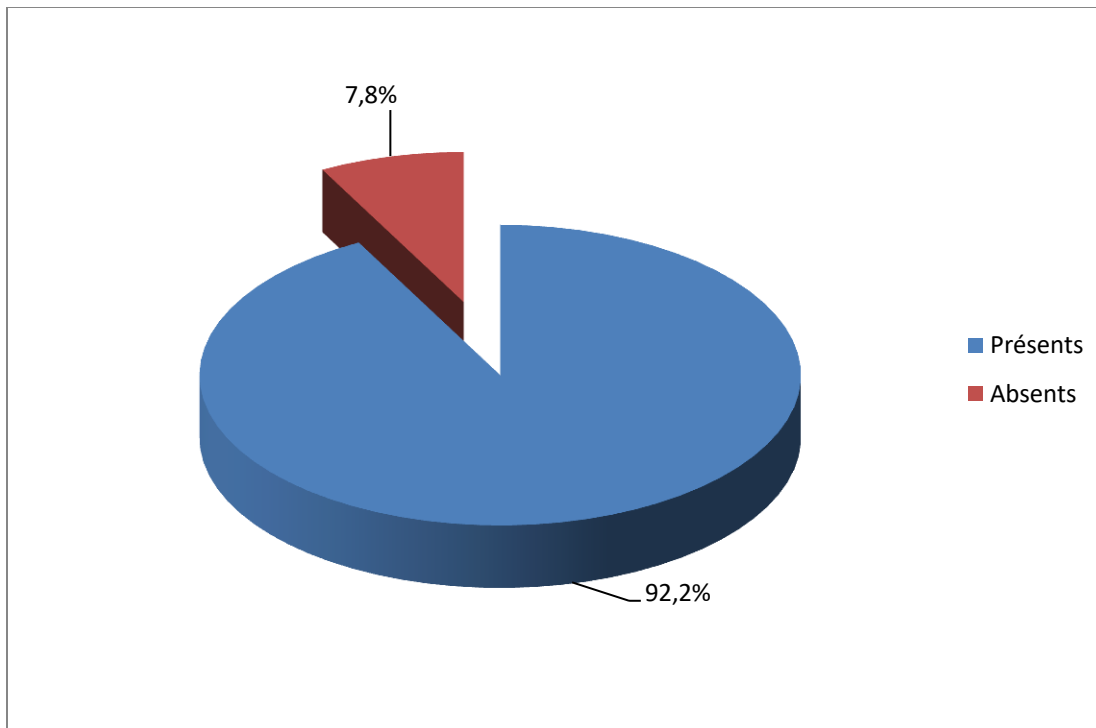


Figure16 : Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal

Tableau XVII : Répartition des femmes suivant l'ouverture des membranes
(N: 124)

Ouverture des membranes	Effectifs	%
Intactes	43	34,7
Rompues dans le service < 6 heures	15	12,1
Rompues hors du service > 6 heures	66	53,2
Total	124	100

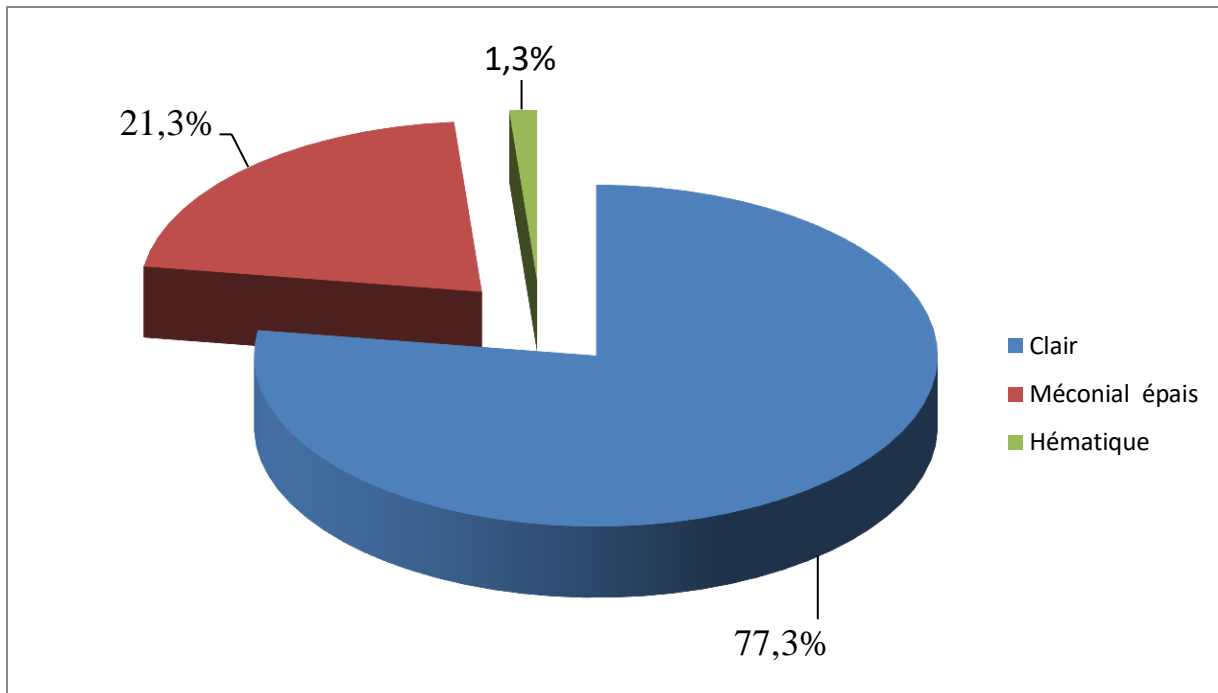


Figure 17 Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique (N : 75)

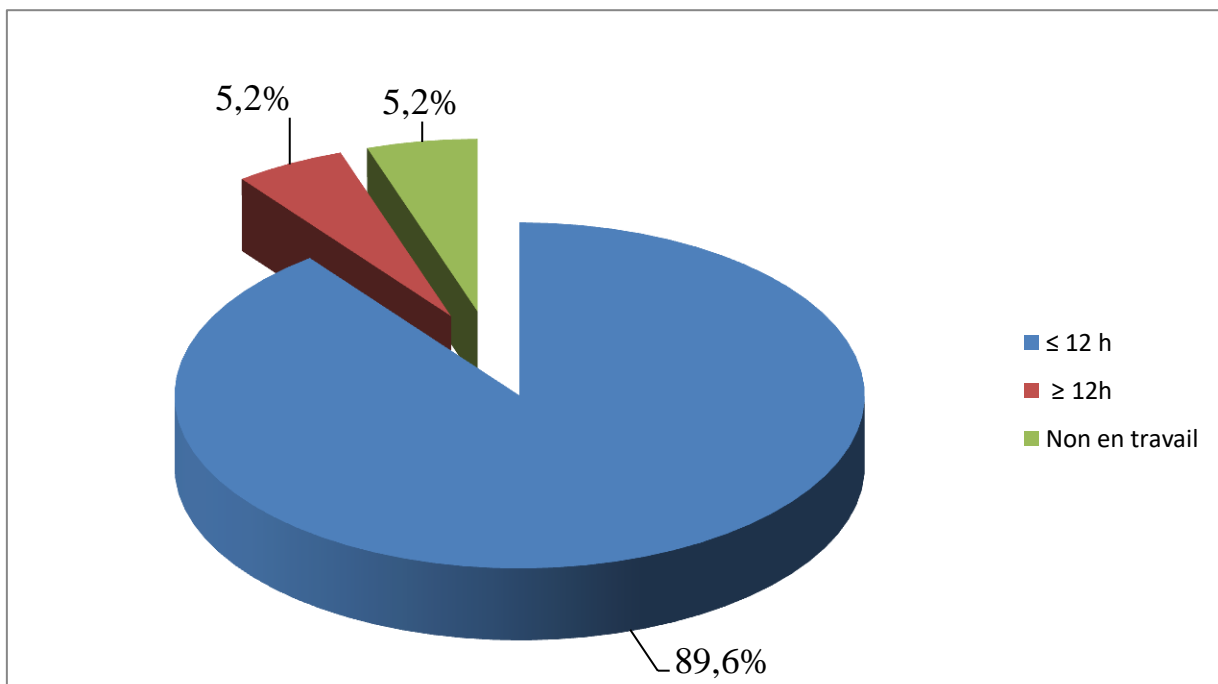


Figure 18 : Répartition des patientes selon la durée du travail en Heures (N: 117)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

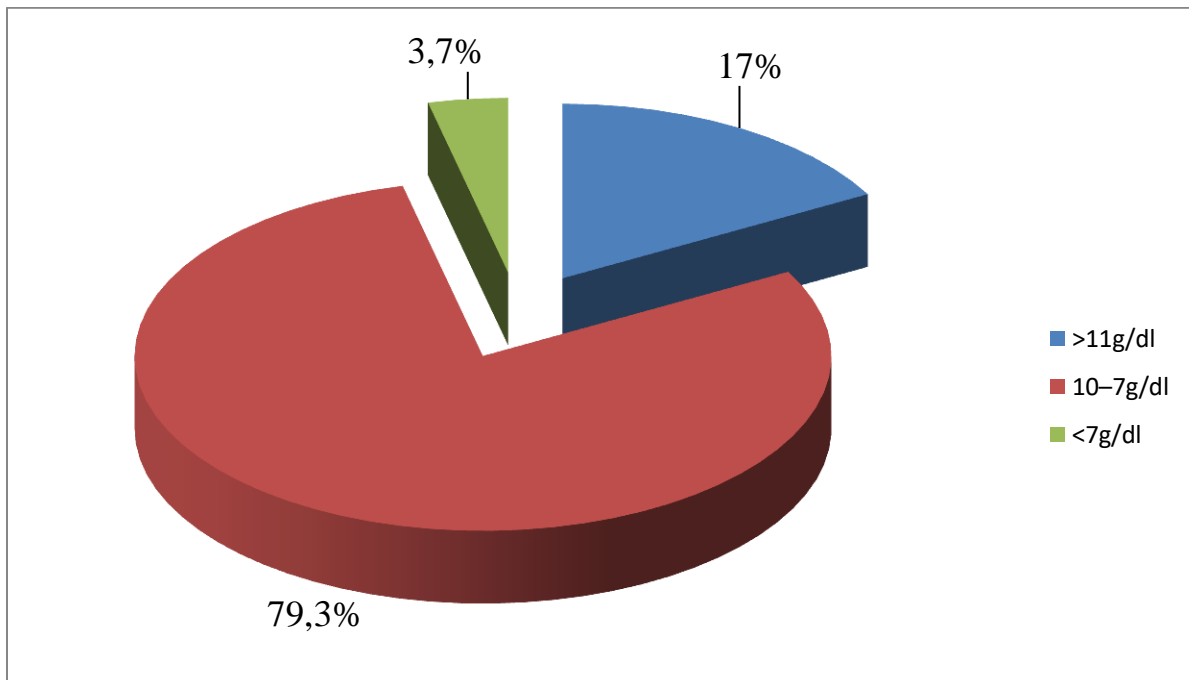


Figure 19 : Répartition des patientes selon la réalisation du taux hémoglobine en urgence

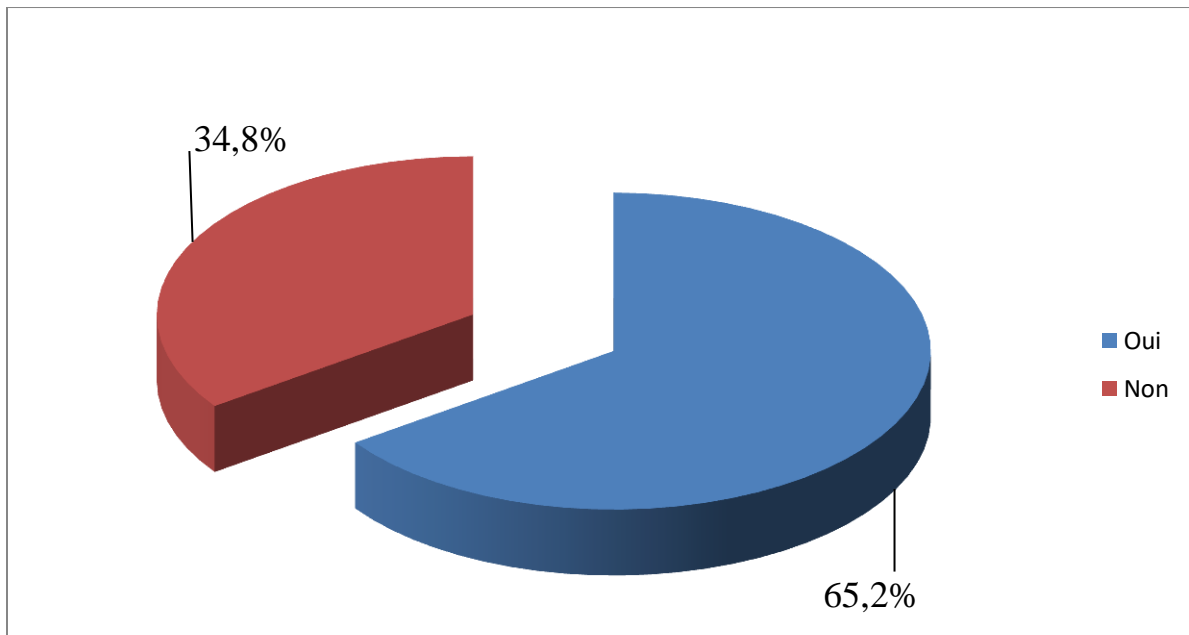


Figure 20 : Répartition des patientes selon la réalisation de l'Echographie Obstétricale en urgence

5-DIAGNOSTIC :

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le Diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectifs	%
Dystocie	36	26,7
HTA	18	13,4
Hémorragies du post-partum	24	17,8
SFA	14	10,4
Rupture Utérine	1	0,7
PPH	3	2,2
HRP	4	2,9
Procidence du cordon	3	2,2
GEU	4	2,9
Kyste ovarien hémorragique sur grossesse	5	3,7
Syndrome pré rupture uterine	2	1,5
Autre	21	15,6
Total	135	100

- ✚ Autres correspond au patientes évacuées pour bilan non fait (5) ; oligo amnios modéré (1) rupture prématurée des membranes (6) ; anémie sur grossesse(1) ; hémorragie sur grossesse(1) ; oligo amnios sévère(7).

6-CONDUITE A TENIR :

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la prise en charge médicamenteuse
(N : 17)

Prise en charge médicamenteuse	Effectifs	%
Administration uterotonique	11	64,70
Anticonvulsant	2	11,8
Antihypertenseur	2	11,8
Reanimation	1	5,9
Transfusion	1	5,8
Total	17	100

Tableau XX : Répartition des patientes Selon le traitement obstétricale (N : 10)

Prise en charge obstétricale	Effectif	%
Revision uterine	6	60
AMIU	2	20
Ventouse	2	20
Total	10	100

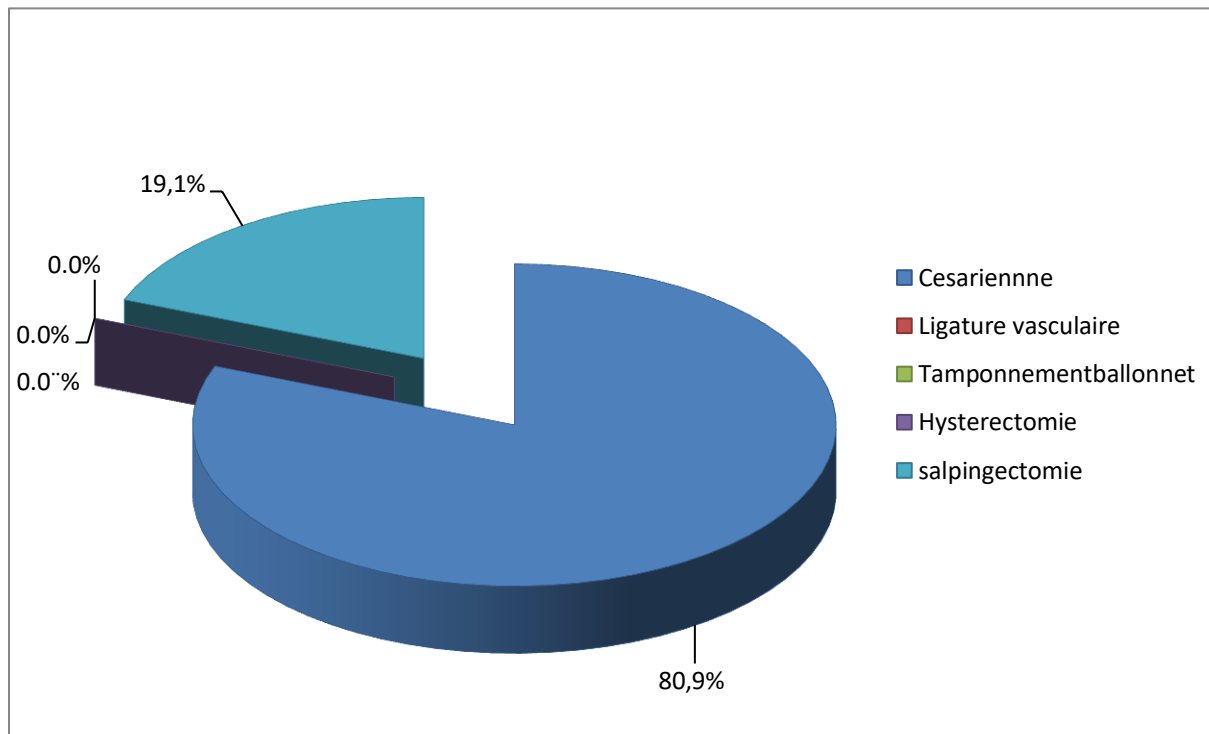


Figure 21 : Repartitions des patientes selon le type d'intervention chirurgicale

Tableau XXI : Répartition des patientes selon les voies d'accouchements (N : 117)

Voie d' accouchements	Effectifs	%
Voie basse	83	70,94
Voie haute	34	29,06
Total	117	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la durée de l'hospitalisation en jour

Durée de l'hospitalisation	Effectifs	%
1	67	49,6
2-7	62	45,9
Evacuée vers CHU	6	4,4
Total	135	100,0

La durée moyenne était de 3 jours et les extrêmes étaient de 7 jours

7-PRONOSTIC MATERNO-FOETAL :

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-né (N :117)

Evolution et pronostic des nouveau-nés	Effectifs	%
Vivant	115	98,3
Mort né	2	1,7
Total	117	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le score e d'Apgar a 1' et la 5'.
(N : 117)

Apgar	Effectifs	%
0	2	1,7
1-3	2	1,7
4-7	5	4,3
8 – 10	108	92,3
Total	117	100

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-né à la sortie
(N : 115)

Etat à la sortie	Effectifs	%
Vivant adressé en néonatalogie	15	13
Vivant non réanimé	100	87
Total	115	100

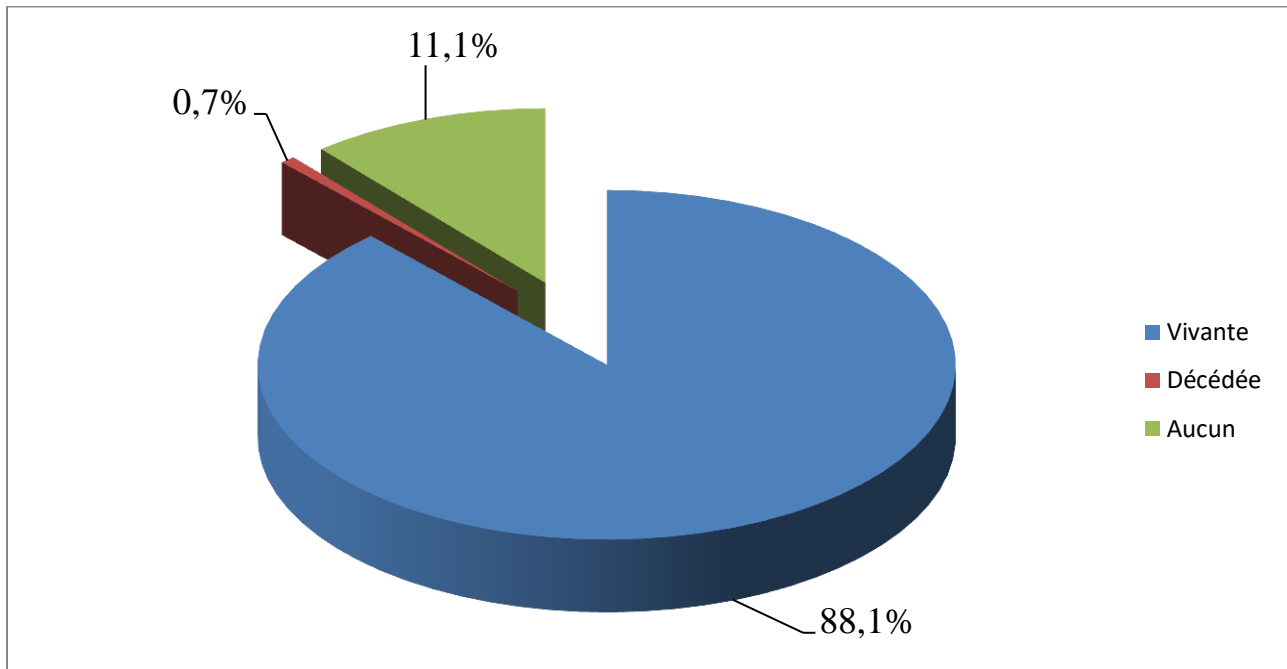


Figure 22 : Répartition des patientes selon l'état de la mère.

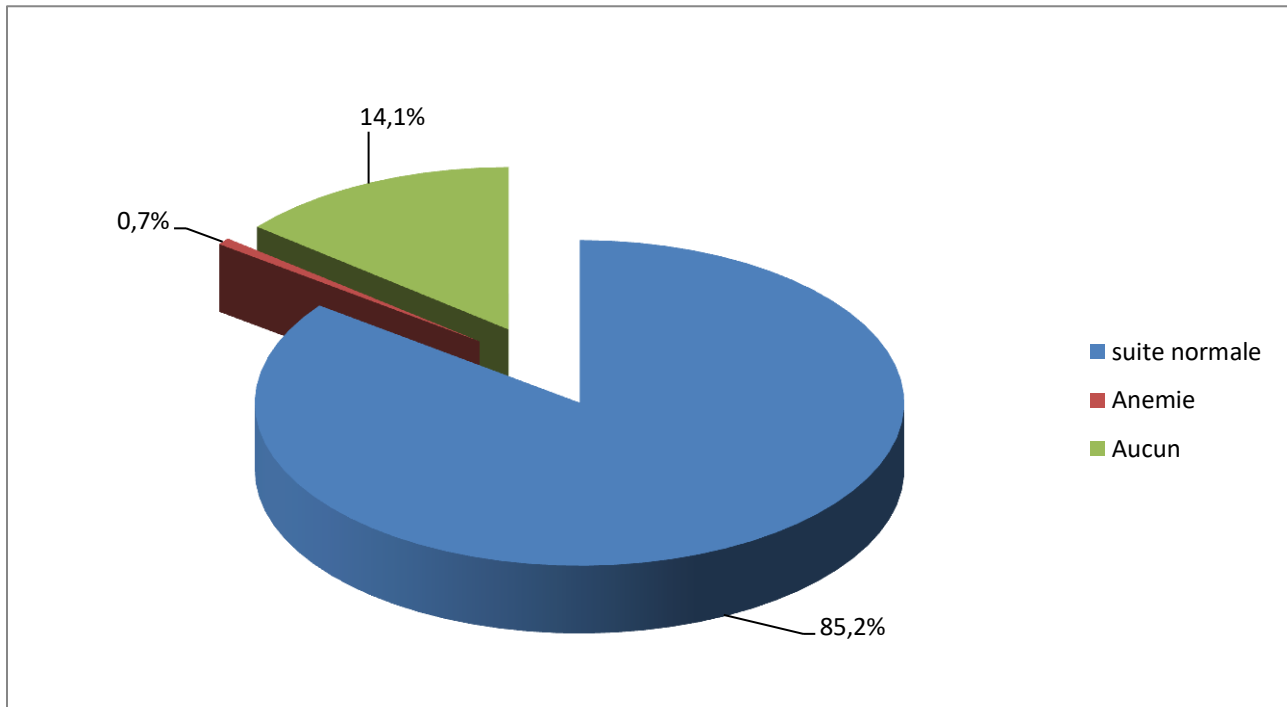


Figure 23 : Répartition des patientes selon la nature des suites de couches.

Lors de notre étude nous avons enregistré 0,7% de décès maternel suite à un arrêt cardiovasculaire par choc hémorragique.

9-Analyse du motif d'évacuation :

Tableau_XXVI : Répartition des patientes selon la concordance des motifs.

Concordance	Effectifs	%
Oui	95	70,4
Non	40	29,6
Total	135	100

Tableau XXVII_ : Répartition des patientes selon la pertinence de l'évacuation

Pertinence	Effectifs	%
Oui	114	84,4
Non	21	15,6
Total	135	100

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon l'adéquation de l'évacuation.

Adéquation	Effectifs	%
Oui	125	92,6
Non	10	7,4
Total	135	100

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'opportunité de l'évacuation.

Opportunité	Effectifs	%
Oui	122	90,4
Non	13	9,6
Total	135	100

10-Relation entre le diagnostic retenu au CSRéf et le pronostic materno-fœtal

Tableau XXX : Relation entre le diagnostic retenu au CSRef et l'état de la mère

Diagnostic	Etat de la mère		Total
	Vivantes	Décédées	
Dystocie	36	0	36
HTA	18	0	18
Hémorragie du post partum	24	0	24
SFA	14	0	14
Rupture utérine	1	0	1
PPH	3	0	3
HRP	3	1	4
Procidence	3	0	3
GEU	4	0	4
Kyste ovarienne hémorragique sur grossesse	5	0	5
Syndrome de pré rupture	2	0	2
Autres	21	0	21
Total	134	1	135

Test de Fisher =19,648; P < 0,001

Tableau_XXXI : Relation entre le diagnostic retenu au CSRef et l'état du nouveau-né

Diagnostic	Etat du nouveau-né		Total
	Vivant	mort-né	
Dystocie	30	0	30
HTA	18	0	18
Hémorragie du post partum	21	0	21
SFA	14	0	14
Rupture utérine	1	0	1
PPH	3	0	3
HRP	3	1	4
Procidence	2	1	3
Syndrome de pré rupture	2	0	2
Autres	21	0	21
Total	115	2	117

Test de Fisher = 26,307; P < 0,001

11-Relation entre les moyens d'évacuation et le pronostic materno-fœtale

Tableau_XXXII : Relation entre les moyens d'évacuation et l'état du nouveau-né

Moyen d'évacuation	Etat du nouveau-né		Total
	vivant	mort-né	
Ambulance	90	0	90
Véhicule collective ou Taxi	23	2	25
Véhicule personnel	2	0	2
Total	115	2	117

Khi-deux= 12,529 ; P < 0,014

Tableau_XXXII : Relation entre les moyens d'évacuations et l'état de la mère

Moyen d'évacuation	Etat de la mère		Total
	vivantes	Décédées	
Ambulance	103	0	103
Véhicule collective ou Taxi	27	1	28
Véhicule personnel	4	0	4
Total	134	1	135

Khi-deux= 3,850 ; P < 0,14

6- Relation entre la prise d'une voie veineuse avant évacuation et le pronostic materno-fœtale

Tableau XXXIV : Relation entre la prise d'une voie veineuse avant évacuation et l'état des nouveau-nés.

Prise d'une voie veineuse avant Evacuation	Etat du nouveau-né		Total
	Vivant	mort-né	
Oui	92	0	92
Non	23	2	25
Total	115	2	117

Khi-deux= 7,650 ; P < 0, 22

Tableau XXXV : Relation entre la prise d'une voie veineuse avant évacuation et l'état de la mère

Prise d'une voie veineuse avant Evacuation	Etat de la mère		Total
	Vivants	décédées	
Oui	105	0	105
Non	29	1	30
Total	134	1	135

Khi-deux= 3,526 ; P < 0, 060

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-METHODOLOGIE :

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune III

Il s'agit d'une étude descriptive transversale avec recueil rétrospectif des données allant d'une année qui a porté sur l'ensemble des patientes admises dans le service durant la période d'étude.

Les Outils de collecte étaient l'exploitation des dossiers d'accouchements, partogramme, dossiers d'hospitalisation, registres opératoires, Fiches d'évacuation, registres de références évacuations puis saisies sur les logiciels Word et Excel 2010, analysées sur le logiciel SPSS version 20.0.

Pour les comparaisons de variables nous avons utilisé le test statistique qui on permet de minimiser ses biais qui est le test de Khi carré de Pearson et le test de Fisher. Nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $p < 0,05$.

Pour les comparaisons entre nos fréquences et celles de nos références nous avons utilisé le calcul de « l'écart réduit de proportions (\mathcal{E}) ». Nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $\mathcal{E} > 1,96$ soit $p < 0,05$. Le travail bien que ce soit une étude rétrospective ne perd pas en qualité.

2-FREQUENCE :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 956 admissions sur lesquelles 135 étaient des évacuées soit une fréquence de 14,12%.

Cette fréquence légèrement élevée pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un CSRef qui reçoit les évacuations des structures de premiers contacts de la commune (cscom ; structure privées et garnisons).

La fréquence des évacuations obstétricales est diversement appréciée selon la littérature. Ainsi au CHU Gabriel Toure Thiero trouve 12,9% [10] et Macalou à l'hôpital régional de Kayes rapporte 11,5% [11] au Sénégal CHU de Dakar FALL trouve une fréquence 6,1%. [23]

3-CARACTERE SOCIODEMOGRAPHIQUE ET CLINIQUE :

La tranche d'âge la plus représentée était de 19-29 ans soit 55,6 % avec un âge moyen de 19,7 ans ; cette tranche d'âge s'explique par une forte activité génitale de la jeunesse. La majorité de nos patientes soit 83% résidait dans la commune III toutefois nous avons reçues des évacuations des femmes venues d'autres communes (commune I ; V ; IV ; II ; VI) qui sont exclues de notre étude. Les professions non rémunérées c'est à dire les ménagères étaient majoritaires soit 66% et ce résultat est comparable à ceux de Kane M M [24] et CISSE B [22] qui trouvent respectivement 92,71% et 95,5%.

Et cela peut s'expliquer par la faible scolarisation des filles et un manque d'emploi dans le pays.

Le délai d'évacuation détermine le temps écoulé entre l'appel téléphonique et le retour de l'ambulance au CSRef. Il était d'une demi-heure (30 min) dans la majorité des cas (43,7%).

Conformément au cadre conceptuel qui organise le système de référence /évacuation au niveau de la commune III ; une ambulance est disponible 24heure/24 pour assurer le transport des gestantes ; des parturientes et des

nouveaux-nés des structures de premier contact au CSRef et du CSRef vers les CHU.

Ainsi la majorité de nos évacuations étaient effectuées par l'ambulance soit 75,6%. Mais il est à noter que 20% ont été assurées par taxi ou véhicules collectifs et 4,4% par véhicules personnels cela pourrait s'expliquer par la méconnaissance du cadre conceptuel ou la précipitation devant l'urgence.

Les patientes évacuées par ambulance étaient toujours assistées d'un agent de santé durant le parcours. Ainsi dans la littérature d'autres auteurs comme Coulibaly **A B** [28] qui rapporte que 9% des femmes ont été évacuées par l'ambulance et 11,5% des femmes ont été transférées par des moyens de transport inadéquats (taxi, sotrama, voiture personnelle).

Il existe une relation entre les moyens d'évacuations et l'état des nouveaux nés car P est significatif ($P < 0,014$).

La qualification de l'agent qui a décidé de l'évacuation est déterminant dans la pertinence et de l'opportunité de l'évacuation.

L'organisation de la garde au niveau de nos structures de premier contact est centrée sur les sages-femmes. Ce qui explique que les 37 % des évacuations étaient décidées par les sages-femmes.

Le motif d'évacuation était l'élément clé dans la préparation de l'accueil des évacuées. Plus le motif était précis mieux c'est l'organisation de l'accueil. Les motifs d'évacuations les plus fréquemment rencontrés étaient la Dystocie soit 19,3% suivi des hémorragies soit 15,5% et l'hypertension artérielle soit 13,3%. Ces mêmes motifs étaient retrouvés dans d'autres études comme celle de Keita **A** [14] qui rapporte 35,5% de dystocies mécaniques et 6,6% hémorragies et Kane **M M** [24] au CSRef CVI qui trouve la dilatation stationnaire 15% et suivi des hémorragies 10,95%. D'autres motifs étaient évoqués à des proportions non significatives.

Les multipares étaient majoritairement représentées avec 32,6%. Ceci s'explique par le fait que les agents des Cscm sont rigoureux sur le respect des facteurs de risque liés à la grossesse et à l'accouchement.

Ce constat est fait par d'autres auteurs. Ainsi Kane M [24] qui trouve 30,80% et Thiero [10] qui a rapporté successivement 30,6%.

Aspect clinique :

L'hypertension artérielle associée à la grossesse était de 9,63% dans notre étude qui est une complication mettant souvent en jeu le pronostic vital de la mère et de l'enfant.

L'anémie dont le signe physique majeur est la pâleur conjonctivale était présente chez 6,7% de nos patientes.

Cependant d'autres auteurs en l'occurrence Cissé B [22] rapporte un taux d'hypertension artérielle sur grossesse de 15,1% et d'anémie sur grossesse de 10,2%.

Les consultations prénatales permettent de prévenir certains risques au cours de la grossesse, mais également certaines complications au cours de l'accouchement.

Dans notre étude, 23% de nos patientes n'avaient effectuées aucune consultation prénatale. A ce sujet Cissé B [22] trouvé un taux de réalisation de CPN de 35,9%.

A l'admission, les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles dans 7,8% des cas.

Ce taux est contraire à celui de Macalou [11] qui a rapporté 10,37% et KANE M M. [24] qui a retrouvé 29,8% de non perception des bruits du cœur fœtal dans leurs études.

Dans notre série 47,4% des patientes avaient la poche des eaux rompue au moment de leur admission. Le liquide amniotique était clair dans 43,0% et méconial non fétide dans 11,9% des cas.

L'examen des patientes à l'admission a permis de retenir des diagnostics qui dans la majorité des cas étaient la dystocie avec 26,7% suivi des hémorragies du post partum avec 17,8%.

Dans la littérature des auteurs ont rapporté différents diagnostics. A ce sujet Kane M M. [24] qui trouve le travail d'accouchement à 19,48% et Macalou [11] qui rapporte la souffrance fœtale aigüe à 15,1%.

Il existe une relation statistiquement significativement entre le diagnostic retenu au CSREF et l'état de la mère et des nouveaux nés ($P < 0,001$).

Conduite à tenir :

L'attitude thérapeutique dépend du diagnostic à l'admission, de l'état général de la mère et du fœtus. Concernant la voie d'accouchement adoptée ; 70,94 % de nos patientes avaient accouché par voie basse. Ce taux élevé s'explique par une surveillance rigoureuse du travail à l'aide d'un partogramme.

Dans la littérature le même constat a été effectué par certains : Traore D B [25] au CSREF CVI qui trouve que 65,51% des patientes ont accouché par voie basse et Koné A N au CSREF CII [26] qui rapporte un taux de 75%.

Concernant l'accouchement par voie haute, dans notre série 29,06% des femmes évacuées avaient subi une césarienne. Notre taux se rapproche de celui de Traoré D. B [25] qui trouve 32,38% de césarienne au CSREF CVI chez les femmes évacuées et Koné A N [26] rapporte un taux de 24,18% de femmes césarisées au CSREF CII .

Les indications de césariennes ont été essentiellement :

- Les dystocies avec 40,6% ;
- L'asphyxie fœtale 24,6% ;
- Les cicatrices utérines 13%.

Dembélé B. S. [2] rapporte au Centre de Santé de Référence de la commune V 59,4% d'accouchements par voies basse, 39,8% de césariennes avec les mêmes indications. Ce taux élevé de césariennes effectuées en urgence dans notre étude s'explique par l'insuffisance dans la réalisation du suivi prénatal, l'absence d'identification de certains facteurs de mauvais pronostic de l'accouchement et

la mauvaise surveillance du travail d'accouchement par le partogramme au niveau des structures de premier contact.

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le traitement reçu et l'état de la mère ($P < 0,22$) et des nouveaux nés ($P < 0,06$).

4-PRONOSTIC MATERNOFOETAL

Dans notre étude 80,7 % des nouveau-nés avaient un bon Score d'Apgar et 1,5% étaient des mort-nés. D'autres auteurs comme Macalou [11] qui a rapporté 62.9% des nouveau-nés avec un bon Apgar et 31,4% de mort-nés et Kane M M [24] qui rapporte 89% et 9,4%. Cela s'explique par le bon fonctionnement du système de référence/évacuation.

La mortinatalité :

Le taux de mortinatalité dans notre série a été de 1,5%. Et les pathologies les plus pourvoyeuses de mort-né ont été l'hématome retro-placentaire et la procidence du cordon comme décrits dans la littérature. D'autres auteurs comme Macalou [11] qui a rapporté 31,4% de mortinaissance. Cela s'explique par le caractère hautement fœticide de ces pathologies et souvent le retard à l'évacuation.

Pronostic maternel :

Lors de notre étude nous avons recensé 0,7% (soit 1 cas de choc hémorragique) de complication dans les suites de couches et dans 85,2% les suites ont été simples. Ces résultats sont comparables à ceux de Keita A [14] qui a trouvé 15,3% de complications et 84,7% de suites simples. Cela peut s'expliquer par la rigueur dans la surveillance du post partum immédiat par le personnel.

Mortalité maternelle :

Malheureusement lors de notre étude nous avons enregistré 0,7% de décès maternel suite à un arrêt cardiovasculaire par choc hémorragique. Ce qui est comparable aux résultats de Sanogo Y [20] et de Keita A [14] qui ont rapportés respectivement 2,2% au CSRéf de Koutiala et 1,4% à l'hôpital de Sikasso. Cette

baisse du taux de décès maternel s'explique par l'effort que l'Etat et ses partenaires techniques et financiers ont déployé dans la réduction du décès maternel.

-La pertinence des évacuations

Les motifs d'évacuation étaient exacts dans 70,4 des cas. Ce taux se rapproche de celui de DEMBELE B. S [2] qui trouve 75,8%.

Les évacuations ont été pertinentes dans 84,4% cela s'explique par l'insuffisance du plateau technique et en matériel pour la prise en charge des complications du travail d'accouchement ne pouvait pas se faire par les structures de premier contact.

Dans notre étude les évacuations n'étaient pas adéquates dans 7,4% des cas. Une évacuation non adéquate pourrait aggraver le pronostic maternel, fœtal et néonatal.

Dans 9,6% les évacuations n'étaient pas opportunes, mettant en péril le pronostic maternel, fœtal et néonatal.

Arifari B N et coll. [33], lors d'une étude sur les évacuations vécues par les femmes en Afrique ont montré que les évacuations non pertinentes étaient le résultat de la pression psychologique exercée par certaines patientes et leurs accompagnants pour être référées au niveau supérieur ; et également, le résultat de la sanction des patientes « *récalcitrantes* » ou des accompagnants jugés « *envahissants* » par le personnel de la santé.

CONCLUSION

Conclusion :

Les références évacuation au centre de sante de référence de la commune III
Elles sont associées à un pronostic materno fœtal qui est relativement mauvais.
Une meilleure organisation des systèmes de référence en prenant compte le cadre
conceptuel révisé permet d'améliorer le pronostic materno fœtal des évacuations
et contre référence dans le centre de sante de référence de la commune III.

RECOMMANDATIONS

AUX AUTORITES SANITAIRES :

- Améliorer le système de référence/évacuation.

AUX PERSONNELS SANITAIRES :

- Évacuer précocement les cas compliqués ;
- Faire la rétro information sur les cas d'évacuations

AUX POPULATIONS:

- Fréquenter les centres de santé dès le début de la grossesse et pour l'accouchement ;

REFERENCES

1- R.X, PERRIN, G.D, KOMONGUI, T. DOGUE, K. GBEDEZE, S, A. GBAN

GBADE : Le système de référence/ contre référence de l'hôpital de mère de l'enfant Lagune (Homel) de Cotonou Congrès de Cotonou, édition 2004.

2-.Dembele B. S. Etude sur les évacuations sanitaires obstétricales du 1er janvier au 30 juin 2014 au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2014 :51-69

3-Manuel de référence soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en 2016, Mali

4-Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV) 2006 - Bamako, Mali.

5-Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013- Bamako, Mai 2014.

6- Maine D et Col. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. Ecole de santé publique. Université de Colombie. 1992 : 231: 23 – 33.

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

8- Berland M. Le choc en obstétrique. Enc Med chir Paris obstet 1980. 65082 A 10.

9- Traoré K. Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Niono. Thèse Med, Bamako, 2005, N°.318.

10- Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas. Thèse Med. Bamako, 1995, N° 17.

11- Macalou B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Thèse Méd. Bamako, 2002, , N° 142.

12-Savadogo S. Les urgences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point G. Thèse Med. Bamako, 2012, N°133.

- 13- Diarra O.** Les urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point « G ». Thèse Med, Bamako, 2000, N° 117.
- 14- Kéita A. (épouse SYLLA)** Les évacuations obstétricales à l'hôpital de Sikasso. Thèse Med, Bamako, 2010, N° 453.
- 15- Sangaré :** Organisation du système de référence au CSREF CV du District de Bamako : Thèse Med Bamako 2001, N° n°39.
- 16- Dembélé R, Diabaté L, Hachemi M, Sidibé DH, BA, SA, Shesoko E.** Evaluation du fonctionnement du système de référence/évacuation dans le cercle de BLA Avril 1996 à Décembre 1998.
- 17- Camara S (épouse Kaba).** Evacuations sanitaires d'urgence en Obstétrique: bilan de 2 années d'étude. Thèse Med. Bamako, 2000, N° 714
- 18- Guindo S.** Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la Contre référence au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso. Thèse Med Bamako, 2008, N° 262.
- 19-Kane M.** Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation et contre référence au CSRéf de la commune VI. Thèse Med. Bamako, 2009, N° 349
- 20-Sanogo Y.** Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au CSRéf de Koutiala. Thèse Med. Bamako, 2012, N° 62
- 21- Dekouo G :** Contribution à l'étude de la mortalité maternelle 1990. Thèse Med, Bamako 1990, N° 40.
- 22- Cisse B.** Evaluation du système de Reference/évacuation des urgences Obstétricales au Csréf de Markala. Thèse Med. Bamako, 2012.
- 23-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 Med, Dakar, 1996.

24-Kane M M. Les urgences obstétricales dans le Cadre de la référence/évacuation et Contre référence au Cs ref C VI. Thèse Med. Bamako, 2009. N° 349

25-Traoré D. B. : Problématique du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako. Thèse médecine 2010, N° 365.

26-Koné A N. Evacuations obstétricales au service de gynécologie obstétrique du CSREF de la commune II du DISTRICT de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2009

27- Prual A : Grossesse et accouchement en Afrique de l’Ouest vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999, 11 : 2

28-Coulibaly A B : La référence /évaluation gynéco – obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. 2004 N° :233

29-Katilé M. Evaluation du système de référence/évacuation dans la zone sanitaire de Sélingué du 1er juillet 2005 au 30 juillet 2006. Thèse de médecine, Bamako 2008 N° 110 :92

30-Salihou A. Evaluation du système de référence évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Niafounké de janvier 2007 à décembre 2008. Thèse de médecine, Bamako 2009, numéro 468 :68

31-Diarra B. Evaluation du système de référence/évacuation au Centre de Santé de référence de koulikoro de juillet 2005 à juin 2006. Thèse de médecine, Bamako 2007, numéro 153 :45

32-Diallo M. L. Evaluation du système de référence/évacuation du cercle de Barouéli de 2005 à 2010. Thèse de médecine, Bamako 2012, numéro 183 :89

33-Arifari N. B, Ouattara F, Gruenais M E, Vidal N L. La référence vécue par les femmes. Unité de recherche R002 “ Acteurs et systèmes de santé en Afrique ” :7-10

ANNEXES

Fiche d'enquête

Thème : Etude des évacuations obstétricales reçus au centre de santé de référence
de la commune C III

N° du dossier.....

Identification de la patiente Nom :..... Prénom :.....

Q-1 – âge en année

1 : (≤ 18 ans) ; 2 : (19 –29ans) 3 :(30 – 39ans) ; 4 (≥ 40 ans)

Q-2 – Ethnie.....

1 : Mianka; 2 : Bambara3 : Sénoufo ; 4 : Sarakolé ; 5 Malinké
6 : Dogon 7 : Peulh ; 8 : Bobo ; 9 : Songhraï;10 : Bozo 11 : Autres

Q- 3 Nationalité.....

1 : Malienne 2 : Autres Si autres précisé

Q-4 Résidence.....

1 :bamako coura 2 : extension (à préciser)

Q-5 Profession de la patiente

1 : Ménagère ; 2 : élève/étudiante

3 : Fonctionnaire; 4 : Aide ménagère

Q-6 Profession du conjoint

1 : cultivateur ; 2 : commerçant ;

3 : Fonctionnaire ; 4 : ouvrier ou autres

Q 7 Statut matrimonial

1 Marié ; 2 : célibataire; 3 : Divorcé ; 4 : Veuve

Q-8 Revenu par mois du foyer

1 : extrême 2 : moyen 3 : minimum

Q-9 Mode d'admission

1 : Evacuée ; 2 : Venue d'elle même;

3 : référence interne

Si évacuée ; motif :

1 Dystocie ; 2 : Hémorragie; 3 : Eclampsie ; 4 : SFA 5 : Hémorragie de la
délivrance; 6 : Douleur pelvienne; 7 : GEU 8 : Anémie sur grossesse
9 : CUD 10 : Autres

Si évacuée , temps mis a destination en heures : 1 : Demi- heure; 2 : (1-2) ;
3 : (3-4) ; 4 : >4

Si venue d'elle même ; motif :

1 : CUD, 2 : hémorragie; 3 : Douleur pelvienne; 4 : Crise convulsive ;
5 : Autres

Q-10- Système d'alerte

1 : Rac ; 2 :Téléphone ; 3 : Autres

Urgences gynécologiques et obstétricale

Q-11- Moyen ou condition d'évacuation.....

1 :Ambulance 2 : véhicule collective ou taxi 3 : véhicule personnel

Q12- support de référence

1: Partogramme, 2 : fiche d'évacuation , 3 : lettre

4 : sans documents

Q-13 Provenance.....

Q-14-: 1 : INPS, 2 : CSCOM, 3 : clinique, 4 : Autres

Q15- Agent de l'évacuation ou de la référence

1 : Médecin 2 : Sage-femme 3 : Infirmiers 4 : Matrone 5 : autres.

II- Données cliniques :

Q16- Antécédent médicaux

1: HTA, 2 : Anémie 3 : bilharziose; 4 : Diabète; 5 :Tuberculose;

6 : Autres

Q17 –Antécédents chirurgicaux

1 : Appendicectomie; 2 : péritonite; 3 : Césarienne; 4 : Myomectomie ;

5 : Curetage; 6 : Autres

Q-18 Antécédent gynéco-obstétricaux

1 : Fibrome utérin; 2 : Salpingectomie; 3 : kystectomie; 4 : Infection
générale; 5 : Avortement; 6 : Plastie tubaire; 7 : Malformation génitale

Q 19 Gestité

1 : Primigeste; 2 : Paucigeste ; 3 : Multigeste ; 4 : Grande multigeste

Q 19 Parité :

1 : nullipare ; 2 : Primipare; 3 : Paucipare ; 4 : Multipare ; 5 : Grande
multipare

Q-20 Nombre d'enfant vivants

1 : (≤ 1) 2 : (2-3) 3 : (4-5) 4 : (≥ 6)

Q-21 Nature de la grossesse actuelle :

1 : pathologique ; 2 : non pathologique

Urgences gynécologiques et obstétricales

Q-22 age gestationnel

1 : premier trimestre ; 2 : deuxième trimestre ; 3 : troisième trimestre

Q-23 Nombre de CPN : 1 : (0) 2 : (1-4) 3 : (≥ 5)

III EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

3-1 Signes généraux

Q 24 Etat général : 1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré

Q 25 Coloration des conjonctives : 1 : colorées; 2 : pâles

Q-26 Fièvre : 1 : (37,5-38,5) 2 : (≥ 39) 3 : Pas de fièvre

Q-27 Pelvialgie 1 : Modérée 2 : Intense 3 : très intense

Q-28 Hypotension artérielle 1 : Oui 2 : Non

Q-29 HTA 1 : Modérée 2 : sévère 3 : Pas d'HAT

Q-30 Pouls : 1 : 100 bts / mn, 2 : (100 - 120) 3 : Filant 4 : imprenable

Q-31 Toucher Vaginal

1 : Dilatation incomplète 2 : Dilatation complète 3 : Col ferme

Q-32 -Examen au spéculum ; Col sain : 1 Oui 2 : Non

Q-33 Métrorragie

1 : Minime 2 : Moyenne 3 : Abondante 4 : Très abondante 5 : Non

3-2 SIGNES CARDIO –VASCULAIRES

Q-34 Tachycardie 1 : oui 2 : Non

Q-35 Etat de choc 1 : oui 2 : Non

3.3- signes neurologiques

Q-36 Agitation 1 : oui 2 : Non

Q-37 Obnubilation 1 : oui 2 : Non

Q-38 Coma 1 : oui 2 : Non

3.4 - Etat de la femme en travail :

Q-39- Durée du travail en heures :

1 : (≤ 12) 2 : (13 –18) 3 : (19 –24) 4 : (25 –48) 5 : >48

6 :inconnue

Urgences gynécologiques et obstétricales

Q-40 –Phase du travail d'accouchement

1 : phase de latence 2 : phase active 3 : phase expulsive

Q-41 Niveau de la présentation : 1 : engagée 2 : non engagée

3-5 Etat de l'enfant pendant le travail

Q -42 présentations

1 : Céphalique 2 : Transverse ou épaule 3 : Siège front

4 : Face

Q-43 BDCF :

1 : présent < 120 2 : 120-160 3 : > 160 4 : absent

Q-44 – Etat des membranes :

1 : intactes 2 : Rompues dans le service; 3 : rompues hors de service (préciser délais)

Q-45 –Aspect du liquide

1 : clair; 2 fluide; 3 : méconial, épais; 4 : Hématique

Q-46 Nombre de foetus :

1 : Mono foetal 2 : Gémellaire 3 : ≥ 3

IV Examens complémentaires :

Q 47 Tx d'Hémoglobine en urgence

1 : normale 2 : bas 3 : effondré 4 : non fait

Q-48 Groupage- rhésus en urgence 1 : oui 2 : non

Q-49 Echographie : préciser résultat (anomalie) : -----

Q-50 test d'UCG en urgence : 1: positif 2 : négatif

V- Diagnostic

Q-51- Diagnostic retenu

1 : SFA 2 : rupture utérine 3 : PPH 4 : HRP

5 : hémorragie de la délivrance 6 : lésion des parties molles

7 : présentation dystocique 8 : DFP 9 : dystocie

Urgences gynécologiques et obstétricales

10 : éclampsie

11 : procidence du cordon 12 : GEU 13 : torsion de kyste

14 : Avortement 15 : préciser

VI Modes thérapeutiques

Q-52 - hémorragie de la délivrance

1 : Révision utérine 2 : examens sous valve 3 : transfusion sanguine

4 : perfusion de macromolécules 5 : administration d'utérotoniques

Q-53- Lésion des parties molles :

1 : suture sous anesthésie 2 : perfusion de soluté 3 : transfusion sanguine

4 : suture sans anesthésie

Q-54- éclampsie

1 : administration d'anti-convulsivant 2 : administration d'anti-hypertension

3 : césarienne 4 : réanimation

Q-55- PPH ou HRP

1 : amniotomie 2 : perfusion d'ocytocine 3 : césarienne

Q-56- SFA

1 : forceps 2 : Césarienne ; si oui type d'anesthésie -----

perfusion de soluté -----

transfusion sanguine-----

Q-59-Avortement : 1 :Expulsion spontanée 2 : Curage /curetage

3 : administration d'ocytocique

VII- Evolution et pronostic :

Q- 60- pour l'enfant ; 1 : vivant 2 : Mort-né 3 : décès néonatal

Si vivant , APGAR à la naissance : 1 : (1-4) 2 : (5-7) 3 : (≥ 8)

Q-61- réanimé : 1 : suites bonnes 2 : décès néonatal

Si mort né cause :

1 : SFA 2 : RU 3 : PPH 4 : HRP 5 : éclampsie

6 : procidence 7 : présentation dystocique

Q 62- Etat physique de l'enfant 1 : normal 2 : Mal formé

Q- 63 : Pour la mère :

1 : vivante 2 : Suites simples 3 : suites compliquées

Q-64 Nature des suites de couche :

1 : Endométrite 2 : Anémie 3 : Septicémie 4 : Thrombophlébite

5 : Suppuration + lâchage 6 : péritonite 7 : pelvipéritonite

Q-65– Mère décédée, cause :

1 : hémorragie 2 : Anémie 3 : Arrêt cardiaque 4 : HTA et

complication

5 : septicémie

Q-66- Voie d'accouchement des mères décédées :

1 : voie basse 2 : voie haute 3 : Avant accouchement

Q-67- Durée de l'hospitalisation en jour

1 : 1 2 : (2-7) 3 : (8-14) 4 : > 15

Q-68-Besoin de transfusion 1 : oui 2 : non

Q-69 Besoin satisfait 1 : oui 2 : non

Q-70- Si oui besoins satisfait en quantité par ml de sang :

1 : 500 2 : 1000-1500 3 : ≥ 2000

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KOUYATE **Prénom :** Hamadoun

Titre de la thèse : « EVACUATIONS OBSTETRIQUES REÇUES AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE III DU
DISTRICT DE BAMAKO ».

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS : BP1805-Bamako(MALI)

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

RESUME :

Les évacuations sanitaires d'urgence obstétricale est un problème ; cause de la mortalité maternel.

Notre objectif était d'étudier les évacuations obstétricales reçues au CSRef de la commune III du district de Bamako

Cette étude a été réalisée au CSREF CIII de Bamako, allant du 01janier 2015 au 31 décembre 2015, c'est une étude descriptive transversale avec recueil rétrospective des données. IL s'agit de toutes les patientes évacuées dans le service pour une cause obstétricale et provenant d'un centre de santé de la commune III.

Durant la période d'étude (12 mois) 956 admissions ont été effectués à la maternité du CSRéf C III dont 135 évacuées soit une fréquence de 14,12%.

L'âge moyen de notre population d'étude était de **19,7 ans**. Les âges extrêmes étaient de 16 et 45 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 19 à 29 ans soit 55,6 %. Sur l'ensemble des évacuations 102 cas étaient effectuées par ambulance soit 75,6% ; 27 cas par Taxi soit 20% et 6 cas par véhicule personnel soit 4,4%.

Les évacuées par ambulance étaient assistées d'un agent de santé durant le parcours. Le délai d'évacuation était d'une demi-heure (30 min) dans la majorité

des cas (43,7%). Le score d'Apgar des nouveau-nés était supérieur à 7 pour 80,7% des nouveau-nés et 1,5 % étaient des mort-nés. Et un décès maternel soit 0,7% pendant l'étude.

Mots-clés : Evacuation, Urgences, Obstétrique, morbidité, mortalité, patientes, pronostic materno-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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus
de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 les considérations de religion, de nation, de race, de parti
ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes confrères si j'y manque !

Je le jure.