

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Ministère de l'Éducation Nationale

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2005/2006

Thèse N°...../2006

TITRE :

<p>LES REFERENCES OBSTETRICALES A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT « G » DE 1985 A 2003</p>

Thèse présentée et soutenue publiquement le...../2006

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

par Mlle EYOKO HEBA ANNE SANDRINE

pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

JURY :

Président :

Pr SY Aïda SOW

Membre :

Dr Binta KEITA

Co-directeur de thèse :

Dr Ibrahima TEGUETE

Pr Amadou Ingré DOLO

Directeur de thèse :

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Generale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthesie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopedie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie

MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthesie-Reanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Generale

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie-Chef de D.E.R.
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FOUNKORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Eliman MARIKO	Pharmacologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé-Publique-Chef de D.E.R

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Oumar THIERO Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISS Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop Biochimie

DEDICACES

A JESUS-CHRIST

Je rends grâce pour ce travail qui est l'expression de ton soutien, de ton amour et de toute ta grâce.

A mon père : feu EYOKO HENRI

Parti trop tôt vers le Père, tu me manques énormément. Les mots sont insuffisants pour parler de tout ce que tu as fait pour j'aille loin dans mes études. Dommage que tu ne sois pas là pour voir réaliser ton rêve.

A ma mère: EYOKO NDONGO CHARLOTTE

Tu es une maman formidable. Tu as toujours su guider mes pas dans la vie. J'admire ton courage et ta persévérance dans le travail. Merci pour tous les conseils prodigués, les encouragements que tu n'as cessés de me transmettre. C'est l'occasion pour moi de te dire que je t'aime très fort.

A mon petit frère: Bong Eyoko Jean Pierre Armel

Tu es mon petit frère chéri et je serai toujours là pour toi autant que cela est possible.

A mon frère aîné : Mitende Eyoko Joseph

Merci pour tout l'amour que tu me portes.

A ma sœur : Madame Tchuaté Berthe

J'ai beaucoup appris à tes côtés. Je dirais que tu es un modèle pour moi dans la vie, car c'est grâce à toi que j'ai rencontré le Seigneur. Je t'aime toi et toute ta famille.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

A Inigoé Mbongué Larissa :

Plus qu'une cousine, tu es une sœur pour moi. Tu m'as donné ton affection durant tous les moments passés ensemble. Merci pour tout le soutien que tu es pour moi. Que le Seigneur te bénisse.

REMERCIEMENTS

A tout le peuple malien, pour son hospitalité

A la famille Coulibaly au Point « G »

A la famille Sissoko en France : merci pour l'accueil à mon arrivée au Mali et pour toute la disponibilité dont vous avez fait preuve lorsque j'avais besoin de vous.

Au Professeur Gaoussou Kanouté

A mes oncles et tantes, particulièrement mon oncle Tjope Roudolphe et ma tante Iniyako Téclaire Bienvenue

A mes cousins et cousines

A mon neveu Tchuaté Dave et ma nièce Tchuaté Blessing

A monsieur et madame Chokoté Nicaise et Jeanne Marthe : merci pour tous les enseignements reçus lors des séminaires du groupe biblique. Ces enseignements, je les garde jusqu'à ce jour et ils guident mes pas.

A Serge Armand Mbiaffié qui m'a accueilli ici à Bamako. Merci pour tous tes conseils et pour toute ton affection.

A Josiane Sandrine Ngagom : tu m'as beaucoup appris en ce qui concerne la vie en général. Je bénis le Seigneur qui m'a permis de te côtoyer et qui a aussi permis que cette relation se brise.

Au Pasteur Emmanuel Olewa Kanda et son épouse Julie : merci pour votre accueil durant mes congés à Dakar. Même étant à Bamako vous n'avez cessé de me soutenir.

A Chantal Koagne : nous avons eu des moments riches ensemble qui m'ont beaucoup édifié. Merci pour tes prières.

A Issouf Ag Amini : Je t'ai souvent abordé durant les périodes troubles de ma vie et tu as toujours été là pour m'écouter.

A toute l'église MEIE-Béthanie à Faladiè sema.

Au Pasteur Marc Coulibaly : merci de m'avoir accueilli dans votre communauté et aussi merci pour tous les conseils prodigués dès ma première année à Bamako.

A ma chérie Dr Sefako Abah-Dakou : tous les moments passés ensemble ont été si riches et même à distance tu es une grande bénédiction pour moi.

Au Dr Cheick Oumar Sow : tu m'as appris beaucoup dans l'exercice de la médecine. Ton courage et ta persévérance dans le travail m'ont beaucoup marqué.

Au Dr Blanche Belek et son mari Samuel Pipah : merci pour votre hospitalité à Bamako.

A madame Mougué Louisa Daniela Shu'wa Feyou : merci pour ton amitié. Tu m'as beaucoup soutenu pendant la période du deuil de mon père. C'est l'occasion encore pour moi de te dire merci.

Au Dr Arbaha Salifou Ouangueye : Tu as toujours été là pour aider à retrouver le sourire même dans les situations difficiles. Ton sens de l'humour égaye beaucoup. C'est une qualité en toi que je t'encourage à conserver.

Au Dr Seydou Dao : tu m'as beaucoup encouragé dans les moments difficiles de la rédaction de ce travail. C'est l'occasion pour moi de te dire toute ma reconnaissance.

Aux Drs Saoudatou Tall, Diarra Issa, Egah Kelly, Sadio Sissoko, Laya Dolo, Muriel Kom, Aliou Ballo : merci pour l'encadrement dont j'ai bénéficié à vos côtés.

A toute la promotion ASPRO de l'AEESCM

Aux Drs Bernadette Baleng Maah et Nathalie Maah : vous avez été très accueillantes dès les premiers contacts. Merci pour votre hospitalité.

Au Dr Ongnessek Nengom Sandrine: tous les moments passés ensemble m'ont beaucoup aidé à supporter les moments difficiles ici à Bamako. Je t'ai trouvé très accueillante et chaleureuse.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

A Dr Ngounou Moyo Dany Flora: merci pour tout le soutien

Au Dr Fotsing Stéphane: Merci pour toute la gentillesse dont tu as fait preuve à mon égard et aussi pour ta disponibilité.

A mes jeunes frères et sœurs : Ekoumelon Anita, Tonsi Christelle, Mentz Frédérik Nelson, Tagne Ledje Steve, Nancy Isabelle Yong

A François Lebigaza et Rodrigue Mornandji : vous avez été là dès mon arrivée à Bamako. Vous m'avez approché et malgré mon silence pesant vous ne m'avez pas rejeté. Merci beaucoup.

A Raymond Didier Belek, Manfred Avebe, Rachèle Edimo, dr Paul Lionel Avebe: tous les moments passés ensemble ont été riches d'enseignements pour moi. Vous représentez beaucoup pour moi car c'est à vos côtés que j'ai passé les premières années de ma vie à Bamako.

A tous les internes du service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : Liliane Tinfa, Fatoumata D Diallo, Ouleymatou Siby, Mohamed Djiré, Abdoulaye Sangaré, Aïssata Dolo, Mariam Traoré, Yacouba Sylla, Kankou M Diallo, Abdoulaye Sissoko, Samuel Gandebe, Siaka Diarra, Youssouf K Koné, Keka L Diarra, Djénéba Koïta, Kola Sow.

Aux docteurs Amadou Bocoum, Nouhoum Camara, Yacouba Koné, Yssouf Koné

A Fatoumata D Diallo : J'ai apprécié ton courage dans le travail ainsi que ta persévérance. Tu as le désir de recevoir une formation de qualité. Quelques soient les défis à relever, je te dis 'courage'.

A tout le personnel de la cardiologie B de l'hôpital du point « G » : merci pour la formation que j'ai reçue auprès de vous.

A toutes les sages-femmes de l'hôpital Gabriel Touré

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Aux gynécologues obstétriciens : Wane Assitan N'Diaye, Daou Amalle Keita, Samake Abdrahamane, Soumare Modibo, Diakité Salif, Mounkoro Niani, Haidara Oumar Chérif

Aux CES de chirurgie : Diallo, Diallo Siaka, Traoré Alhassane, Sankare

MENTION SPECIALE

DOCTEUR TRAORE YOUSOUF

Vous avez forcé notre admiration par l'amour pour le travail bien fait et votre souci pour l'encadrement des étudiants. Vos critiques et remarques ont grandement participé à notre formation. Nous ne vous dirons jamais assez merci pour toute la formation dont nous avons bénéficié à vos côtés.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

Madame SY AIDA SOW

Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef de l'Unité Gynécologique du Centre de Santé de Référence de la Commune II

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Dès la classe de 4^{ème} année de médecine, nous avons été frappé par votre qualité de pédagogue. Proche des étudiants, vous avez volontiers apporté votre contribution dans l'amélioration de ce travail. Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Binta Keita

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Ancien médecin chef du Centre de Santé de référence de la Commune I

Directrice de la Division Santé de la Reproduction du Mali

Cher Maître, nous sommes honoré de vous avoir comme juge de ce travail, malgré vos multiples occupations. Vous avez mis à notre disposition les documents pouvant contribuer à l'amélioration de ce travail.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde considération

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR

Docteur Téguté Ibrahima

Gynécologue Obstétricien

Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

Cher Maître, nous avons appris à vos côtés, l'amour du travail bien fait, la rigueur scientifique et la persévérance dans le travail. Votre culture scientifique et l'abord facile font de vous un maître apprécié.

Soyez rassurez cher maître, que votre enseignement nous servira de modèle dans la carrière que nous allons embrasser.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur Amadou Ingré Dolo

Professeur Titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef du service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré

Président fondateur de la SOMAGO

Secrétaire général de la SAGO

Président du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle

Honorable maître, l'opportunité nous est donnée ce jour de dire que nous sommes sans cesse à l'écoute de tous les conseils que vous adressez à la jeune génération à laquelle nous appartenons lors des staffs ordinaires du service.

Que la longévité vous soit accordée afin que cette jeune génération puisse longtemps bénéficier votre expertise.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre plus profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé**
EDS : Enquête Démographique et de Santé
CSCoM : Centre de Santé Communautaire
CSA : Centre de Santé d'Arrondissement
CSAR : Centre de Santé d'Arrondissement revitalisé
ASACO : Association de Santé Communautaire
RAC : Radio Communication
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie
CDC : Center for Diseases Control
ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists
SAGO: Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
HCG : Human Chorionic Gonadotrophine
UNICEF : Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
GEU : Grossesse extra-utérine
INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique
HRP : Hématome rétro-placentaire
Km : Kilomètre
BGR : Bassin généralement rétréci
BL : Bassin limite
IMC : Indice de masse corporelle
HTA : Hypertension artérielle
H : heure
MAP : Menace d'accouchement prématuré
PP : Placenta praevia

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

NP : Non précisé

Kkro : Koulikoro

Sksso : Sikasso

Tbtou : Tombouctou

Bko : Bamako

CPN : Consultation prénatale

% : Pour cent

BCF : Bruit du cœur fœtal

≤ : Inférieur ou égale

> : Supérieur

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SIS : Système d'information sanitaire

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	2
I-GENERALITES.....	5
II- METHODOLOGIE.....	37
III- RESULTATS.....	47
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	82
V- CONCLUSION.....	94
VI- RECOMMANDATIONS.....	95
VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	96

ANNEXES

INTRODUCTION

La mortalité maternelle et néonatale posent un grave problème de santé publique dans le monde et dans les pays en voie de développement en particulier. En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la mortalité maternelle dans le monde est estimée à 529000 décès par an et 99% de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement [1; 35]. Selon les mêmes sources, seulement 53% des accouchements dans lesdits pays sont pratiqués dans un établissement de santé. Or, l'accès de l'enfant et de la mère aux services de santé de base est un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations [2].

Dans un tel contexte de difficultés d'accès aux services, d'origine multifactorielle, les urgences occupent une part importante de l'activité. Et comme le plateau technique ne répond pas toujours aux besoins, la référence en urgence lorsqu'elle est possible est la règle. Selon Alihonou E et coll, les évacuations sanitaires obstétricales représentent 10-33% des activités des services de gynécologie et d'obstétrique de référence des pays en développement [3].

Ces pays ont longtemps mis l'accent sur la consultation prénatale et le dépistage des facteurs de risque dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle [4; 45], tandis que selon plusieurs sources concordantes, la plupart des complications pouvant survenir au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum immédiat ne peuvent pas être prédites, ni prévenues, mais elles peuvent être traitées avec succès. C'est pourquoi l'accent doit être mis sur l'amélioration et l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence pour les femmes qui développent des complications [5].

Selon le groupe de travail sur « l'initiative pour une maternité sans risque » ces complications concernent 15% des femmes enceintes qui devraient accoucher dans

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

des établissements obstétricaux de niveau de référence pour des raisons maternelles ou périnatales [6; 35].

Au Mali, la mortalité maternelle et infantile constituent un problème majeur de santé comme dans la plupart des pays pauvres [7]. Les statistiques sont des plus alarmantes. En effet la première enquête démographique et de santé (EDSI) [12] en 1987 avait estimé le taux de mortalité maternelle à 700 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile à 156 pour 1000. Devant cette situation d'urgence sanitaire, il a été mis en place une nouvelle politique sectorielle de santé en 1990 qui paradoxalement a précédé la politique de population élaborée en 1991. Dans l'une et l'autre, il existe une volonté politique et un engagement ferme d'améliorer la santé des populations en général et celles de la mère et de l'enfant en particulier. Cette volonté politique s'est traduite par la mise en place d'un programme national de périnatalité en 1994 en partenariat avec le fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). D'autres stratégies et/ou approches ont été mises en œuvre : l'approche des Besoins obstétricaux non couverts, l'analyse de la situation de la prise en charge des urgences obstétricales pour la mise en œuvre d'un programme de soins obstétricaux d'urgence (SOU) 2004-2008 , l'engagement de la première Dame, la vision 2010. Le système de référence/évacuation avec la périnatalité comme porte d'entrée dans les cercles est la première stratégie préconisée pour réaliser l'objectif de réduction de 30% de la mortalité liée aux dystocies en 2002 [7]. Les premières zones tests pour le Mali ont démarré l'organisation de la référence en 1995 (Djénné et Bla). Il y a eu une tendance à l'amélioration, matérialisée par une diminution du ratio de mortalité maternelle qui a été estimé par l'EDS II à 577 pour 100 000 naissances vivantes [8]. Selon la même source, le risque de décès pour cause maternelle est de 1/24. Entre 15-19 ans, plus d'un tiers des décès sont dus à des causes maternelles ; entre 20-29 ans, ce rapport est de 2/5.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Cette tendance a été vite remplacée par un sentiment de doute car l'EDS III a retrouvé une stagnation voire une légère ré ascension du ratio de mortalité maternelle estimé à 582 pour 100 000 naissances vivantes [36].

La situation même du niveau opérationnel permet de comprendre cela : en effet, après le grand engouement pour l'organisation du système de référence/évacuation des années 1996-1997-1998, des difficultés diverses ont pris le dessus sur les premières belles expériences acquises (notamment Kolondièba) ou ont freiné l'extension de couverture dans le cadre de l'organisation de la référence.

Il faut toutefois préciser qu'à Bamako, le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 327 pour 100 000 naissances vivantes en 1996 [9] et a régressé à 275 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 [10].

La maternité de l'hôpital du Point « G », du fait de l'insuffisance du plateau technique en périphérie et de l'insuffisance de l'organisation de la référence recevait des parturientes en provenance de la plus part des régions du Mali à la fin des années 80 et au début des années 90 [73]. L'organisation de la référence a contribué à changer le profil des patientes admises dans cette maternité. C'est dans le but de faire le point sur les références/évacuations dans cette maternité et d'apprécier leur évolution dans le temps que cette étude a été initiée avec comme objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des références / évacuations
- Préciser le profil sociodémographiques des patientes évacuées / référées
- Etablir le pronostic de ces modes d'admission
- Formuler des recommandations

I-GENERALITES

1-DEFINITIONS

1-1-La référence sanitaire

Le terme « référence » est utilisé dans divers contextes: il peut être employé pour désigner l'avis du personnel de santé donné à un patient, pour se faire soigner à un échelon supérieur, que ce conseil soit suivi ou pas. Il peut aussi désigner tout mouvement vers un niveau supérieur de la pyramide sanitaire d'individus en quête de soins. La référence peut se faire de plusieurs façons, en considérant la voie, le moment ou l'urgence [4]. Selon les mêmes auteurs, il faut distinguer les références pendant la grossesse et l'accouchement, les autoréférences selon l'implication ou non des services de première ligne, les références prénatales, pendant l'accouchement ou pendant la période postnatale; les références électives et les références d'urgence [4].

Selon les recommandations du congrès de la SAGO à Dakar en 1998, la référence en obstétrique concerne une parturiente pendant sa grossesse, avant le début du travail pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse [41].

La référence au Mali est le transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire, ou d'un centre à un autre sans la notion d'urgence [41].

1-2-Evacuation sanitaire

Selon le dictionnaire « Larousse », évacuer quelqu'un c'est le faire sortir, l'ôter d'un lieu, d'un pays. Alihonou [3] définit les évacuations sanitaires obstétricales comme étant le transfert d'un centre vers un autre plus équipé, d'une

patiente présentant une pathologie au cours de la gravidité ; nécessitant une thérapeutique urgente. Selon le Congrès de la SAGO à Dakar en 1998 l'évacuation concerne une parturiente en travail référée en urgence ou non, mais pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente [41].

Au Mali, l'évacuation est le transfert d'une structure à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent [41].

2-Le système de santé au Mali

Le Mali est un pays sahélien pauvre situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Sa superficie est de 1.241.248 Km² [12]. Selon le troisième recensement de la population et de l'habitat, le Mali comptait en 1998, 9 810 912 habitants [12]. Il compte outre le district de Bamako, huit régions administratives divisées en 59 cercles et 703 communes.

A la fin des années 80, les services de santé étaient peu accessibles, avec de fortes disparités régionales. A peine 30 % de la population habitait à moins de 15 Km d'un centre de santé. La qualité des prestations assurées par les services de santé était peu satisfaisante en raison du manque chronique de médicaments et d'équipements, de la formation ou de la qualification inadéquates du personnel de santé, de la mauvaise répartition régionale et de la démotivation. La gamme des activités offertes était insuffisante et se réduisait à peu de choses en dehors des activités encadrées par un programme vertical ou un projet [7].

Après l'Initiative de Bamako en 1987 et le 37ème comité régional de l'OMS, une nouvelle politique nationale de santé a été définie. Cette volonté politique du gouvernement s'est matérialisée par la mise en place, avec la participation des partenaires au développement, du « Projet Santé Population et Hydraulique Rurale ». Ce projet a donné l'impulsion pour la mise en œuvre de la

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

nouvelle politique sectorielle de santé [11] à savoir : l'extension de la couverture sanitaire, l'amélioration de la qualité des services et l'assurance de leur viabilité. Une place prioritaire a été accordée à la santé maternelle et infantile dans les déclarations de la politique sectorielle de santé de 1990 et de politique de la population de 1991.

L'offre des soins au Mali comprend :

- des structures de premier niveau (principalement privées à but non lucratif, les centres de santé communautaires (CSCoM), les centres confessionnels et associatifs, des cabinets privés à but lucratif),
- des structures de second niveau avec les centres de santé de référence
- des structures de troisième niveau comprenant les hôpitaux (régionaux et nationaux) et les cliniques privées [2].

Le pays est divisé en régions sanitaires et chacune de ces régions est divisée en cercles qui correspondent au district sanitaire tel que défini par l'OMS. Le cercle (district sanitaire au Mali), représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion. Il est chargé d'élaborer une carte sanitaire pour la mise en œuvre de la politique de santé [7].

La carte sanitaire consiste en un découpage du cercle en aires de santé. Une aire de santé regroupe des villages couverts par un même centre de santé de premier échelon appelé centre de santé communautaire (CSCoM) qui offre un paquet minimum d'activités. Il faut signaler que le premier CSCoM géré par la communauté à travers une association de santé communautaire (ASACO) a été inauguré en 1989 à dans un quartier de Bamako nommé Banconi. Avant cette date les structures de premier niveau étaient représentées par des centres de santé d'arrondissement (CSA) qui ont été par la suite revitalisés (CSAR). Cesdits centres

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

ont persisté même après l'avènement des CSCom, puis ils ont été progressivement transformés en CSCom. En 2003 le Mali comptait plus de 753 CSCom [2].

Le découpage du cercle en aires de santé se fait sur la base de critères techniques tels que l'accessibilité géographique, l'importance de la population à desservir (5000-15000 habitants), les relations entre les villages et la capacité organisationnelle de la communauté. Le CSCom dessert en zone rurale plusieurs localités qui se trouvent dans un rayon souhaité de 15 Km [2; 7].

La carte sanitaire qui est d'abord théorique (découpage fait par l'administration sanitaire) est négociée avec les communautés concernées pour aboutir à sa forme définitive du cercle.

Au niveau de chaque cercle, le système de santé est organisé en deux échelons de soins ; le premier est constitué par les CSCom gérés par les ASACO et le deuxième niveau est représenté par le Centre de santé de référence (Hôpital de district) qui a les fonctions et un plateau technique d'un hôpital de première référence [7]. Conceptuellement, le centre de santé de référence est le complément du réseau des CSCom, il ne se justifie que dans la mesure où il prend en charge les cas qui, pour une raison ou pour une autre, ne trouvent pas satisfaction au premier échelon [41].

A Bamako, les communes sont considérées comme des cercles. Pour assurer la continuité des soins de qualité, chaque centre de santé de premier niveau est en relation avec le centre de santé de référence auquel il est rattaché et vers lequel il réfèrera les cas qui dépassent sa compétence. A cette fin, chaque CSCom devrait être équipé d'un réseau autonome de radio communication (RAC) pour avertir en cas d'évacuation, le centre de santé de référence qui doit envoyer son ambulance. Les centres privés (confessionnels ou non) de premier niveau sont en dehors de ce schéma, bien qu'il y ait quelques exceptions (cabinet médical privé de Markacoungo, district sanitaire de Fana).

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

A tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les fonctions de chaque structure sont bien définies.

Le tableau I ci-dessous présente les fonctions par niveau

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

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

2-1 Etapes de la mise en œuvre du système de référence/évacuation [41]

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

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

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

-Définition du chronogramme de mise en œuvre.

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

-Définition des indicateurs de suivi d'évaluation

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

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

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

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

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

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

h. Suivi Supervision

i. Monitoring semestriel

j. Evaluation annuelle

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

2-2-Conditions de réussite [41]

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

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

2-3- **Rôle des hôpitaux nationaux dans les références**

Les hôpitaux nationaux sont rattachés au Secrétariat Général du Ministère de la Santé qui est lui-même sous la dépendance du Cabinet dudit Ministère. Les autres structures sanitaires à savoir: les hôpitaux régionaux, les centres de Santé de référence et les structures sanitaires de premier niveau sont rattachées à la Direction

Nationale de la Santé. Les hôpitaux régionaux adressent aux hôpitaux nationaux les cas qu'ils ne peuvent pas prendre en charge. Le Mali compte quatre hôpitaux nationaux qui sont l'hôpital du Point « G », l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital de Kati et le Centre National d'Odonto-Stomatologie. Ils constituent avec l'Institut National de Recherche en Santé publique (INRSP), la Pharmacie Populaire du Mali, le Laboratoire National de la Santé et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), les établissements publics administratifs.

3-Physiologie de l'accouchement [32,68]

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après 28 SA. Un accouchement avant 37 SA est dit prématuré [32]. Il est dit spontané s'il se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures. Par contre, il est dit provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique. L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon, il est dirigé. L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal. Dans le cas contraire, il est dystocique [68].

On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver le déroulement normal de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes [68].

Pour passer de l'excavation pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit adapter au mieux sa forme et ses dimensions à celles du canal pelvi-génital : c'est l'accommodation. L'accommodation se fait grâce à deux phénomènes qui sont l'orientation (la tête fœtale fait coïncider son plus grand diamètre avec celui du plan

à franchir) et l'amointrissement (obtenu par la modification d'attitude de la présentation) [68].

L'accouchement comporte deux phénomènes:

1- Phénomène dynamique

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

Les contractions utérines ont pour conséquences [68]:

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

2-Phénomène mécanique

La mécanique de l'accouchement met en confrontation deux éléments dont la connaissance anatomique est indispensable pour tout accoucheur: le bassin obstétrical et le mobile fœtal. Le bassin obstétrical comprend: le détroit supérieur, l'excavation et le détroit inférieur. Le dernier est sans importance car rarement cause de dystocie insurmontable. Par contre, le détroit supérieur est l'élément clé: c'est un anneau osseux qui sépare le grand bassin en haut du petit bassin en bas. Il est limité en arrière par le promontoire, latéralement par le bord antérieur de l'aileron sacré et les lignes innominées, en avant par le bord supérieur du pubis.

La figure 1 présente le détroit supérieur chez une femme en position debout.

Figure 1 : Déroit supérieur chez une femme en position debout

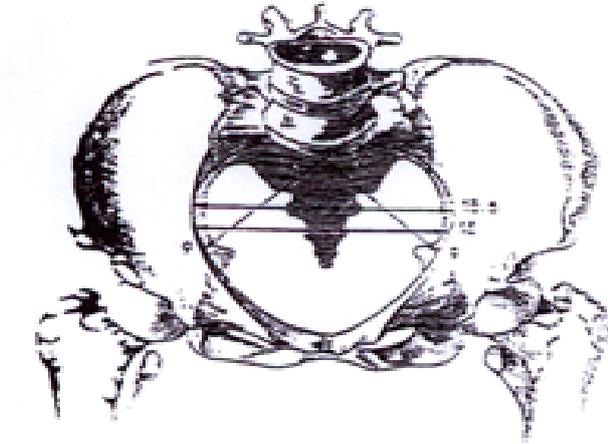
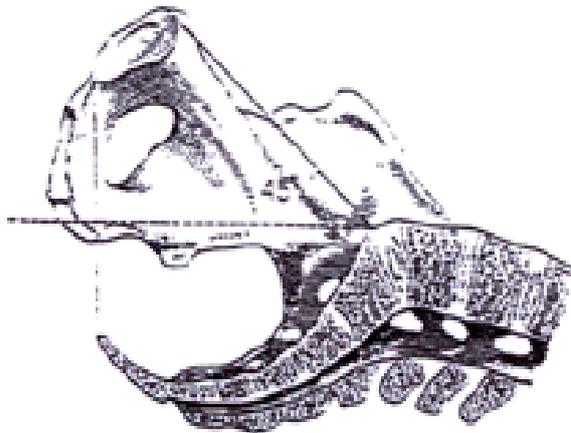
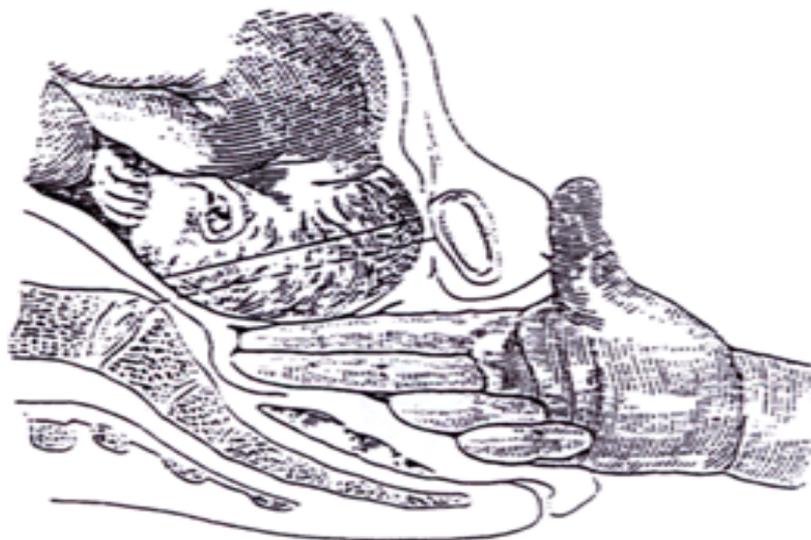


Figure 2 : Plan du déroit supérieur chez la femme couchée



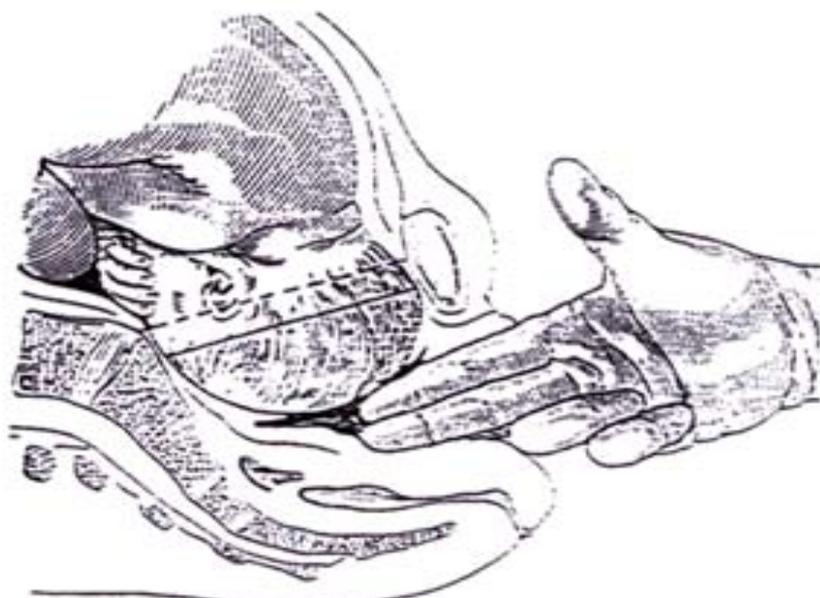
C'est au niveau du déroit supérieur que se fait l'engagement de la présentation. La présentation est dite engagée lorsqu'au toucher vaginal, les deux doigts de l'examineur dirigés contre la deuxième vertèbre sacrée rencontrent la présentation. La figure 2 un toucher vaginal avec présentation non engagée.

Figure 3 : Toucher vaginal : Présentation non engagée



La figure 4 montre un toucher vaginal avec présentation engagée

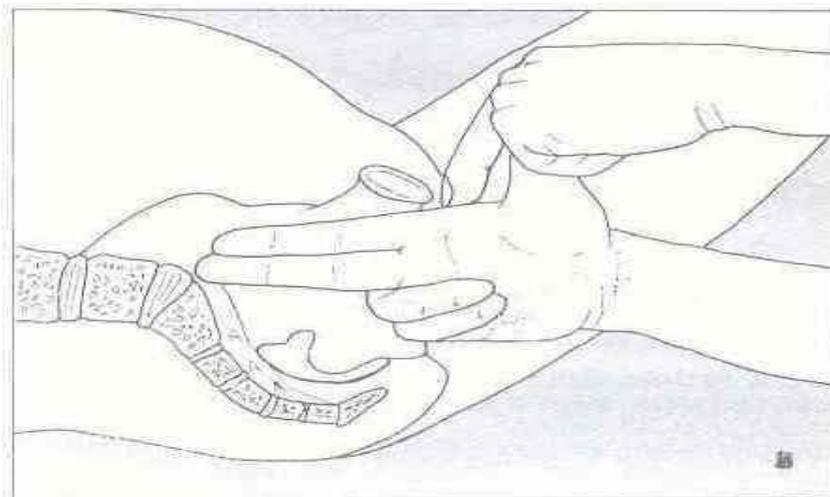
Figure 4 : Toucher vaginal : Présentation engagée



Les deux doigts dirigés vers S2 rencontrent la tête fœtale (signe de Faraboeuf)

Au toucher vaginal bidigital, lorsque les lignes innommées ne sont pas explorées au-delà des deux tiers antérieurs, le promontoire non atteint ou le diamètre promonto-retro-pubien est supérieur ou égale à 10,5cm, le bassin est dit normal. La figure 4 montre le toucher mensurateur permettant de mesurer le diamètre promonto-sous-pubien duquel on soustrait 1,5cm pour avoir le diamètre promonto-retro-pubien.

Figure 5 : Mensuration du diamètre promonto-sous-pubien



Le médium prend contact avec le promontoire, et le bord externe de l'index avec le bord inférieur de la symphyse pubienne.

- Le coude est à angle droit
- Une marque est faite sur l'index à ce point de contact.
- Le promonto-sous-pubien est mesuré de ce point de contact à l'extrémité du médium qui est retiré des voies génitales.

3-L'accouchement normal

Le début du travail est marqué par l'expulsion du bouchon muqueux et l'apparition de contractions utérines du travail. L'accouchement comprend trois périodes [13] :

- 1^{ère} période : elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10 cm). Elle dure en moyenne 6 à 8 heures chez la multipare et 10 à 12

heures chez la primipare. Elle comprend deux phases (la phase de latence avec une dilatation inférieure à 4 cm et la phase active, de 4 à 10 cm).

- 2^{ème} période : elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à la sortie du fœtus. Elle comporte deux phases : la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation, la seconde est celle de l'expulsion proprement dite. La tête se dégage de la vulve, puis les épaules enfin le corps. L'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes en durée. Au-delà on parlera d'expulsion prolongée [13].
- 3^{ème} période: c'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes. La délivrance évolue en trois phases : le décollement du placenta, l'expulsion du placenta et l'hémostase. Le décollement du placenta est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare et de la contraction utérine qui le provoque. L'expulsion se fait sous l'influence des contractions utérines et du poids du placenta lui-même. L'hémostase est assurée par la rétraction utérine et la thrombose vasculaire secondaire à l'oblitération mécanique des vaisseaux [14].

Il faut vérifier l'intégrité du placenta, la rétraction de l'utérus (globe de sécurité), l'absence d'hémorragie. Il faut contrôler la tension artérielle, le pouls, la coloration, les saignements, la bonne rétraction de l'utérus toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure et enfin chaque heure pendant 3 heures.

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

- réduire la durée du travail
- corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- contrôler de façon constante la vitalité fœtale
- faire le pronostic :

a) mécanique : il est basé sur l'étude du bassin et le volume du fœtus pour lequel l'échographie sera un recours appréciable.

b) Dynamique: il est basé sur l'appréciation de l'effacement et de la dilatation du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

c) fœtal : la vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail sont recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme qui est un outil permettant la surveillance du travail du début jusqu'à la fin.

4-Physiologie des suites de couches [39]

Le post partum est la période s'écoulant entre la délivrance et le retour des règles. Cette période englobe deux phases de risques différents :

- le post-partum immédiat couvrant les deux premières heures suivant l'accouchement
- le post-partum tardif, dont le délai va jusqu'au 42^{ème} jour après l'accouchement.

4-1-Symptomatologie fonctionnelle

4-1-1 la douleur

- La douleur utérine à type de contraction représente les classiques tranchées, plus fréquentes chez la multipare et la femme qui allaite.
- la douleur périnéale: le plus souvent due à une déchirure superficielle ou à l'épisiotomie.
- douleur mammaire liée à l'engorgement qui survient 48 à 72 heures après l'accouchement.

4-1-2 les lochies

Ce sont des saignements utérins composés de sang incoagulable, débris de la caduque et de sécrétions cervico-vaginales. Les lochies ont une odeur fade et leur abondance est variable. La durée est également variable, normalement jusqu'au 10^{ème} jour.

On peut noter vers le 15^{ème} jour surtout chez les patientes qui allaitent une recrudescence de saignements pendant deux jours : c'est le petit retour de couches que l'on explique par l'élimination d'un endomètre ischémié par la sécrétion constante d'ocytocine en rapport avec la succion du mamelon.

4-1-3 troubles urinaires

-dysurie : elle est le plus souvent isolée et nécessite toujours la réalisation d'une bandelette urinaire éventuellement complétée par un examen cyto bactériologique des urines. Il peut s'agir d'un phénomène inflammatoire en rapport avec un accouchement dystocique comme d'une infection urinaire.

-la rétention aigue d'urine : rare mais le plus souvent consécutive à une analgésie locorégionale ou à une extraction instrumentale.

-incontinence urinaire : le plus souvent antérieure à l'accouchement et persistant dans le post partum, elle guérit de façon spontanée en quelques jours ou quelques semaines.

5-Pathologies de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches.

5-1- L'hémorragie

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause des décès maternels [15]. Sur 529 000 femmes qui meurent chaque année de

complications de la grossesse, environ une sur quatre succombe à une hémorragie selon une analyse de l'OMS. L'infection (la septicémie) est responsable d'une mort sur six. Les autres causes majeures comprennent l'éclampsie, les troubles de la tension artérielle et l'accouchement dystocique [16].

Les étiologies des hémorragies sont variées. Il y a principalement au premier trimestre : la grossesse extra-utérine la grossesse molaire et l'avortement précoce, aux deuxième et troisième trimestres nous avons le placenta praevia, l'hématome retro-placentaire et la rupture utérine.

Dans le post partum il y a l'hémorragie de la délivrance, l'hémorragie du post partum immédiat par déchirure des parties molles.

5-1-1- La grossesse extra-uterine (GEU) [25]

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

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

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

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

Dans les formes compliquées :

-rupture cataclysmique : le tableau classique est celui d'un choc hémorragique par hémopéritoine avec :-tension artérielle abaissée

-un pouls accéléré

-une défense à la palpation abdominale

- au toucher vaginal le cri du douglas

-hématocèle enkysté : A l'interrogatoire on a des douleurs pelviennes évoluant depuis plusieurs jours, des métrorragies, parfois épisodes syncopaux. L'examen clinique retrouve une défense sous ombilicale inconstante, un cul-de-sac de Douglas bombé hyperalgique au toucher vaginal.

Le traitement, toujours chirurgical dans notre contexte consiste en une salpingectomie.

5-1-2-la grossesse molaire

La grossesse molaire ou môle hydatiforme est une maladie trophoblastique de la grossesse. C'est une dégénérescence kystique du tissu placentaire.

Les métrorragies sont présentes dans 90% des cas, les vomissements gravidiques peuvent être exacerbés, une hypertension artérielle avec protéinurie. L'examen clinique montre un utérus de volume supérieur à l'âge de la grossesse. L'échographie pelvienne associée au dosage des bêta HCG plasmatiques sont les deux examens principaux qui aident à poser le diagnostic. L'aspect typique à l'échographie est la présence d'images typiques en flocon de neige. Les bêta HCG montrent un taux très élevé.

Habituellement le traitement est réalisé par l'aspiration sous perfusion d'ocytocine. La surveillance après l'évacuation est importante ; elle est basée essentiellement sur la surveillance du dosage des bêta HCG plasmatiques qui doit décroître de façon régulière et exponentielle [26].

5-1-3- L'avortement précoce

L'avortement est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante [34].

Il est dit spontané lorsqu'il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale, générale ou volontaire [68]. L'interruption volontaire de grossesse est un avortement provoqué légal et l'avortement provoqué clandestin est celui qui survient à la suite de manœuvres quelconques destinées à interrompre la grossesse [68].

Les métrorragies dont la quantité est variable sont l'expression soit d'une menace d'avortement ou alors d'un avortement en cours ou enfin d'une complication hémorragique d'un avortement le plus souvent provoqué de façon clandestine.

5-1-4- Le placenta praevia [32,33]

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

Anatomiquement nous avons trois variétés de placenta praevia :

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

Pendant le travail, deux variétés sont décrites :

- la variété non recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical

-la variété recouvrante dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

L'échographie obstétricale permet le diagnostic, et précise la localisation placentaire. Dans la variété non recouvrante, la rupture de la poche des eaux entraîne généralement l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à dilatation complète.

Le cas du placenta central est particulier : il donne des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus, il recouvre entièrement le col, ce qui ne permet pas d'envisager un accouchement par la voie basse, la seule solution est donc la césarienne.

5-1-5-L'hématome retro-placentaire [32,33]

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.

La cause de l'HRP n'est pas connue avec précision, il est cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique ou comme étant du à un traumatisme.

On distingue diverses formes cliniques :

-les formes avec hémorragie externe abondante prêtant confusion avec le placenta praevia

-les formes moyennes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué

-les formes latentes pouvant passer inaperçues, avec signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

-les formes traumatiques ; version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de :

-troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par défibrination, moins rares, redoutables par elles – mêmes que par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elles entraînent.

-nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang localisé dans la zone utéro-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrination vasculaire conduisant 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.

-Thrombophlébite des suites de couches : elle évolue en deux phases qui sont la phase pré œdémateuse et la phase œdémateuse [68]. Les premiers signes apparaissent généralement au cours du deuxième septenaire des suites de couches. L'atteinte du côté gauche est la plus fréquente. Les signes généraux sont la fièvre et l'accélération du pouls. Les signes fonctionnels sont la douleur du pli de l'aîne, sensation de pesanteur, d'engourdissement d'une jambe [68].

En présence d'un HRP :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite
- Faire une césarienne si l'hémorragie est importante et la dilatation non avancée.

5-1-6-La rupture utérine [33]

C'est une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus siégeant sur le corps ou sur le segment inférieur. Elle peut être complète ou incomplète.

C'est une urgence obstétricale grave. La rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés. Dans les pays en voie de développement elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructures socio-sanitaires.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Elle peut être provoquée par des thérapeutiques obstétricales telles que la version par manœuvre interne, l'utilisation abusive d'ocytociques. Les ruptures spontanées surviennent le plus souvent sur un utérus déjà fragilisé tel que l'utérus cicatriciel.

Le traitement est chirurgical par hystérorraphie ou par hystérectomie souvent complété par le traitement d'un état de choc hypovolémique ou infectieux.

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante, compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière ou étendue, accompagnée de lésions vasculaires, rupture supérieure à 6 heures de temps.

5-1-7-L'hémorragie de la délivrance et l'hémorragie par déchirure des parties molles

L'hémorragie de la délivrance se définit comme toute hémorragie survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement provenant du lieu d'insertion placentaire, anormale par sa quantité supérieure à 500 cc au cours d'un accouchement par voie basse et 1000 cc au cours d'une césarienne et/ou par son retentissement sur l'état général de la mère.

Les hémorragies survenant immédiatement après l'accouchement peuvent avoir trois causes [14] :

-une pathologie de la délivrance essentiellement représentée par la rétention placentaire et l'inertie utérine. C'est l'hémorragie de la délivrance proprement dite.

- une lésion génitale
- une pathologie de l'hémostase.

5-2-l'hypertension artérielle et ses complications

L'hypertension se définit au cours de la grossesse par une pression artérielle supérieure ou égale à 140 mmHg pour la pression artérielle systolique et/ou 90 mmHg pour la pression artérielle diastolique et ce au moins à deux reprises séparées d'au moins 4 heures chez une femme assise aussi détendue que possible (à distance de l'examen gynécologique, après 15 minutes de repos), le bras à la hauteur du cœur avec un appareil adapté [37].

La classification de l'ACOG permet de distinguer 4 types d'HTA au cours de la grossesse. [29 ; 30 ; 31 ; 32]

-type 1 : pré-éclampsie ou toxémie associant HTA, protéinurie et plus ou moins des oedèmes.

-type 2 : HTA chronique : correspond à une HTA présente avant la grossesse ou constatée avant 20 SA

-pré-éclampsie surajoutée : c'est l'apparition d'une protéinurie significative au 3^{ème} trimestre de la grossesse chez une femme atteinte d'une HTA chronique.

-HTA gravidique ou gestationnelle ou transitoire ou récurrente de la grossesse : apparaît au cours de chaque grossesse et disparaît totalement dans l'intervalle des grossesses. La protéinurie y est absente.

Le pronostic maternel est grevé par des complications telles que l'éclampsie, l'HRP, le HELLP syndrom (hemolysis Elevated Liver enzyme Low Platelet Count), la CIVD (coagulation intravasculaire disséminée). A long terme le pronostic est dominé par un risque de récurrence lors des grossesses ultérieures qui serait de l'ordre de 8% [32].

Le pronostic fœtal est sombre car la mort fœtale in utero peut survenir à n'importe quel terme [31].

5-2-1-L'éclampsie

C'est un accident paroxystique de la pré-éclampsie caractérisé par des crises convulsives généralisées survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou dans le post-partum [32].

Elle est précédée d'une phase plus ou moins longue de pré-éclampsie : céphalées frontales ou en casque, pulsatiles avec adynamie, somnolence, vertiges, troubles oculaires, bourdonnements d'oreilles, troubles digestifs.

C'est une véritable urgence obstétricale dont le seul traitement efficace est l'extraction fœtale.

Elle évolue en 4 phases (invasion, tonique, clonique, coma). Sa fréquence a considérablement baissé dans les pays développés mais elle reste cependant responsable d'une mortalité maternelle et fœtale élevée dans les pays en développement [37].

5-3-Les dystocies [32,33]

La dystocie, du grec « dyskatos » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle. Les dystocies sont divisées en :

- dystocie dynamique par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- dystocie mécanique en relation avec un rétrécissement de la filière pelvienne, une anomalie fœtale, un obstacle praevia ou une anomalie des parties molles.

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

5-3-1-Les dystocies d'origine fœtale

1-a-La macrosomie fœtale [14]

Il s'agit ici d'un fœtus dont le poids est d'au moins 4000 grammes à la naissance. Cinq à six pour cent des enfants pèsent à la naissance plus de 4000 grammes [14]. Si le bassin est vaste, leur accouchement ne pose pas de problème. Ces enfants ont un diamètre bi-pariétal qui dépasse souvent 100mm et un diamètre bi-acromial de 140 mm. Ils sont donc exposés à deux sortes de risques :

- la disproportion céphalo-pelvienne
- la dystocie des épaules

1-b-Les présentations dystociques

1-b-a-La présentation du siège

Elle peut être eutocique, ne nécessitant aucune intervention au cours du dégagement ; mais elle est plus souvent que la présentation du sommet à l'origine de dystocies grevant le pronostic fœtal pour deux raisons :

- la progression du fœtus se fait à « rebrousse poil » selon l'expression de Lacomme
- la partie la plus volumineuse du fœtus passe en dernier et peut être retenue [14]

1-b-b-Les présentations de la face, du front et du bregma

A l'inverse de la présentation du sommet dans laquelle la tête est bien fléchie sur le tronc, les présentations de la face, du front et du bregma sont des présentations défléchies.

Elles sont la conséquence d'une mauvaise accommodation foeto-pelvienne. On ne saurait trop répéter l'importance de leur diagnostic précoce au cours du travail : les présentations de la face et du bregma autorisent le plus souvent l'accouchement par la voie basse alors que celle du front (sauf situation exceptionnelle) conduit obligatoirement à la césarienne [14].

1-b-c-La présentation de l'épaule [14]

Il s'agit d'une présentation rare, anormale et incompatible avec un accouchement par les voies naturelles. Il s'agit d'une présentation oblique, la tête siégeant dans l'une des deux fosses iliaques, le moignon de l'épaule répondant au détroit supérieur. Le diagnostic doit être fait au début du travail par le palper abdominal et le toucher vaginal.

L'échographie peut lever les doutes diagnostiques et contribuer au choix de la conduite à tenir.

1-c-La procidence du cordon

C'est la chute du cordon au devant de la présentation, les membranes rompues. Si c'est un cordon battant, l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible.

1-d-La souffrance fœtale

C'est un état qui menace la vie, la santé, l'avenir fonctionnel ou psychomoteur du fœtus. Elle se manifeste par de nombreux symptômes : émission du méconium, altération du rythme cardiaque fœtal, altération de l'équilibre acido-basique [14].

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

5-3-2 – Les dystocies d'origine maternelle

2-a-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 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.

2-b-Bassins pathologiques

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

2-c-l'utérus cicatriciel

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

6-THERAPEUTIQUES OBSTETRICALES

6-1-La césarienne

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

La césarienne programmée a son indication qui est portée en consultation lors des visites prénatales [14].

L'indication de la césarienne peut aussi être portée en salle de travail, il s'agit alors de la césarienne en urgence [14].

Les indications de la césarienne sont multiples [14]:

-maternelles : les anomalies du bassin, la pré-rupture, l'utérus multicatriciel...

-annexielles : placenta praevia, HRP, rupture d'un vaisseaux praevia (syndrome de Benkiser), la procidence du cordon....

-foetales: la souffrance fœtale aigue, les anomalies de la présentation (présentation du front, présentation de l'épaule), la macrosomie...

6-2-Le déclenchement artificiel du travail

C'est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'était pas jusque là en travail [14].

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

Les différentes techniques utilisées sont :

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

-le décollement des membranes : Il consiste en un mouvement circulaire du doigt introduit dans le col à séparer les membranes de la caduque, ce qui libère des prostaglandines f2 alpha et de la phospholipase.

-la perfusion d'ocytociques : On place une perfusion intraveineuse à la dose de 5 unités de syntocinon diluées dans 500 cc de sérum glucosé et le débit est réglé. L'efficacité de la perfusion est jugée sur l'effacement et la dilatation du col.

-la rupture artificielle des membranes : l'amniotomie précoce fait partie au même titre que les ocytociques du protocole de déclenchement artificiel du travail. D'une manière générale, elle ne doit être réalisée que lorsque la perfusion d'ocytociques a induit des contractions régulières.

-les prostaglandines : Peuvent être utilisées en raison de leur effet ocytotique. Elles ont l'avantage d'induire de façon plus physiologique le travail.

6-3-Les extractions instrumentales

6-3-a-Le forceps

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à tenir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles. Le forceps permet l'extraction de la tête fœtale sans traumatisme en imprimant à celle-ci les mouvements de la physiologie.

6-3-b-La ventouse

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

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

4-Quelques manœuvres obstétricales

4-1-La manœuvre de Mauriceau

Elle fait courir le risque de lésions médullaires du plexus brachial et de la cavité buccale. Le fœtus est placé à cheval sur un avant-bras, l'index et le médus sont introduits dans la bouche et aident à fléchir la tête; l'autre main appuie sur les épaules et tire la tête en dehors dans l'axe du bassin. Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dernière lors de l'accouchement du siège.

4-2-La manœuvres de Bracht

On saisit le siège à pleines mains en appliquant les pouces à la face antérieure des cuisses. Alors, sans aucune traction on accompagne le renversement progressif de l'enfant qui vient appliquer le dos sur le ventre de sa mère. Elle est indiquée pour prévenir la rétention de la tête défléchie au niveau du détroit inférieur dans les présentations du siège.

4-3-La grande extraction du siège

Sa meilleure indication est l'extraction du 2ème jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement.

-1^{er} temps : abaissement d'un pied. S'il s'agit du siège complet, une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible et par traction douce, l'amène à la vulve. Dans le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

-2ème temps : accouchement du siège

-3ème temps : accouchement des épaules

-4ème temps : accouchement de la tête dernière

D'autres manœuvres obstétricales n'ont pas été décrites ici telles que la version par manœuvre interne, la manœuvre de Lovset, la manœuvre de Champetier De Ribes.

7-LES MOTIFS D'EVACUATION

Selon Magnin [17] le transfert maternel vers une structure adaptée doit être discuté devant : les antécédents maternels (cardiopathies, maladie vasculo-rénale, diabète insulino-dépendant, maladie neurologique et épilepsie, les maladies poly systémiques, les anomalies de l'hémostase et le SIDA) et les anomalies apparues au cours de la grossesse (pré-éclampsie, éclampsie, placenta praevia, hématome retro-placentaire, maladie embolique et grossesse multiple). Ce transfert peut être discuté à l'issue d'un accouchement compliqué par une hémorragie, des complications opératoires, une crise d'éclampsie. Il cite en plus des indications, de transfert anténatal : la grande prématurité, l'hypotrophie sévère, les malformations graves et les incompatibilités sanguines foeto -maternelles.

En Afrique, Alihonou [3] a ressorti une classification des pathologies qui constituent les motifs d'évacuation. Ces pathologies sont regroupées en : dystocies, hémorragie de la délivrance, pathologies gravidiques, pathologies associées à la grossesse et pathologies du post-partum. La plupart de ces motifs sont cités par d'autres auteurs. Martey [18] en plus des indications sus-citées ajoute, les grossesses à risque, la rétention du deuxième jumeau et les ruptures utérines.

8-LA MORTALITE MATERNELLE

Sur 529.000 femmes qui meurent chaque année de complications de grossesse, environ une sur quatre succombe à une hémorragie, selon une analyse de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'infection (la septicémie) est responsable d'une mort sur six. Les autres causes majeures comprennent l'éclampsie et d'autres troubles de la tension artérielle, et l'accouchement dystocique

[16]. La plupart de ces décès se produisent dans les pays en développement, et pourraient être évités si ces femmes avaient accès à des soins de qualité [19]. Pour chaque décès maternel, il y a aussi des centaines de femmes qui souffrent de morbidité. Une étude coordonnée par Family Health International dans quatre pays a trouvé qu'au Bangladesh, pour chaque décès maternel, 153 femmes avaient subi des morbidités sérieuses, voire mortellement graves; en Inde le nombre était 175, en Egypte 297, et en Indonésie 908 [20].

Parmi les déterminants de cette morbi-mortalité, les références obstétricales occupent une place importante. En effet elles représentent plus de 20% des cas de morbidité associée à la grossesse [21]. Le plus souvent tardives, les références grèvent lourdement le pronostic de la mère et du nouveau-né. Elles entraînent ainsi des taux de mortalité maternelle et périnatale très élevés [3,69].

Les taux de mortalité et de morbidité maternelles baissent lorsque les femmes ont moins de grossesses, dit le docteur Fortney [19]. "La planification familiale réduit le nombre total de grossesses, faisant ainsi baisser le nombre de décès et de morbidités qui sont liés aux grossesses", explique-t-elle. "Mais la planification familiale n'a aucun effet sur les risques obstétricaux une fois qu'une femme est enceinte. Il faut donc aussi réduire les risques associés à la grossesse. Pour faire cela, nous devons nous concentrer sur l'amélioration de l'accès aux services obstétricaux de bonne qualité [19].

Dans les pays en développement, pour 100.000 naissances vivantes, il y a 480 femmes qui meurent, ce qui représente un rapport 18 fois plus élevé que dans les pays industrialisés. L'Afrique, qui affiche seulement 20 pour cent des naissances du monde, enregistre environ 40 pour cent de tous les décès maternels [22]. Au Cameroun, selon les résultats de l'enquête démographique et de santé de 1998 le

taux de mortalité maternelle est estimé à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes [23]. Au Burkina Faso il est estimé à 675 pour 100 000 naissances vivantes en 1997 [24]. Au Mali le taux de mortalité maternelle a été globalement estimé à 582 pour 100 000 naissances vivantes [36]. Ce ratio a été jugé biaisé par l'OMS et l'UNICEF parce que les informations recueillies portaient sur une période de dix ans et faisait recours à la mémoire des personnes interrogées or la mémoire n'est pas toujours fidèle. Il a été réajusté à 1200 pour 100 000 naissances vivantes [38].

9-LA MORTALITE PERINATALE

Elle comprend les fœtus morts - nés et les nouveaux nés décédés entre 0 et 6 jours de vie révolus. Les décès des bébés sont trop souvent liés à la mauvaise santé de la mère, soit par insuffisance de surveillance pendant la grossesse, soit pour des raisons économiques et culturelles : la coutume de l'excision, par exemple, entraîne des risques plus grands pour les femmes excisées et pour leurs enfants. Des études faites au Mali, au Sénégal, au Bénin et au Burkina ont montré aussi le lien entre la malnutrition de la future mère, le faible poids de l'enfant à la naissance et les conséquences pour son avenir. Non seulement les risques d'infection sont plus élevés et fragilisent les premiers jours de la vie, mais un développement neurologique insuffisant peut entraîner une mauvaise vision, une surdité... avec toutes les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la scolarité [40].

Selon l'OMS la mortalité néonatale précoce est estimée à 57 décès pour 1000 naissances vivantes dans les pays en développement contre 11 pour 1000 dans les pays développés [27].

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Au Cameroun, dans une étude rétrospective au CHU de Yaoundé en 1990 le taux de mortalité périnatale était de 28,17 % [28]. Au Mali, le taux de mortalité périnatale a été estimé à 50,2 pour mille selon l'EDSIII [36] et le taux de mortalité néonatale à 57 pour mille (EDSII et III). L'irrégularité ou la non fréquentation des consultations prénatales, le petit poids de naissance, les infections maternelles sont cités comme facteurs de risque de mortalité périnatale. Comme la mortalité maternelle, la mortalité périnatale est aggravée par les références au cours de la grossesse et de l'accouchement.

II- METHODOLOGIE

2.1. Cadre et lieu de l'étude

L'hôpital du Point « G » a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Le Point « G » correspond au niveau par rapport à la mer à Dakar.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

Erigé en hôpital en 1959, l'hôpital du Point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025 /A.N.R.M du 05/10/92.

Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au nord de la ville de Bamako à 8 Km du centre ville, face à la colline de Koulouba, et sur la route de Kati d'où il reçoit beaucoup de parturientes référées ou évacuées. Il couvre une superficie de 25 hectares.

Parmi les 16 services que compte cet hôpital nous avons :

- Un bloc opératoire comprenant 5 salles d'opération. Il existe une salle pour le service de gynécologie obstétrique pour les interventions programmées. Pour les interventions d'urgence, notre service partage une salle avec les autres services de chirurgie.

Le service de gynécologie obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par des chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de services est ce qui suit :

? – 1970 Professeur Rougerie chirurgien français

1970-1972 Professeur Foucher chirurgien français

1972-1975=Professeur Bocar Sall traumatologue Malien

1975-1978=Professeur Mamadou Lamine Traoré chirurgien généraliste Malien

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

1978-1983= Docteur Colomard chirurgien français

1984-1985=Docteur Marc Jarraud chirurgien français

1985-1986=Docteur Henri Jean Phillipe chirurgien français

1987 = Docteur Etienne Steiner chirurgien français

1987-1990=Docteur Amadou Dolo gynécologue malien

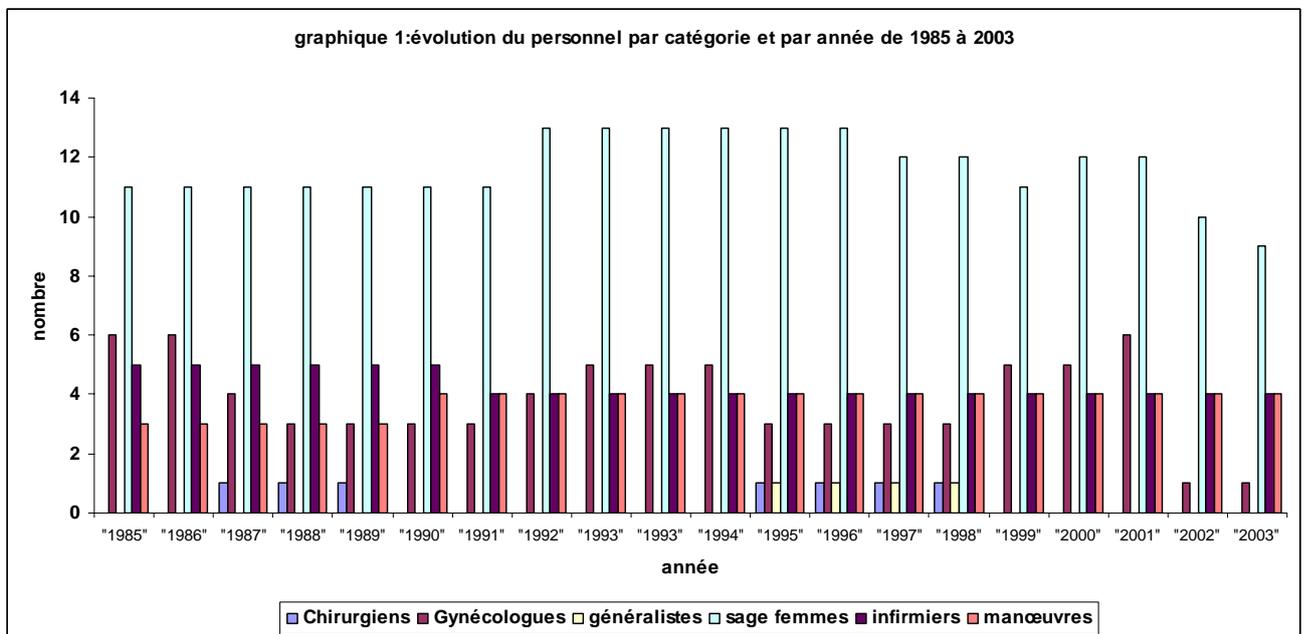
1991-2001= Professeur Amadou Dolo gynécologue malien

2001-2003= Docteur Niani Mounkoro gynécologue malien

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Le service de Gynécologie-Obstétrique du Point « G » est le sommet de la pyramide sanitaire en matière de santé de la mère au Mali. De son ouverture jusqu'en 1992 le service faisait des gardes mixtes avec la chirurgie.

L'évolution du personnel par catégorie et par année est présentée sur le graphique No 1 ci-dessous :



FAITS IMPORTANTS

- Echographie était disponible dans la salle d'accouchement de 1987 à 1992

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

- Une antenne de la banque de sang a été installée à l'hôpital du point « G » à partir de 1987
- Le service avait abrité en son sein son bloc opératoire de 1974 à 1997
- Il y avait une couveuse dans la salle d'accouchement de 1975 à 1980. L'hôpital n'a cependant jamais eu de service de néonatalogie.
- Il faut noter que jusqu'en 1996 il n'y avait pas de garde au laboratoire mais les cas d'urgence étaient pris en charge par le pharmacien responsable du laboratoire.
- Il faut aussi noter l'introduction du dossier obstétrical à partir de 1991.
- De septembre 1996 à mars 1997 le service a été fermé pour des travaux de réhabilitation.

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale comparative avec collecte rétrospective des données.

Toutes les patientes admises à la maternité de l'hôpital du Point « G » pendant la gravidopuerpéralité ont été incluses dans notre étude.

2.3 Période de l'étude

L'étude a concerné la période du 1^{er} Janvier 1985 au 31 Décembre 2003 soit 19 ans.

Cette période nous a permis d'avoir un échantillon statistiquement significatif et de suivre l'évolution des activités sur 19 ans.

On distingue cinq (5) périodes :

- de 1985 à 1987 le service était sous la responsabilité des missionnaires français.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

- de 1987 à 1995 il s'agit des premières années d'expérience d'un gynécologue malien comme chef de service. Le service avait une garde autonome de 1992 à 1994. Le partogramme a été remplacé en 1994 par celui du programme national de la périnatalité.
- 1996-1997 période des travaux de réhabilitation du service
- 1998-2001 au terme de cette période le service est rénové
- 2002-2003 il n'y avait qu'un seul médecin gynécologue qui était le chef de service ; l'essentiel du staff technique ayant été muté à l'Hôpital Gabriel Touré.

2.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée par toutes les femmes enceintes, parturientes ou accouchées, admises dans le service de Gynécologie-Obstétrique pendant la période d'étude quelque soit le motif. Les patientes venues d'elles-mêmes sont le plus souvent logées au village du point « G », à Koulouba ou dans les environs, parfois démunies ou célibataires ayant fait peu ou pas de consultations prénatales, généralement en deuxième phase du travail d'accouchement.

2.5. Echantillonnage

On a procédé à un échantillonnage systématique de tous les cas. Au total nous avons eu 19077 patientes avec 3668 patientes évacuées et 2497 patientes référées par la dernière CPN. Les patientes venues d'elles-mêmes étaient 12986.

2.5.1 Critères d'inclusion

Toute patiente ayant été évacuée ou référée pendant la période d'étude

Toute patiente venue d'elle-même pendant la période d'étude

2.5.2 Critères de non inclusion

- Etre vue en consultation prénatale uniquement
- Avoir un dossier ne précisant pas le mode d'admission
- Etre reçu après la période post partum ou abortum

Au total, 26 dossiers n'ayant pas le mode d'admission précisé n'ont pas été retenus au cours de notre étude.

2.5.3 Taille minimum de l'échantillon

Dans les études transversales comparatives le nombre de sujets nécessaires dans chaque groupe est donné par la formule suivante :

$$n = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 PQ}{P0 - P1}$$

α = risque de type I (1^{ère} espèce)

β = risque de type II (2^e espèce)

1 - β = puissance acceptée

P1 = proportion de sujet exposé au facteur de risque parmi les patientes évacuées ou référées.

P0 = proportion de sujet exposé au même facteur parmi les patientes venues d'elles mêmes.

Ces deux proportions sont liées par le rapport de cote (Odds Ratio).

$$P1 = \frac{P0 \cdot OR}{1 + [P0(OR - 1)]}$$

La taille minimum de l'échantillon est donnée directement par le logiciel EPI info6.fr du CDC d'Atlanta et de l'OMS.

Exemple : pour l'éclampsie en 1995

1 - α = 95%

1 - β = 80%

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

P1=1,7%

P0=0,6%

OR=3,07

Le nombre de cas nécessaire=995

Le nombre de témoins =2985

On a procédé à un échantillonnage systématique de tous les cas des patientes évacuées ou référées et venues d'elles-mêmes.

2.6. Déroulement de l'enquête

Le questionnaire initial a été établi dans le but d'un enregistrement systématique de tous les dossiers d'obstétrique du service. Une maquette de saisie a été conçue par un résident en Gynécologie-Obstétrique et validée en réunion de staff. Ainsi les étudiants dans le service faisant fonction d'interne ont été chargés de la saisie de ces dits dossiers de l'établissement du fichier informatique en 2000. Ils ont saisi l'essentiel des dossiers de 1991 à 2000.

Pour parfaire à ce travail nous avons décidé de compléter le fichier par la saisie des dossiers de 1985 -1990 et 2001-2003 ; et compléter 1991-2000. Une équipe de 10 étudiants en 6^e- 7^e année de médecine a été formée à cet effet pour la saisie. L'encadrement et l'assistance technique étaient fournis par un gynécologue obstétricien qui était le résident de 2000. La saisie avait lieu tous les jours pendant quatre mois. Le nettoyage des données a été assuré par une triple vérification de chaque dossier enregistré.

Contraintes : Nous avons été obligé de compléter certaines informations à partir du registre des chirurgiens. Il s'agissait des cas dont la prise en charge a été effectuée par les chirurgiens mais dont les malades étaient gardés dans le service de gynéco- obstétrique pendant la période de garde mixte.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

A l'hôpital national du Point « G » il n'existe pas de service de néonatalogie et les nouveau-nés qui nécessitaient une réanimation étaient pris en charge par l'équipe de garde du service de Gynéco-Obstétrique ou de réanimation dans les cas sévères. L'examen du nouveau-né était effectué par le gynécologue qui avait la charge de poser le diagnostic des malformations.

2.7. Collecte des données

- Supports :

Les dossiers obstétricaux complétés au besoin par :

Le registre de garde de la sage-femme

Le registre d'accouchement

Le registre d'hospitalisation

Le registre de compte rendu opératoire

Le registre de décès de l'hôpital

Le registre des admissions en réanimation

- Technique de collecte

Par la lecture des documents sus cités et la consignation sur un questionnaire individuel.

2.8. Plan d'analyse et de traitement des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI6.04 fr.

Les graphiques ont été réalisés dans EXCELL office 2000.

Le test de Khi2 pour étudier les associations entre variables qualitatives, l'Odds ratio pour la quantification du risque.

Plusieurs variables (âge, mode d'admission, l'intervalle inter gésésique, la gestité, la parité, les éléments de l'examen général et obstétrical ; les paramètres du

nouveau-né à la naissance) ont été mesurées et recodées suivant différentes modalités d'intérêt particulier.

2.9. Variables

Nom de la variable	Type de la variable
Age	Quantitative discontinue
Statut matrimonial	Qualitative catégorielle
Profession	Qualitative catégorielle
Provenance	Qualitative nominative
Mode d'admission	Qualitative catégorielle
Antécédents familiaux	Qualitative nominative
Antécédents personnels médicaux	Qualitative nominative
Gestité	Quantitative discontinue
Parité	Quantitative discontinue
Intervalle inter gésésique	Quantitative discontinue
Taille	Quantitative discontinue
Phase du travail	Qualitative catégorielle
Issue de la grossesse	Qualitative catégorielle
Voie d'accouchement	Qualitative catégorielle
Type de délivrance	Qualitative catégorielle
Etat de la mère	Qualitative catégorielle
Etat du nouveau né à la naissance	Qualitative catégorielle
Poids du nouveau né	Quantitative discontinue

2.10. Définitions opératoires

- **Terme de la grossesse** : la détermination du terme a été faite sur la base de la date des dernières règles. Lorsque la date des dernières règles n'était pas connue, nous avons privilégié le résultat de l'échographie précoce chaque fois que cela était disponible.
- **Avortement** : il s'agissait des produits de conception dont le poids était inférieur à 500g ou dont l'âge gestationnel était inférieur à 28 SA.
- **Accouchement par voie basse** : regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales.
- **Mode d'admission**
 - **Venue d'elle-même** : gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre.
 - **Référée** : toutes gestantes adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.
 - **Evacuée** : toute gestante adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.
- **Mortalité maternelle** : La mort maternelle est définie comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou pendant les 42 jours suivant la fin de la grossesse quelle qu'en soit la durée ou la localisation de celle-ci. La cause du décès ni accidentelle ni fortuite. Elle est soit due à la grossesse, soit aggravée par celle-ci. [42] »
- **Mort né** : tout nouveau-né dont score d'Apgar est nul à la naissance.
- **Primigestes** : il s'agit des femmes qui sont enceintes pour la première fois
- **Multigestes** : les femmes qui ont fait entre 2 et 6 grossesses
- **Grande multigestes** : les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses
- **Primipares** : les femmes qui accouchent pour la première fois

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

- **Multipares** : les femmes qui ont fait entre 2 et 6 accouchements
- **Grande multipares** : les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements
- **Mort fœtale in utéro** : les femmes pour lesquelles les bruits du cœur fœtal n'étaient audibles à l'admission.
- **Souffrance fœtale aiguë** : Toutes les parturientes chez lesquelles l'auscultation des bruits du cœur fœtal au stéthoscope de Pinard à l'entrée révèle des BCF < 120 battements/min ou > 160 battements/min
- **Travail prolongé** : Travail d'accouchement dont la durée est supérieure à 12 heures de temps.

3.11. Aspects éthiques

L'étude étant rétrospective elle n'a eu aucun impact sur la qualité des soins. Les résultats obtenus seront à la disposition de tous les scientifiques qui s'intéressent à ce domaine et ceci pour le bien des gestantes. Aussi servira-t-il de référence à la Direction Nationale de la Santé pour l'évaluation du système de référence. Les noms des gestantes ne figurent pas, garant du secret médical.

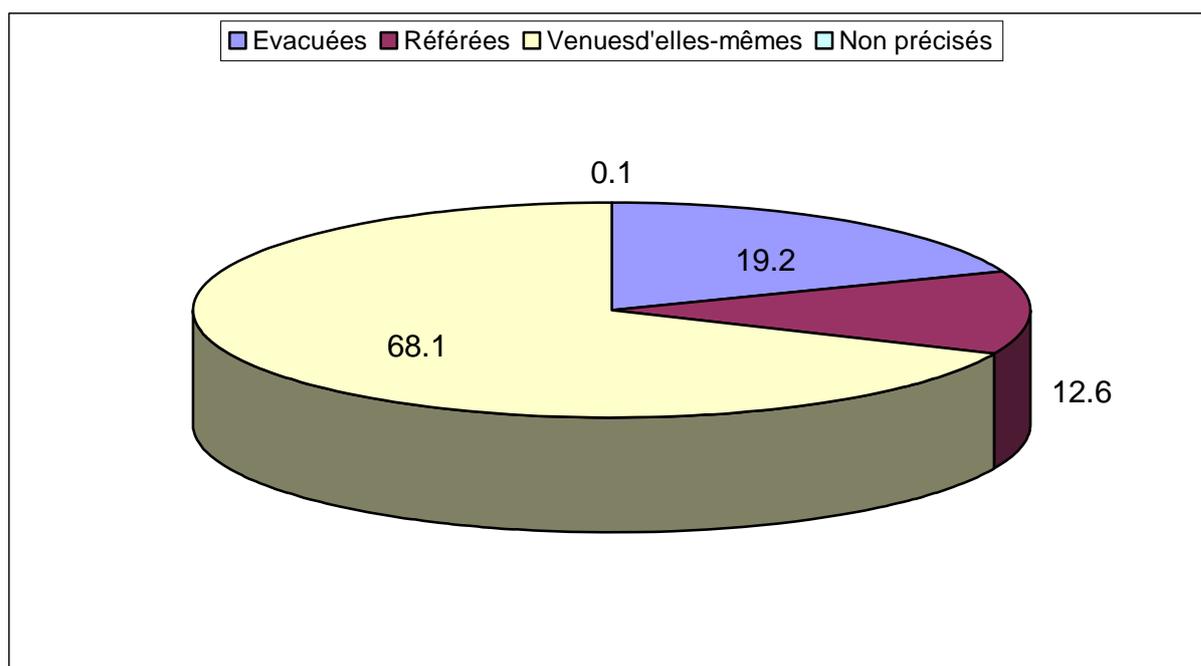
III- RESULTATS

Au terme de notre enquête, nous avons recensé 19077 patientes admises à la maternité de l'hôpital national du point « G ». Les résultats suivants ont été obtenus :

I- FREQUENCE DES DIFFERENTS MODES D'ADMISSION

I- 1 FREQUENCES GLOBALES

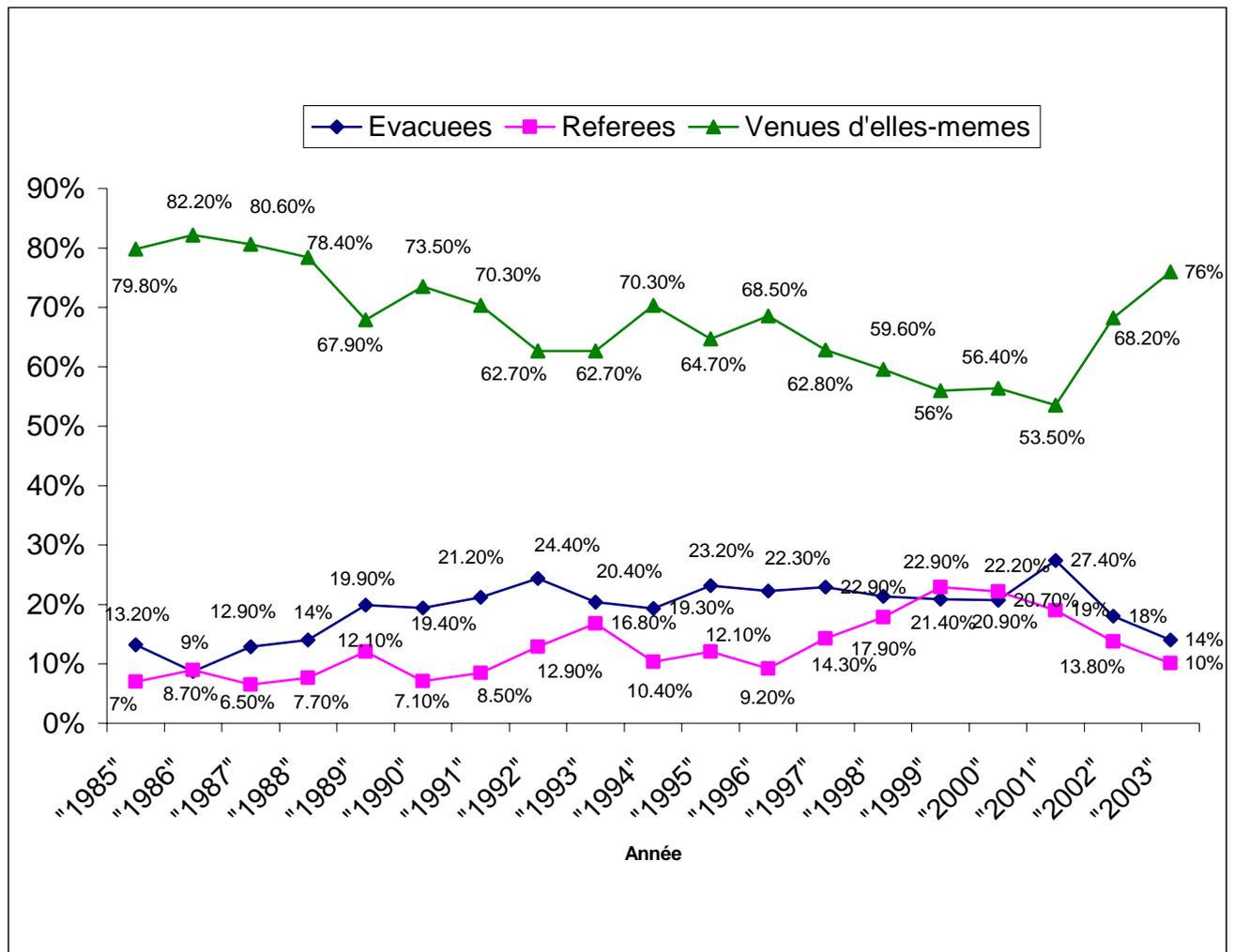
Graphique n° 2: Répartition des patientes selon le mode d'admission



Au cours de notre période d'étude, environ une patiente sur cinq était évacuée et trois patientes sur dix étaient évacuées ou référées.

I-2 EVOLUTION DE LA FREQUENCE SELON L'ANNEE

Graphique n° 3: Evolution de la fréquence des modes d'admission selon l'année



L'évolution de la fréquence selon l'année montre une fréquence élevée des évacuations entre 1989 et 2001 allant de 20 % en 1989 à 27,4% en 2001.

II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2-1 AGE

Tableau n° II : Relation entre mode d'admission et âge.

Tranche d'âge (années)	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé	Total
10-19	798(22.9%)	282(8.1%)	2401(68.9%)	3(0.1%)	3484(18.3%)
20-34	2174(17.4%)	1652(13.2%)	8690(69.4%)	10(0.1%)	12526(65.7%)
35-50	645(22.4%)	444(15.4%)	1788(62%)	7(0.2%)	2884(15.1%)
Non précisée	51(27.9%)	19(10.4%)	107(58.5%)	6(3.3%)	183(1%)
TOTAL	3668(19.2%)	2397(12.6%)	12986(68.1%)	26(0.1%)	19077(100%)

Plus d'une gestante âgée de 10-19 ans étaient admises dans un contexte d'urgence. Il en est de même pour les gestantes âgées de 35-50 ans. Il existe donc une association très hautement significative entre le mode d'admission et les tranches d'âge ($\chi^2=146,420$; $p<0,001$).

L'âge moyen des patientes évacuées était 26,36 ans ; le calcul de la précision donne 26,36[26,12-26,6]. Chez les patientes référées, il était de 27,95 ans. La précision de cette moyenne donne 27,95[27,68-28,02]. Les patientes venues d'elles-mêmes avaient un âge moyen de 26,17 ans avec une précision qui donne 26,17[26,14-26,20].

2-2 STATUT MATRIMONIAL

Tableau N°III : Relation entre le statut matrimonial et le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé	Total
Mariées	3002(19.9%)	2089(13.8%)	10023(66.3%)	1(0%)	15115(79.2%)
Célibataires	288(16.7%)	139(8.1%)	1298(75.2%)	1(0.1%)	1726(9%)
Veuves	6(30%)	2(10%)	12(60%)	0(0%)	20(0.1%)
Divorcées	3(42.9%)	3(42.9%)	1(14.3%)	0(0%)	7(0%)
Non précisé	369(16.7%)	164(7.4%)	1652(74.8%)	24(1.1%)	2209(11.6%)
Total	3668(19.2%)	2397(12.6%)	12986(68.1%)	26(0.1%)	19077(100%)

Un quart des patientes célibataires étaient évacuées ou référées tandis que ce rapport est de un tiers chez celles qui sont mariées (P<0,001).

2-3 PROFESSION

Tableau n°IV : Relation entre la profession et le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé	Total
Ménagère	2926(22.8%)	1469(11.4%)	8462(62.8%)	1(0%)	12858(67.4%)
Elève-étudiant	111(11.3%)	127(12.9%)	743(75.7%)	0(0%)	981(5.1%)
Fonctionnaire	123(7%)	417(23.6%)	1225(69.4%)	0(0%)	1765(9.3%)
Autre	121(14%)	191(22%)	555(64%)	0(0%)	867(4.5%)
Non précisés	387(14.9%)	193(7.4%)	2001(76.8%)	25(0.1%)	2606(13.7%)
Total	3668(19.2%)	2397(12.6%)	12986(68.1%)	26(0.1%)	19077(100%)

khi²=793.73

Plus d'une patiente fonctionnaire sur cinq étaient référées alors que moins d'une patiente fonctionnaire sur dix était évacuée. Mais la plupart des patientes admises à la maternité du point « G » au cours de la période d'étude étaient des ménagères (P<0,001).

2-4- Relation entre mode d'admission et région de provenance.

2-4-1 Région de provenance

Tableau n° V: Répartition des modes d'admission en fonction de la région de provenance

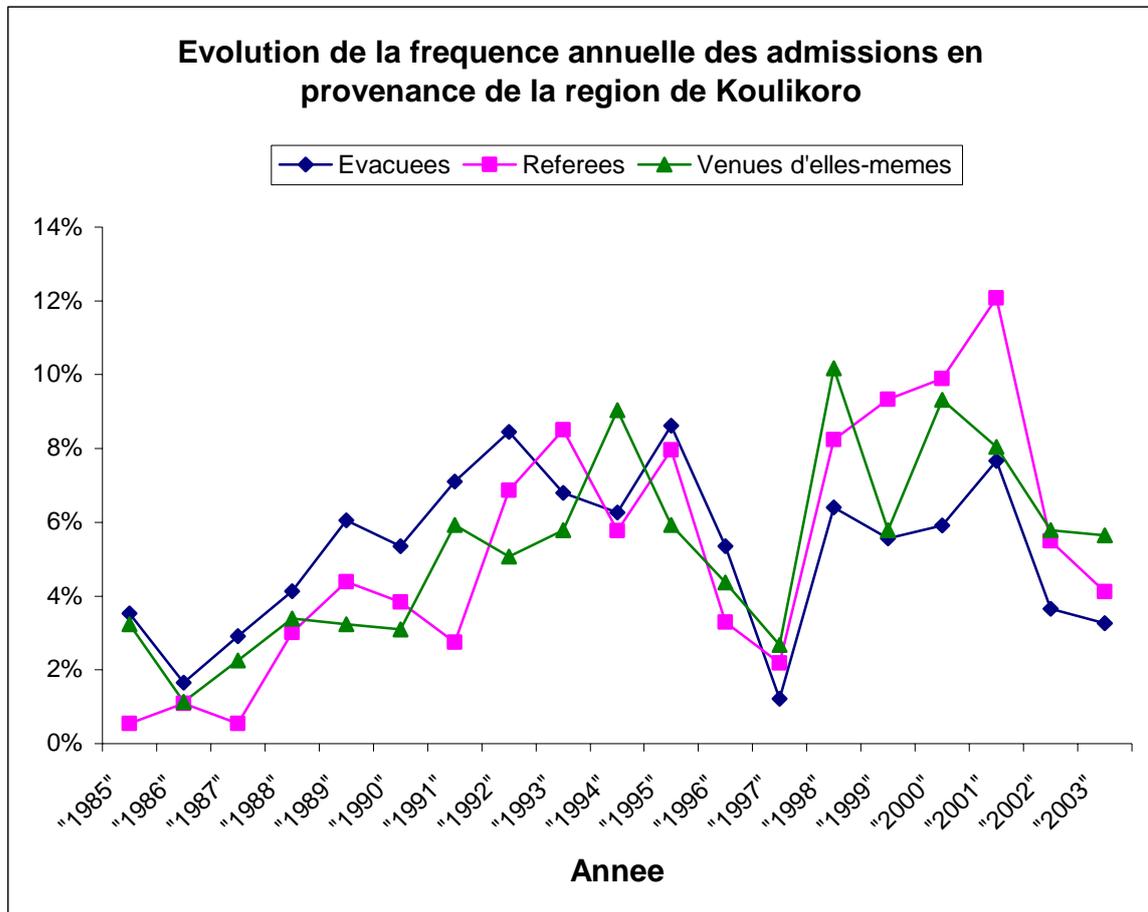
	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé	Total
Kayes	62(50.8%)	26(21.3%)	34(27.9%)	0(0%)	122(0.6%)
Koulikoro	2295(68.1%)	364(10.8%)	708(21.1%)	0(0%)	3367(17.6%)
Sikasso	116(68.2%)	19(11.2%)	35(20.6%)	0(0%)	170(0.9%)
Ségou	44(44.4%)	20(20.2%)	34(35.4%)	0(0%)	98(0.5%)
Mopti	7(23.3%)	10(33.3%)	13(43.3%)	0(0%)	30(0.2%)
Tombouctou	0(0%)	1(20%)	4(80%)	0(0%)	5(0%)
Gao	0(0%)	1(33.3%)	2(66.7%)	0(0%)	3(0%)
Kidal	0(0%)	1(33.3%)	2(66.7%)	0(0%)	3(0%)
Bamako	902(6.7%)	1836(13.6%)	10769(79.7%)	1(0%)	13511(70.8%)
Autre	5(29.4%)	2(11.8%)	10(58.8%)	0(0%)	19(0.1%)
Non précisée	237(13.6%)	114(6.5%)	1373(78.5%)	25(1.4%)	1749(9.2%)
Total	3668(19.2%)	2397(12.6%)	12986(68.1%)	26(0.1%)	19077(100%)

$\text{Khi}^2=7465.47$ P=0.001

Les patientes en provenance des régions de Koulikoro et Sikasso étaient des évacuées dans deux tiers des cas.

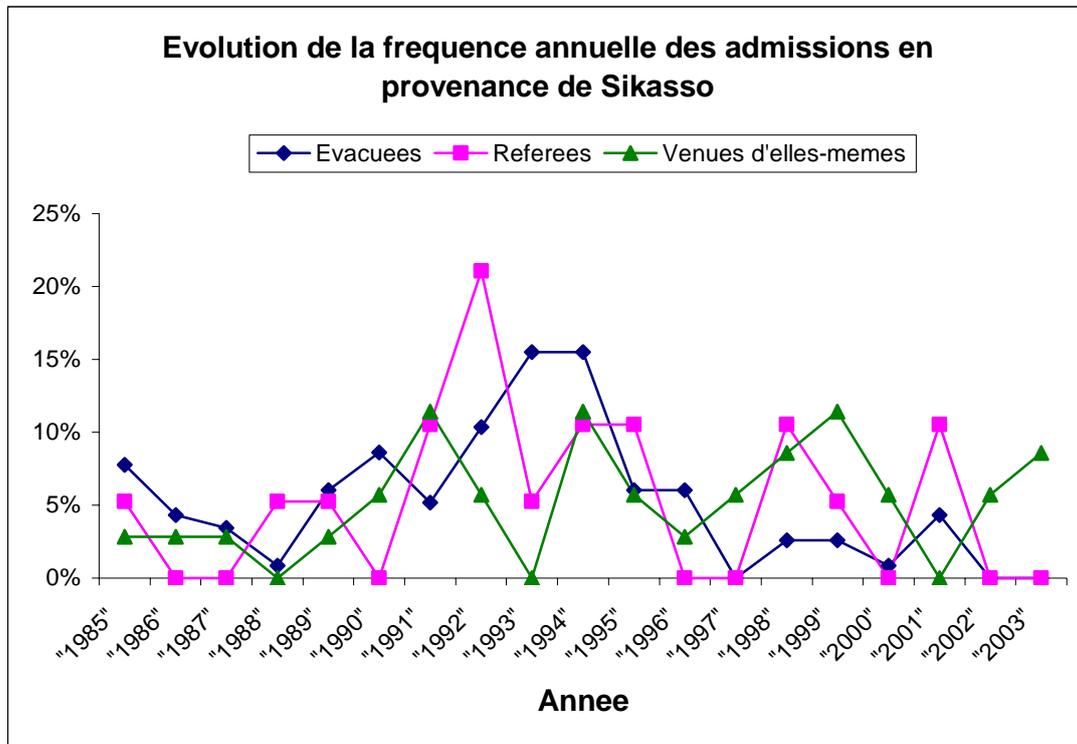
2-4-2- Evolution de la fréquence annuelle des admissions venant des deux principales régions d'évacuation.

Graphique n° 4: Région de Koulikoro



L'évolution de la fréquence annuelle des admissions en provenance de la région de Koulikoro ne montre pas de différence pour les trois modalités d'admission.

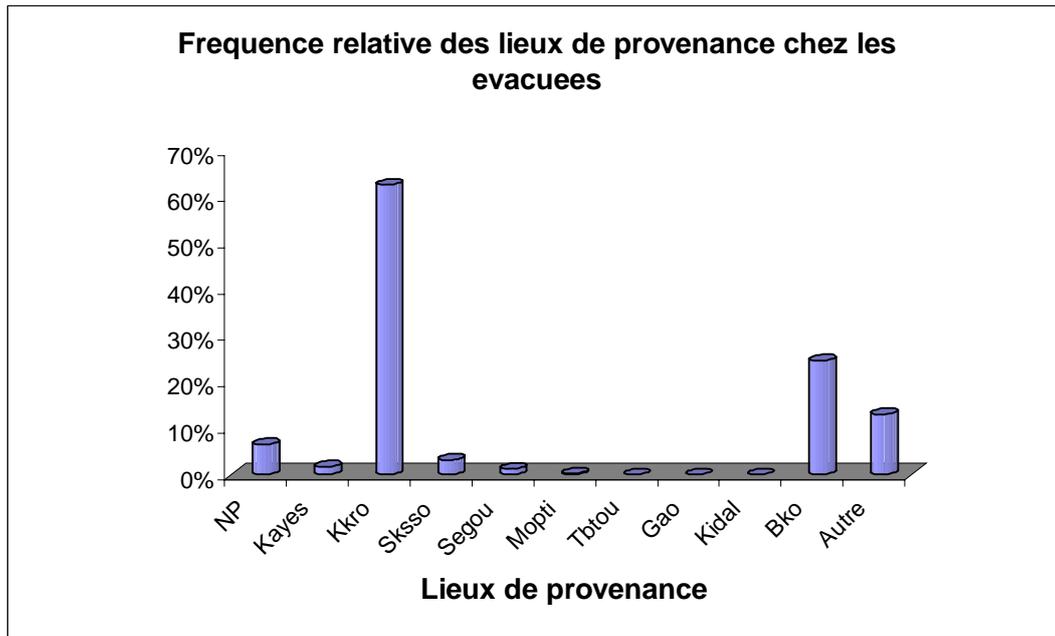
Graphique n° 5: Région de Sikasso



Les évacuations étaient plus importantes en 1993 et 1994 alors que pour les références en dehors de l'urgence c'est en 1992 que la fréquence la plus élevée avait été observée.

2-4-3- Fréquence relative des différents lieux de provenance en fonction du mode d'admission.

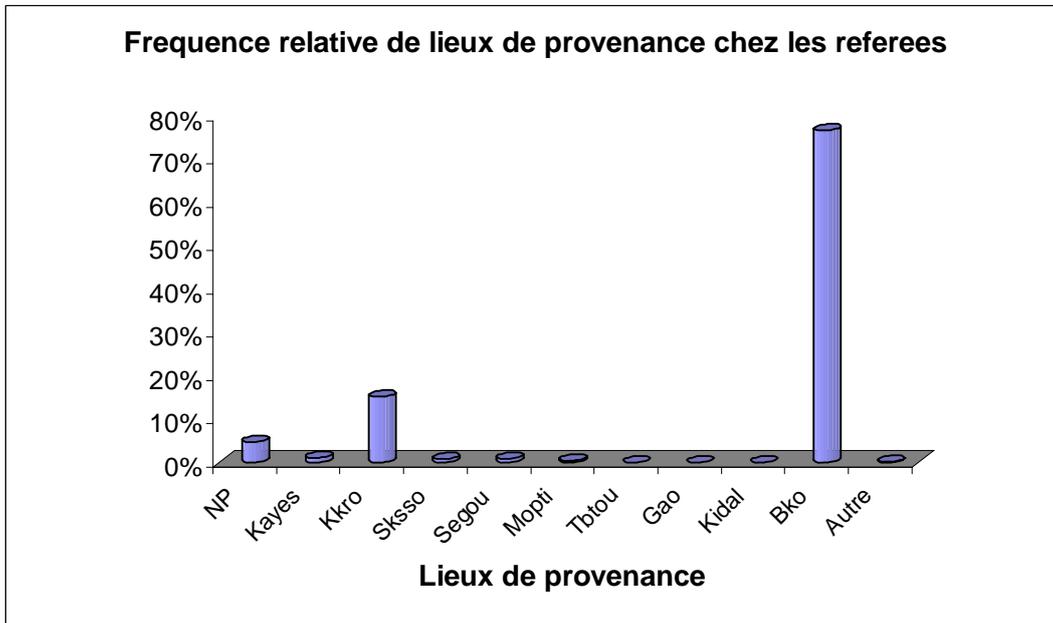
Graphique n° 6: Evacuées



Les évacuées venaient dans six cas sur dix de la région de Koulikoro.

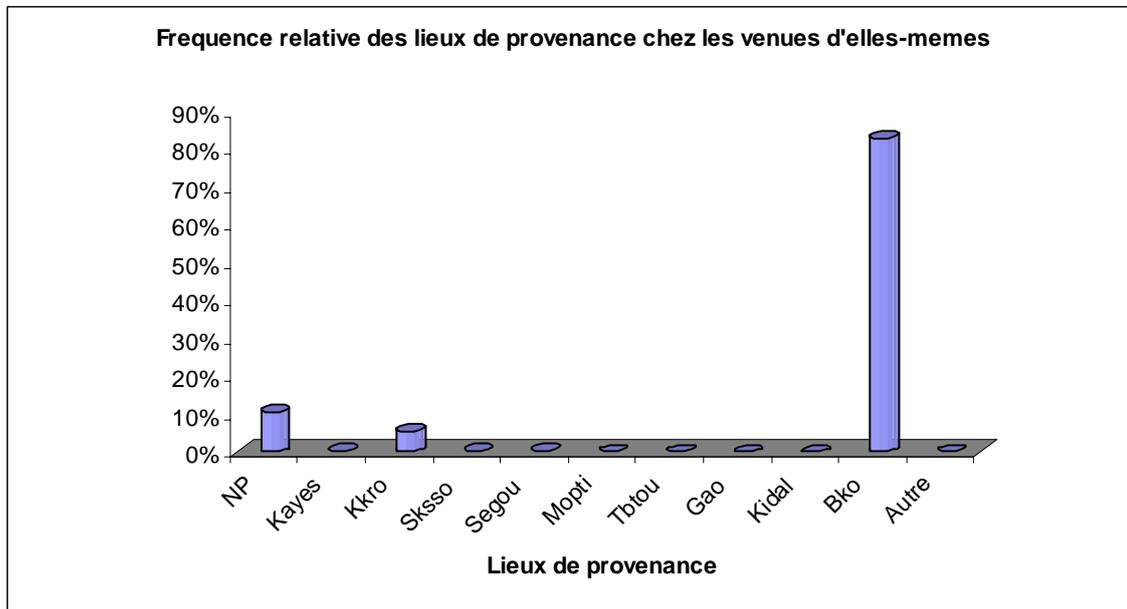
Graphique n° 7: Référéées

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003



Les patientes référées habitaient majoritairement la ville de Bamako (76,59%).

Graphique n°8 : Venues d'elles-mêmes



Le graphique des venues d'elles-mêmes présente le même reflet que celui des référées.

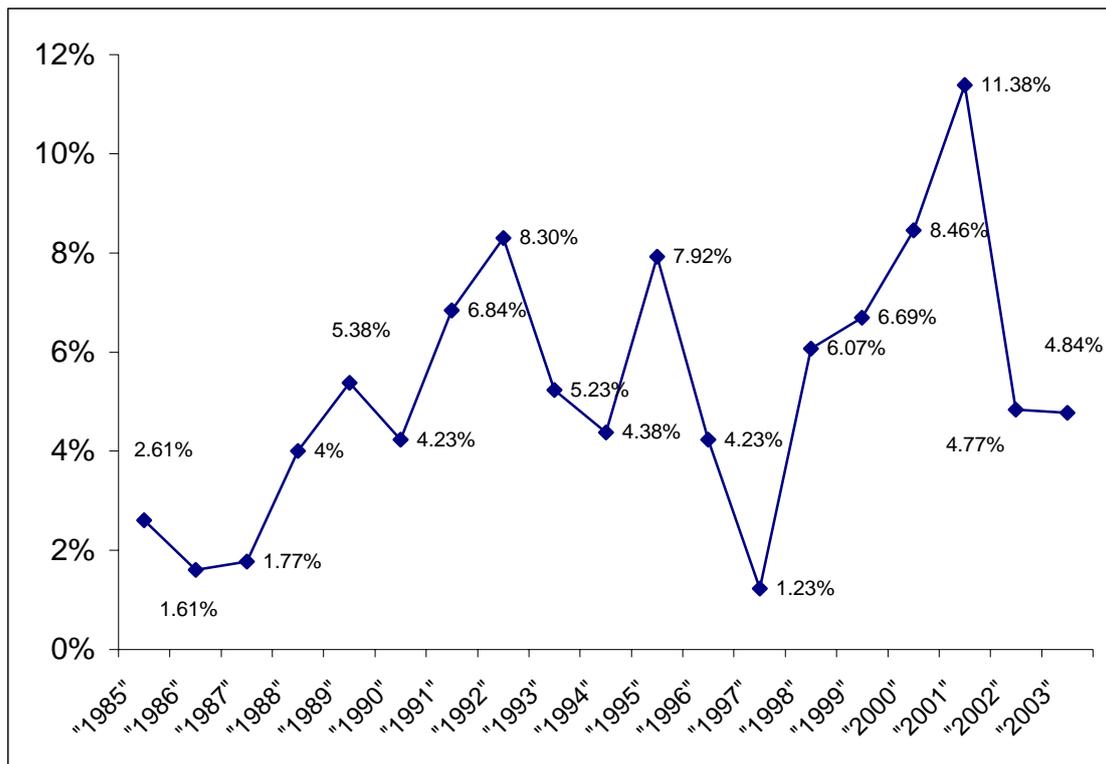
2-4-4-Localités de provenance

Tableau N° VI: Répartition des patientes en fonction des villes d'évacuation

<i>Ville</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bamako	380	20,35
Kati	1300	35,44
Baguineda	165	4,49
Ouélessébougou	63	1,71
Banamba	60	1,63
Bancoumana	34	0,92
Diago	14	0,38
Bougouni	58	1,58
Bassabougou	14	0,38
Kangaba	54	1,47
Dioila	122	3,32
Kita	36	0,98
Kolokani	35	0,95
Sélingué	42	1,14
Dio	51	1,39
Fana	59	1,61
Koulikoro	49	1,33
Narena	17	0,46
Sanankoroba	25	0,68
Siby	37	1,008
Autres	778	21,21
Non précisée	275	7,49
Total	3668	100

Un tiers des évacuées venait de la ville de Kati.

Graphique n°9: Courbe évolutive de la fréquence annuelle des évacuations en provenance de la ville de Kati.



Les évacuations en provenance de la ville de Kati étaient variables en fonction de l'année avec un pic en 2001 de 11,38%.

III- ETUDE CLINIQUE

3- 1 ANTECEDENTS

3-1-1 ANTECEDENTS FAMILIAUX

Tableau n°VII : Relation entre les antécédents familiaux et le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Khi2	P
Gémellité	311(8.5%)	250(10.4%)	1033(8%)	656.51	<0.001
HTA	72(2%)	134(5.6%)	282(2.2%)	732.53	<0.001
Diabète	13(0.4%)	44(1.8%)	73(0.6%)	690.84	<0.001
Drépanocytose	4(0.1%)	22(0.9%)	38(0.3%)	665.03	<0.001

Les antécédents familiaux d'HTA étaient marqués chez les patientes référées.

3-1-2 ANTECEDENTS MEDICAUX

Tableau n°VIII : Relation entre les antécédents personnels médicaux et le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Khi2	P
HTA	23(0.6%)	88(3.7%)	73(0.6%)	861,72	<0,001
Drépanocytose	35(1%)	101(4.2%)	345(2.7%)	727,94	<0,001
Diabète	0(0%)	25(1%)	23(0.2%)	737,87	<0,001
Asthme	21(0.6%)	24(1%)	45(0.3%)	687,22	<0,001

On notait une fréquence plus élevée d'HTA et de drépanocytose chez les patientes référées par rapport aux autres modes d'admission.

3-1-3 ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX

a- Gestité

Tableau n°IX : Relation entre la gestité et le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé
Primigestes	915(21,5%)	465(10,9%)	2283(67,6%)	1(0%)
Multigestes	1779(15,8%)	1555(13,8%)	7903(70,3%)	2(0%)
Grandes multigestes	731(23,9%)	319(10,4%)	2010(65,7%)	0(0%)
Non précisée	243(47,3%)	58(11,3%)	190(37%)	23(4,5%)
Chi2=1172,73	P<0,001			

Plus d'un cinquième des primigestes et des grandes multigestes étaient évacuées.

b -Parité

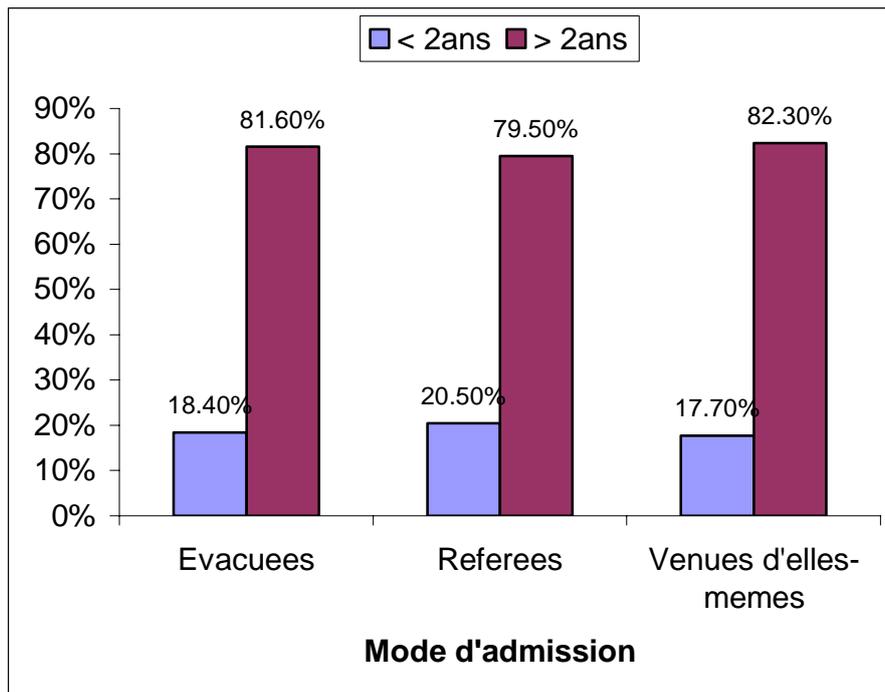
Tableau n°X : Relation entre la parité et le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé
Primipares	989(20,6%)	560(11,7%)	3243(67,7%)	1(0%)
Multipares	1971(16,4%)	1623(13,5%)	8439(70,1%)	2(0%)
Grandes multipares	467(26,9%)	156(9%)	1113(64,1%)	0(0%)
Non précisée	241(47%)	58(11,3%)	191(37,2%)	23(4,5%)
Chi2=1158,07	P<0,001			

La parité présente le même reflet que la gestité.

c- Intervalle inter gènesique

Graphique n°10 : Relation entre intervalle intergènesique et mode d'admission



Khi²=14,39 P=0,0024

Environ une patiente sur cinq évacuées ou référées avait un intervalle intergènesique inférieur à deux ans.

d- Autres antécédents gynéco- obstétricaux

Tableau n°XI : Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et le mode d'admission.

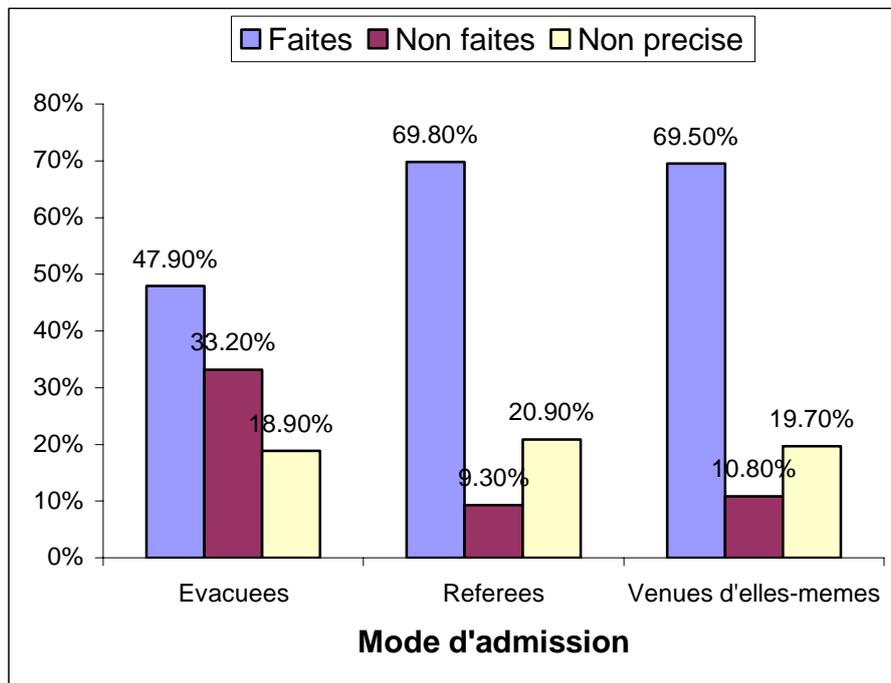
	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé	Khi2	P
Avortement provoqué	11(6,7%)	29(17,6%)	125(75,8%)	0(0%)	1071,64	< 0,001
Avortement spontané	444(12,1%)	466(19,4%)	2090(16,1%)	1(0%)	1091,48	< 0,001
GEU	23(16,5%)	28(20,1%)	86(61,9%)	2(1,4%)	3153,24	< 0,001
Césarienne	318(8,9%)	456(19%)	694(5,3%)	4(3,2%)	3020,82	< 0,001
HRP	1(5,9%)	5(29,4%)	11(64,7%)	0(0%)	2481,47	< 0,001
PP	11(18,6%)	12(20,3%)	36(61%)	0(0%)	783,3	< 0,001
Myomectomie	1(1,7%)	27(45,8%)	31(52,5%)	0(0%)	2618,25	< 0,001

Les patientes référées/évacuées avaient des antécédents gynéco-obstétricaux beaucoup plus importants.

3-2 GROSSESSE ACTUELLE

3-2-1 Suivi de la grossesse

Graphique n°11 : Relation entre le suivi prénatal et le mode d'admission



Khi²= 1329,13

P<0,001

Un tiers des patientes évacuées n'avaient pas fait de consultation prénatale.

Ce rapport était de 1/10 pour les deux autres modalités d'admission.

3-2-2- Evolution de la grossesse au premier trimestre

Tableau n°XII : Evolution de la grossesse au premier trimestre selon le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Khi2	P
Aucune anomalie	485(13,2%)	615(25,7%)	2245(17,3%)	377,64	< 0,001
GEU	327(8,9%)	102(4,3%)	116(0,9%)	683,14	< 0,001
Vomissements gravidiques graves	19(0,5%)	72(3%)	247(1,9%)	284,61	< 0,001
Mole hydatiforme	7(0,2%)	26(1,1%)	4(0%)	176,2	< 0,001
Métrorragies	112(3,1%)	207(8,6%)	500(3,9%)	386,63	< 0,001
Paludisme	8(0,2%)	10(0,4%)	50(0,4%)	255,49	< 0,001
Menace d'avortement	13(1%)	46(4,7%)	88(1,4%)	283,56	< 0,001
Avortement spontané	37(0,4%)	113(1,9%)	188(0,7%)	148,54	< 0,001
Avortement provoqué	9(0,2%)	14(0,6%)	24(0,2%)	57,22	< 0,001

Près d'une patiente évacuée sur dix avait présenté une grossesse extra-utérine. Les métrorragies avaient été retrouvées avec la même fréquence chez les patientes référées.

3-2-3 Evolution de la grossesse au deuxième trimestre

Tableau n°XIII : Evolution de la grossesse au deuxième trimestre selon le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles- mêmes	Khi2	P
Aucune anomalie	490(13,4%)	519(21,7%)	2505(19,3%)	306,05	< 0,001
Infection urinaire	4(0.1%)	26(1.1%)	76(0.6%)	311,7	< 0,001
Menace d'avortement	11(0.29%)	37(2.9%)	82(0.36%)	328,18	< 0,001
Anémie	7(0.2%)	15(0.6%)	70(0.5%)	302,91	< 0,001
Vomissements gravidiques	4(0.1%)	22(0.9%)	63(0.5%)	310,62	< 0,001
Diabète	0(0%)	31(1.3%)	27(0.2%)	1100,96	< 0,001
Paludisme	8(0.2%)	12(0.5%)	42(0.3%)	302,06	< 0,001

3-2-4 Evolution de la grossesse au troisième trimestre

Tableau n°XIV : Evolution de la grossesse au troisième trimestre selon le mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Khi2	P
Aucune anomalie	555(15,1%)	586(24,4%)	2464(19,7%)	270,07	<0,001
PP	279(7.6%)	42(1.8%)	78(0.6%)	1709,3	<0,001
MAP	113(3.1%)	127(5.3%)	361(2.8%)	323,35	<0,001
HRP	111(3%)	18(0.8%)	27(0.2%)	1291,28	<0,001
Infection urinaire	2(0.1%)	24(1%)	84(0.6%)	308,97	<0,001
Accouchement prématuré	421(7.9%)	369(12.4%)	931(5.2%)	1239,63	<0,001
Diabète	0(0%)	31(1.3%)	27(0.2%)	1098,17	<0,001
Eclampsie	491(13.4%)	83(3.5%)	124(1%)	1521,37	<0,001
Métrorragies	295(8%)	48(2%)	89(0.7%)	975,06	<0,001

Une patiente sur cinq évacuées ou référées a accouchée prématurément.

3-2-5 Examen clinique

a- Relation entre la taille et le mode d'admission

Tableau n°XV

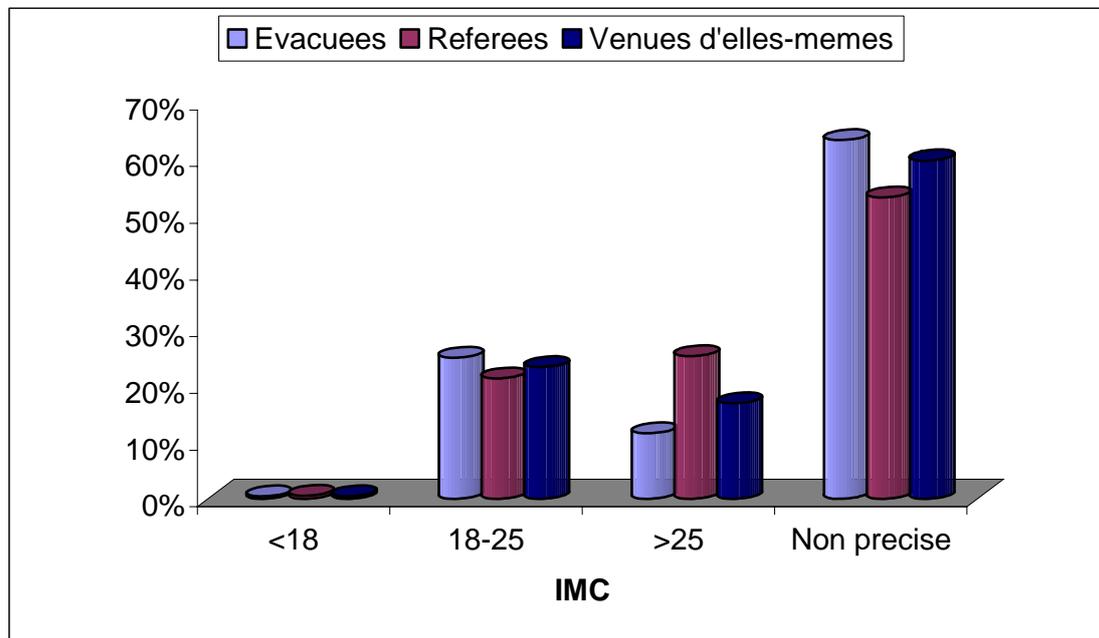
	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé
≤ 150cm	195(37,6%)	66(12,7%)	257(49,6%)	0(0%)
>150 cm	1455(17,2%)	1171(13,9%)	5817(68,9%)	1(0%)
Non précisée	1566(17,9%)	852(9,7%)	6300(72,1%)	22(0,3%)
Total	3216(18,2%)	2089(1,8%)	12374(69,9%)	23(0,1%)

Kki2=232,1 P<0,001

La moitié des patientes ayant une petite taille était évacuée ou référée.

b - Relation entre mode d'admission et IMC

Graphique n° 12 : Relation entre mode d'admission et IMC



Un quart des patientes référées avait un IMC témoin d'un surpoids ou de l'obésité.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 24,06 pour les évacuées ; 25,85 pour les référées et 24,76 pour les venues d'elles-mêmes ($\chi^2=78,81$ $p<0,001$). Le calcul de la précision de la moyenne nous donne les résultats suivants :

- Evacuées : 24.06 [24.01-24.26]
- Référées : 25.85 [25.56-26.14]
- Venues d'elles-mêmes : 24.76 [24.65-24.87]

c- Phase du travail

Tableau n°XVI : Relation entre phase du travail et mode d'admission chez les parturientes.

	Evacuées	Référéés	Venues d'elles-mêmes	Non précisés
Phase de latence	598(18,6%)	777(37,2%)	3647(29,5%)	0(0%)
Phase active	1851(57,6%)	686(32,8%)	6813(55,1%)	1(4,3%)
Non précisée	767(23,8%)	626(30%)	1914(15,5%)	22(95,7%)
Total	3216(18,2%)	2089(11,8%)	12374(69,9%)	23(0,1%)
Khi2=698,42	P<0,001			

Plus de la moitié des patientes évacuées étaient en phase active du travail.

Chez les référées, ce rapport est de 1/3.

d- Durée du travail

Tableau n^oXVII: Durée totale du travail en fonction du mode d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes
< 12 heures	386 (12%)	515 (24.66%)	3954 (31.95%)
12-24 heures	379 (11.78%)	199 (9.52%)	1262 (10.2%)
>24 heures	286 (8.89%)	34 (1.63%)	147 (1.19%)
Non précisé	2165 (67.33%)	1341 (64.19%)	7011 (56.66%)
Total	3216 (100%)	2089 (100%)	12374 (100%)

Le travail prolongé ressortait chez environ une patiente sur cinq parmi les évacuées. Ce rapport était de un sur dix dans les deux autres modalités d'admission.

La durée moyenne du travail chez les évacuées était 20.110 h ; chez les référées 9.997 h et chez les venues d'elles-mêmes 9.558 h ($p < 0.001$).

Le calcul de la précision de ces moyennes donne :

-Evacuées : 20.11 [19.1-21.11]

-Référées : 9.997 [9.43-10.56]

-Venues d'elles-mêmes : 9.558 [9.38-9.73]

- Auscultation des BCF au stéthoscope de Pinard

Tableau n° XVIII: Etude des bruits du cœur fœtal à l'examen d'admission

BCF	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé
0	984(30.6%)	178(8.5%)	310(2.5%)	0(0%)
<120	146(4.5%)	21(1%)	78(0.6%)	0(0%)
120-160	1605(49.9%)	1609(77%)	9758(78.9%)	2(8.7%)
>160	481(15%)	281(13.5%)	2228(18%)	21(91.3%)
Total	3216	2089	12374	23

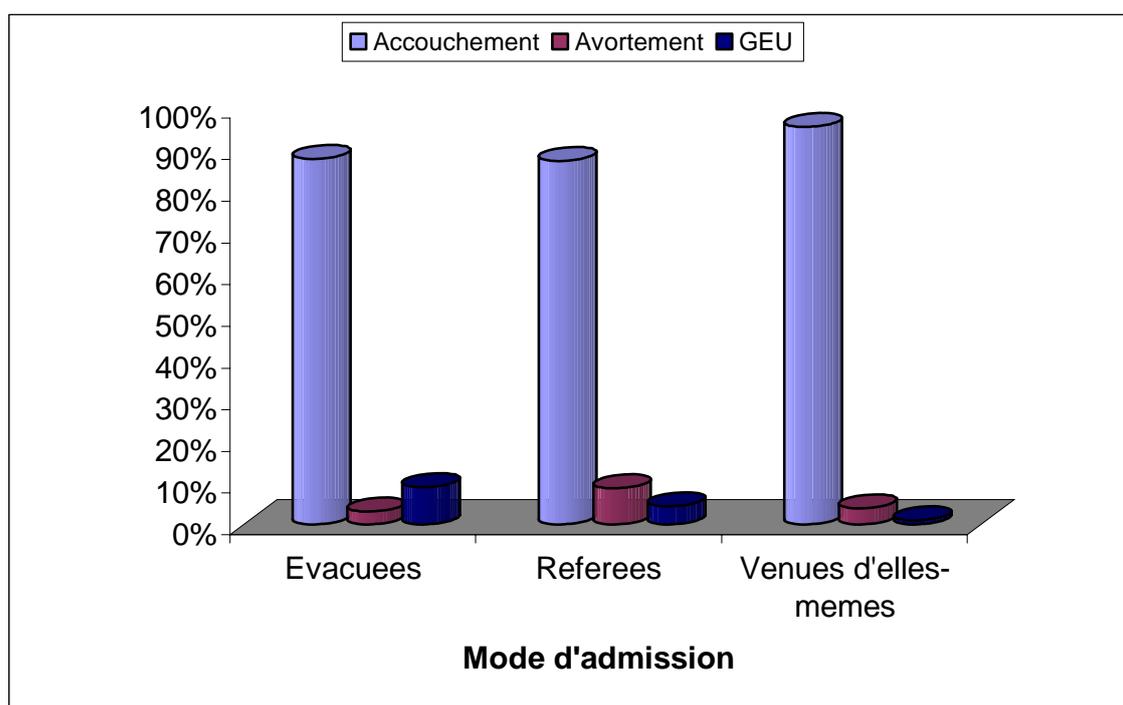
L'auscultation des BCF avec le stéthoscope de Pinard avait révélé une souffrance fœtale chez un cinquième des patientes évacuées ($p < 0.001$). Par ailleurs, la mort fœtale in utero était retrouvée dans trois cas sur dix chez les évacuées.

IV- PRONOSTIC DES MODES D'ADMISSION

4-1 Pronostic de la grossesse

4-1-1-Issue de la grossesse

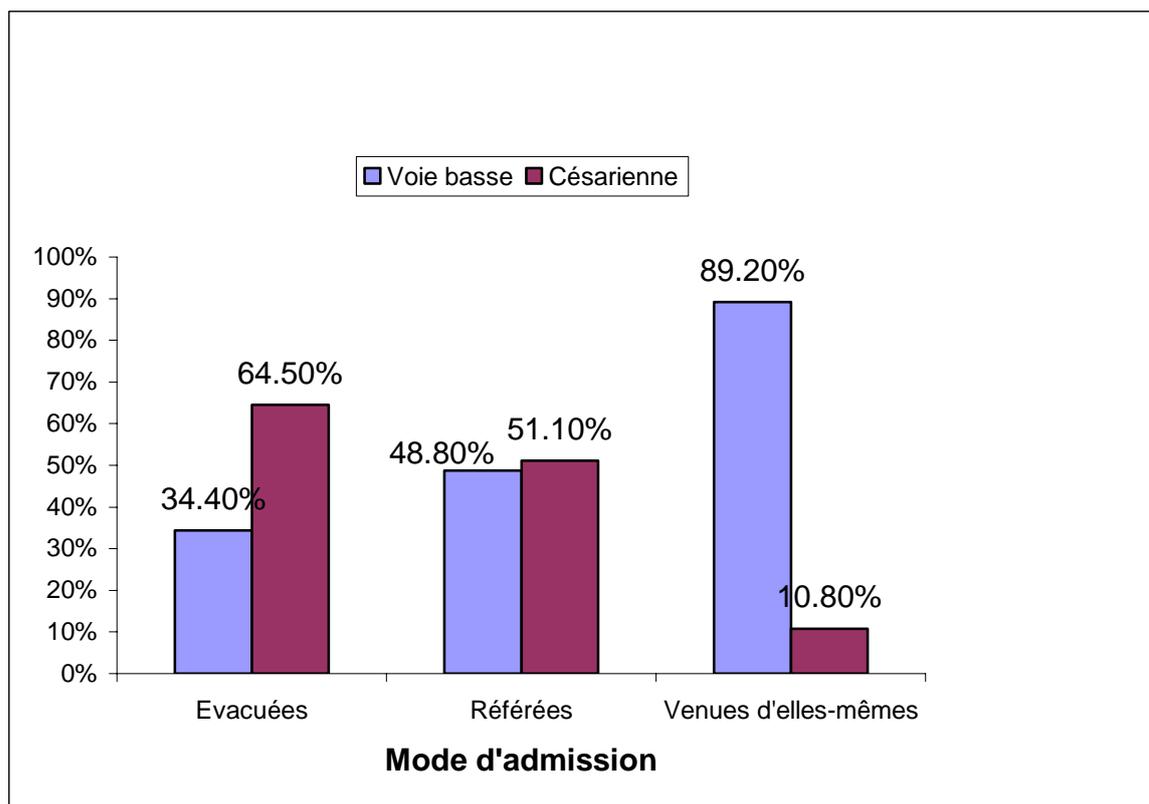
Graphique n°13 : Issue de la grossesse en fonction du mode d'admission



La plupart des patientes admises au cours de la période d'étude étaient des parturientes. La grossesse extra-utérine occupait le second rang chez les évacuées. Chez les référées c'était l'avortement qui venait en second rang ($p < 0.001$).

4-1-2- Relation entre voie d'accouchement et mode d'admission

Graphique n° 14: Voie d'accouchement en fonction du mode d'admission

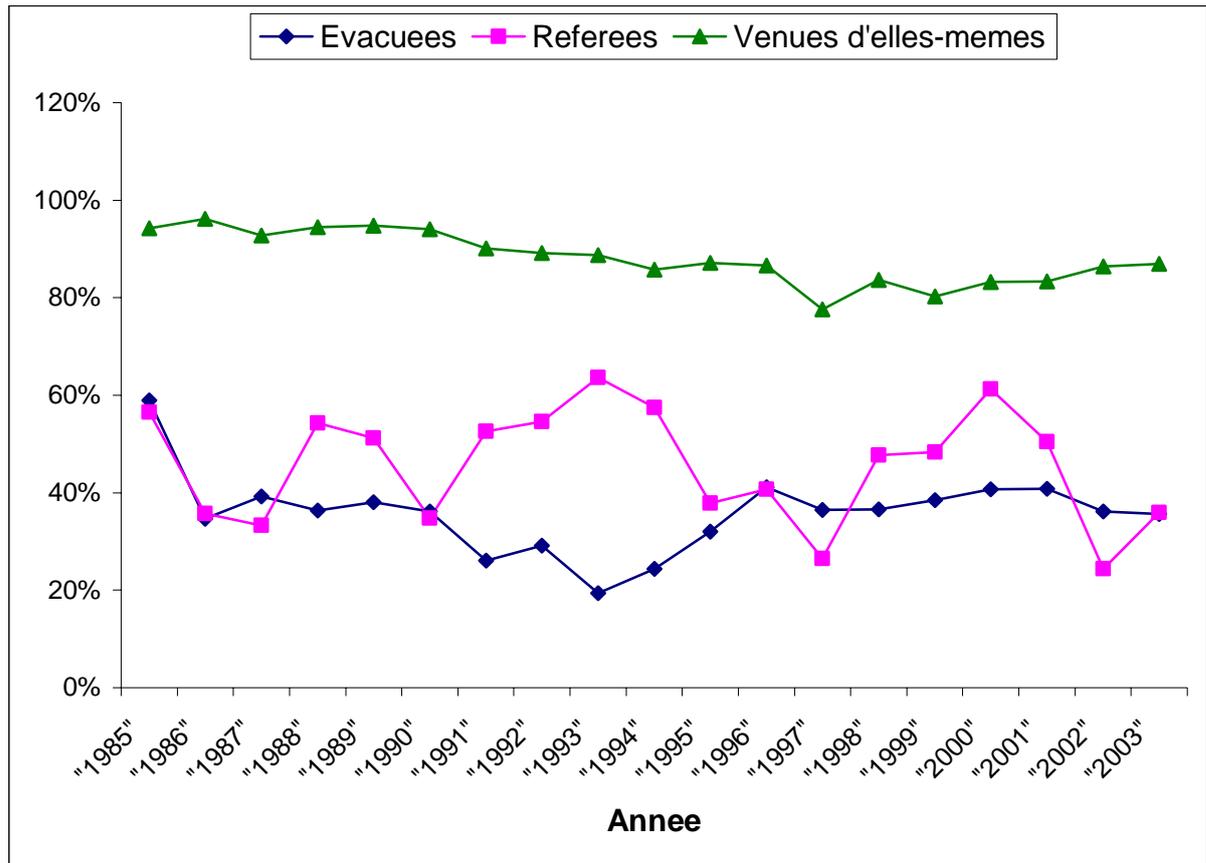


Dans plus de la moitié des cas les patientes évacuées ou référées étaient césarisées.

($p < 0.001$, $\text{Khi}^2 = 9729.88$)

4-1-3 Evolution de la fréquence des accouchements par voie basse en fonction du mode d'admission

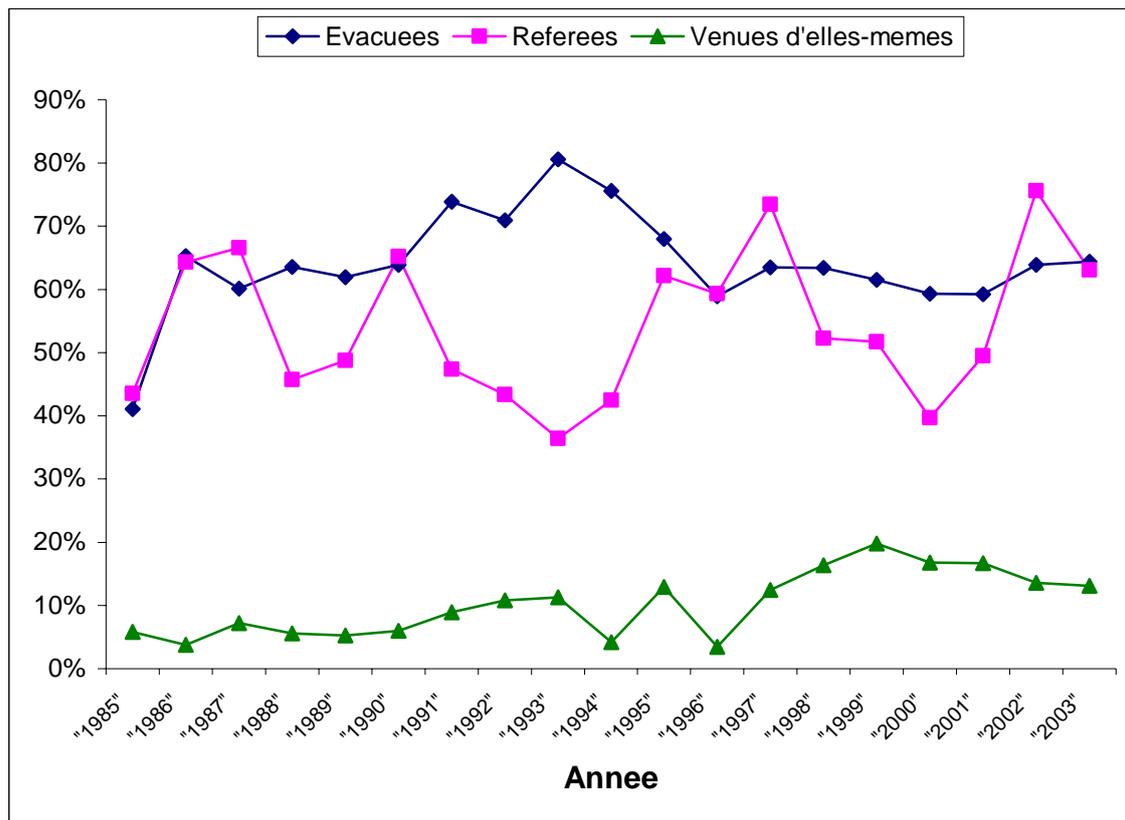
Graphique n°15



Durant la période d'étude, la fréquence des accouchements par voie basse variait entre 20% et 40% chez les patientes évacuées. Elle oscillait entre 30%-60% chez les parturientes référées.

4-1-4- Evolution de la fréquence des césariennes en fonction du mode d'admission.

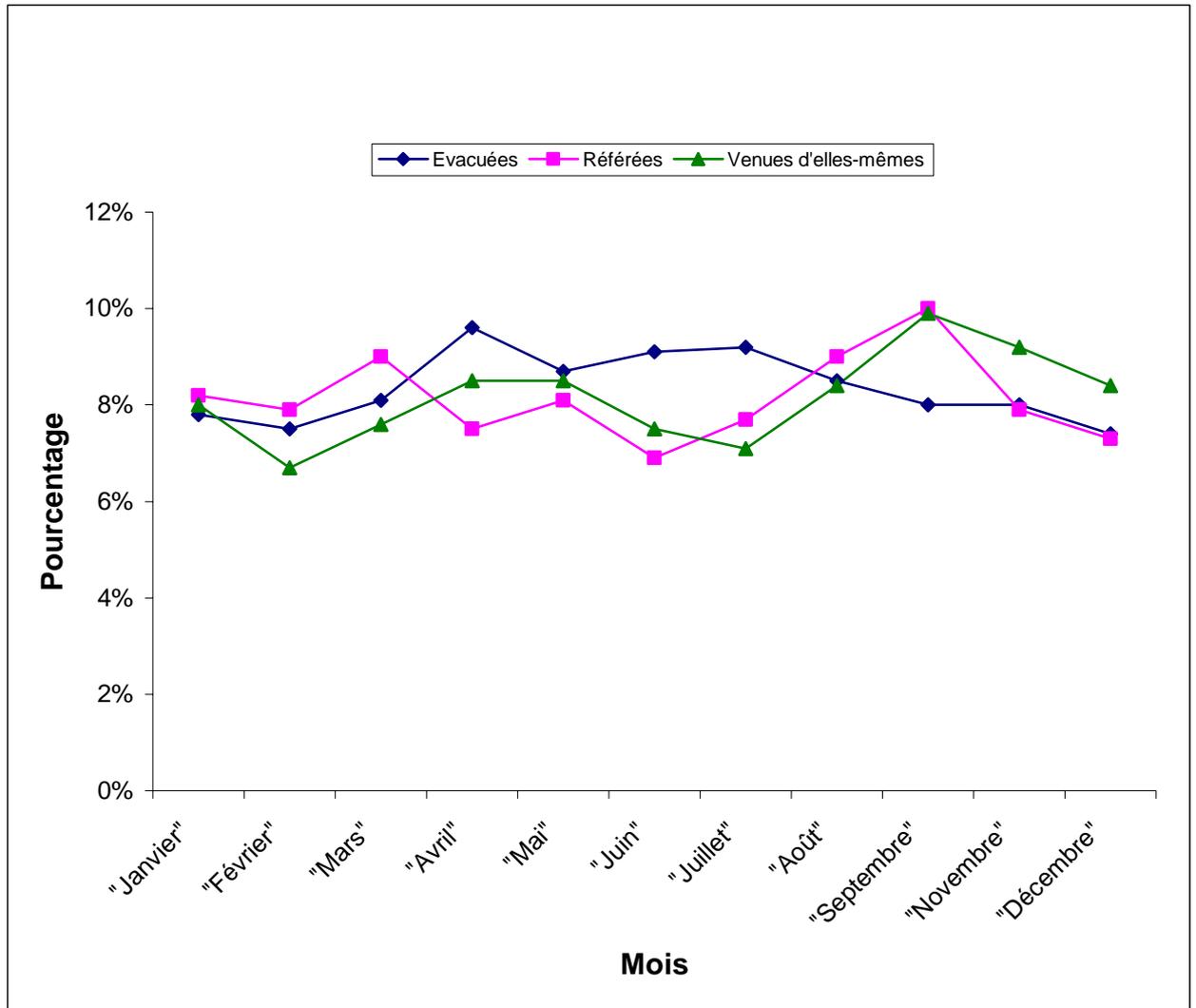
Graphique n°16



La fréquence de la césarienne chez les évacuées était presque toujours aux alentours de 60% sauf en 1985 où elle était à 43,5%.

4-1-5- Evolution de la fréquence des accouchements par mois selon le mode d'admission

Graphique n°17



Parmi les évacuées et les référées, la fréquence des accouchements variait peu en fonction du mois. La fréquence maximale était obtenue au mois

d'Avril chez les évacuées (9.6%) et au mois de Septembre chez les référées (10%) ; mais la différence est très hautement significative ($p < 0.001$).

4-1-6- Délivrance

Tableau n°XIX : Nature de la délivrance après accouchement par voie basse

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes
Délivrance spontanée	934(84,4%)	957(93,8%)	10807(97,9%)
Délivrance artificielle	136(12,3%)	53(5,2%)	20(1,8%)
Non précisée	37(3,3%)	10(1%)	32(0,3%)
Total	1107(8,4%)	1020(7,7%)	11040(83,8%)

Khi²=648,32 P<0,001

Plus d'une évacuée sur dix avaient bénéficié d'une délivrance artificielle.

IV-2 Pronostic maternel

2-1- Complications présentées par les patientes

Tableau n° XX : Relation entre complications post-partum et mode d'admission

Complications	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Khi ²	P
Endométrite	39 (1.2%)	3 (0.1%)	8 (0.1%)	366.47	<0.001
Suppuration pariétale	51 (1.6%)	6 (0.6%)	16 (1.2%)	62.85	<0.001
Hémorragie de la délivrance	160(4.4%)	28 (1.3%)	118 (1%)	893.51	<0.001

La complication post-partum la plus fréquente était l'hémorragie de la délivrance dans les trois modes d'admission. Cependant cette pathologie avait été plus observée chez les évacuées.

2-2- Durée du séjour en hospitalisation en fonction du mode d'admission

Tableau n° XXI : Relation entre la durée du séjour en hospitalisation et le mode d'admission.

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes
≤ 5 jours	266 (10.8%)	250 (19.77%)	293(18.93%)
6-10 jours	692 (28.11%)	413 (32.67%)	556 (35.94%)
>10 jours	209 (8.49%)	43 (3.40%)	56 (3.62%)
Non précisé	1294 (52.58%)	558 (44.14%)	642 (41.49%)
Total	2461 (100%)	1264 (100%)	1547 (100%)

Près de trois patientes sur dix parmi les évacuées avaient une durée d'hospitalisation allant de six à dix jours ($p < 0.001$).

La durée moyenne du séjour en hospitalisation était 8.15 jours pour les évacuées (précision= 8.15 [7.8-8.46]), 6.392 jours pour les référées (précision=6.392 [6.18-6.6]) et 6.759 jours pour les venues d'elles-mêmes (précision=6.759 [6.49-7.02]) ($p < 0.001$; $\text{Khi}^2=117.185$).

En fonction du mode de terminaison de la grossesse :

- Accouchements : 8.292 jours pour les évacuées (précision=8.292 [7.95-8.63]), 6.455 jours pour les référées (précision=6.455 [6.22-6.68]) et 6.845 jours pour les venues d'elles-mêmes (précision=6.845 [6.57-7.12]) ($p < 0.001$).

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

- Avortements : 5.0 jours pour les évacuées (précision=5 [2.96-7.04]), 5.061 jours pour les référées (précision=5.061 [3.69-6.42]), 4.2 jours pour les venues d'elles-mêmes (précision=4.2 [3.75-5.95]) (p=0.446).
- GEU : 6.840 jours pour les évacuées (précision=6.840 [6.43-7.24]), 6.490 jours pour les référées (précision=6.490 [6.1-6.88]) et 6.167 jours pour les venues d'elles-mêmes (précision=6.167 [5.48-6.85]) (p=0.065).

2-3- Issue de la mère

Tableau n°XXII : Relation entre décès maternel et mode

d'admission

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé
Décès	291(71,9%)	33(8,1%)	58(14,3%)	23(5,7%)
Vivantes	3375(18,1%)	2364(12,7%)	12928(69,2%)	3(0%)

Khi2=1719,10 P<0,001

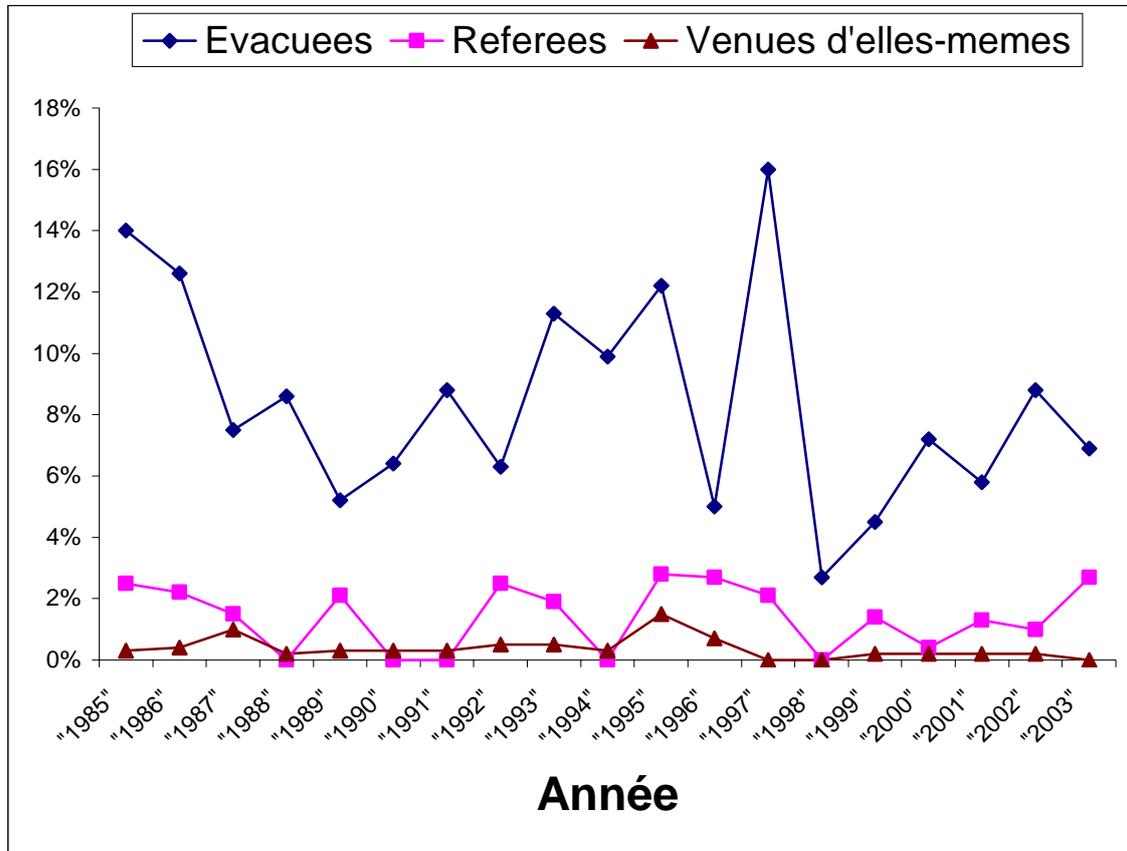
71,9% des décès maternels avaient été retrouvés chez les évacuées.

2-4- Evolution des décès maternels par année et en fonction du mode

d'admission

Graphique n°18

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003



La fréquence des décès maternels était plus élevée chez les évacuées que dans les deux autres modalités d'admission. Dans ce groupe elle variait de 2,7% en 1998 à 16% en 1997 tandis que chez les référées et les venues d'elles-mêmes elle n'atteignait pas 3%.

2-5-Taux de létalité selon le mode de terminaison de la grossesse en fonction du mode d'admission.

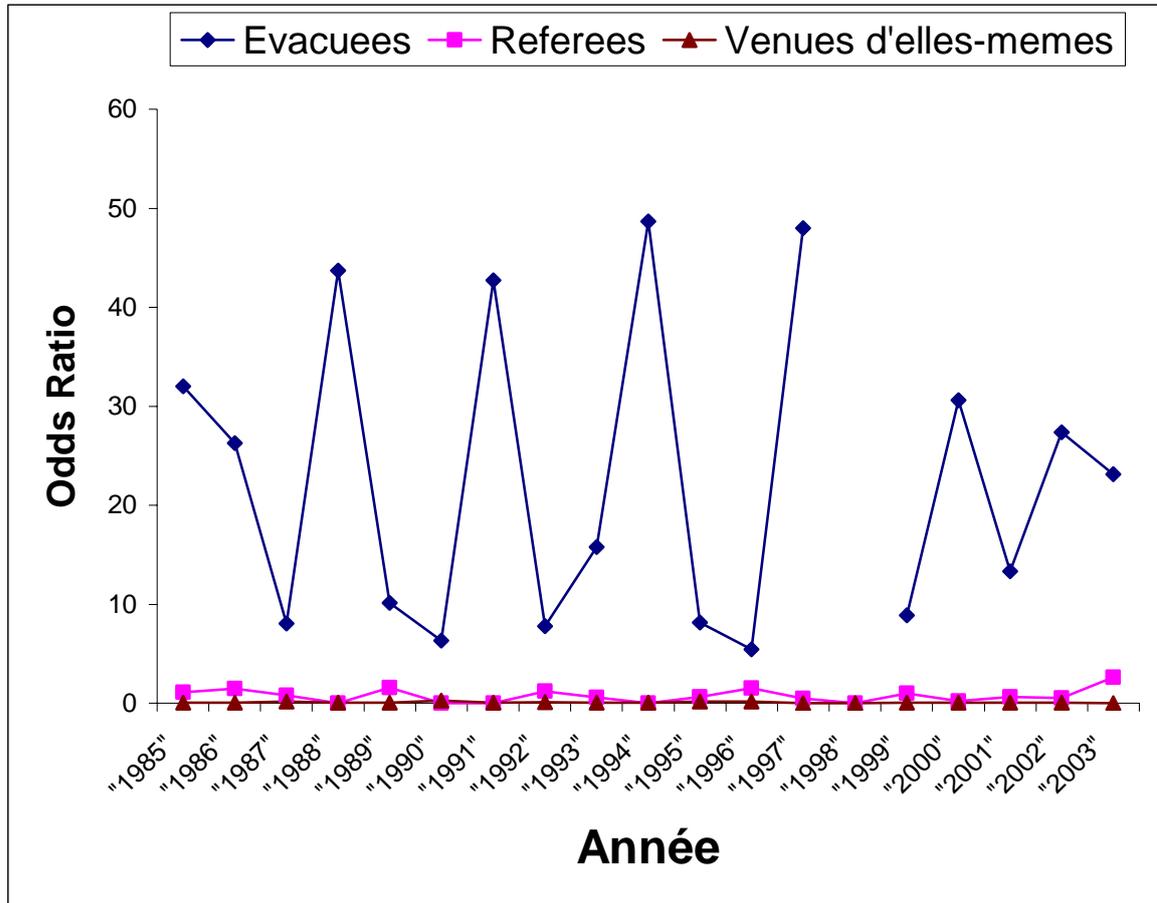
Tableau n° XXIII;

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes
Accouchements	259 (89%)	31 (93.9%)	55 (94.9%)
Avortements	15 (5.1%)	2 (6.1%)	2 (3.4%)
GEU	6 (2.1%)	0 (0%)	0 (0%)
Non précisé	11 (3.8%)	0 (0%)	1 (1.7%)
Total	291 (100%)	33 (100%)	58 (100%)

Dans les trois modalités d'admission, le taux de létalité post partum était le plus élevé et il n y a pas de différence sur le plan statistique ($p=0.51$).

2-6- Evolution du risque de décès maternel par année et selon le mode d'admission

Graphique n°XIX



L'évacuation présente un risque élevé de décès maternel par rapport aux deux autres modalités d'admission.

2-7- Etiologies des décès maternels parmi les références

Tableau n^oXXIV

Etiologies	Evacuées	Référées
Hémorragie	110 (37.80%)	8 (24.24%)
Infection	74 (25.43%)	2 (6.06%)
HTA et complications	22 (7.56%)	3 (9.1%)
Causes indirectes	25 (8.59%)	3 (9.1%)
Non précisée	60 (20.61%)	17 (51.51%)

L'hémorragie était la cause de décès ayant la fréquence la plus élevée.

2-8- Pathologies rencontrées chez les évacuées avec leur taux de létalité

Tableau n^oXXV :

Pathologies	Effectif	Khi²	P
BGR	14 (4.3%)	78.78	<0.001
BL (échec épreuve du travail)	20 (6.2%)	74.97	<0.001
Présentation transversale	33 (8.3%)	75.17	<0.001
Placenta praevia	23 (8.2%)	74.85	<0.001
HRP	13 (4.5%)	77.58	<0.001
Eclampsie	22 (19.3%)	80.19	<0.001
Rupture utérine	84 (22.8%)	138.76	<0.001
Hémorragie de la délivrance	110(68.8%)	893.51	<0.001

L'hémorragie de la délivrance était la pathologie la plus associée aux décès maternels.

IV-3 Pronostic foetal

3-1 Nombre de nouveaux-nés à la naissance

Tableau n°XXVI

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé
Un	3023(17,7%)	1989(11,6%)	12060(70,6%)	2(0%)
Deux	118(23,4%)	88(17,5%)	297(58,9%)	1(0,2%)
Trois	1(20%)	1(20%)	3(60%)	0(0%)
Quatre	0(0%)	1(50%)	1(50%)	0(0%)
Non précisé	74(63,2%)	10(8,5%)	13(11,1%)	20(17,1%)
Total	3216(18,2%)	2089(11,8%)	12374(69,9%)	23(0,1%)

P<0,001

Dans 4/10 cas, les grossesses gémellaires étaient retrouvées chez les évacuées ou les référées.

3-2 Etat des nouveaux-nés à la naissance

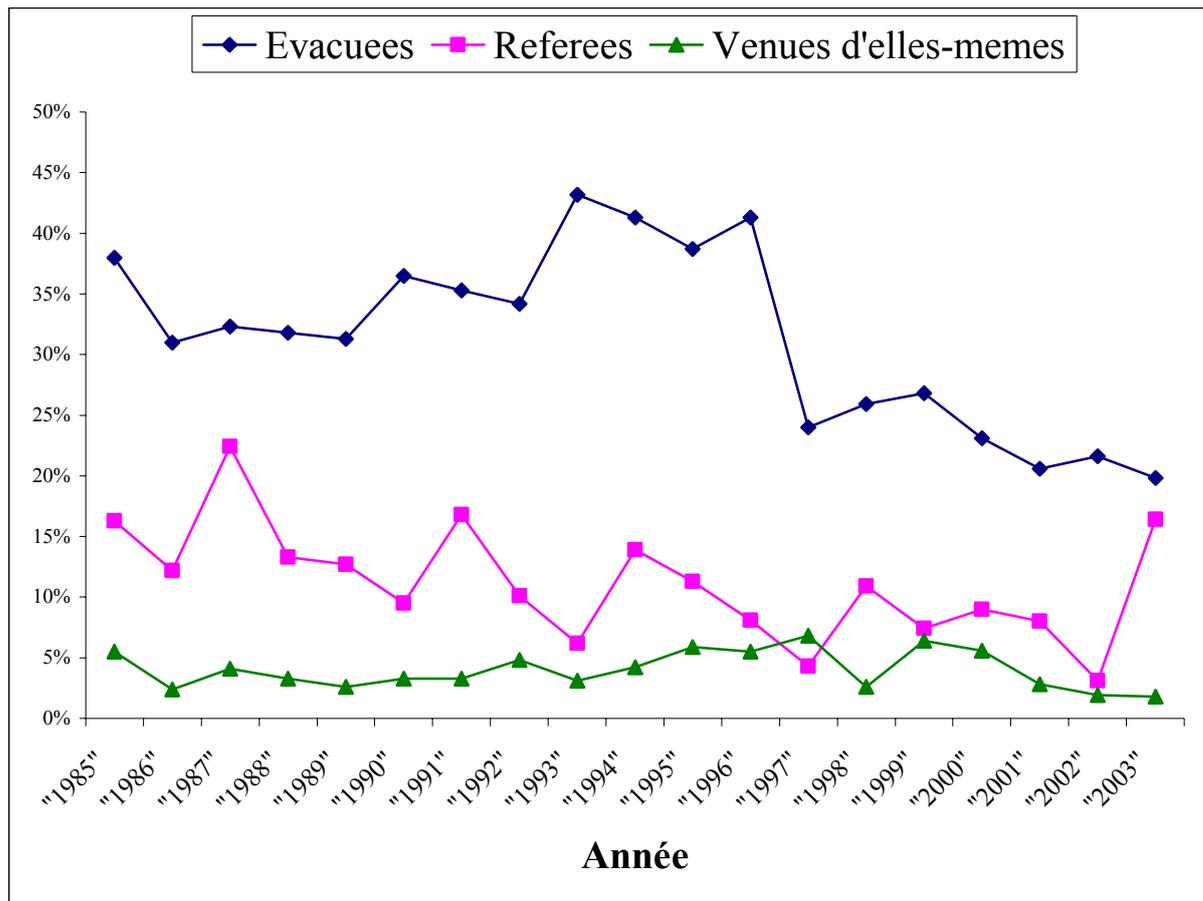
Tableau n°XXVII

	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes	Non précisé
Vivants	2000(12,7%)	1863(11,8%)	11943(75,6%)	2(0%)
Mort-nés	1142(64,1%)	217(12,2%)	412(23,6%)	1(0,1%)
Non précisé	74(65,5%)	9(8%)	10(8,8%)	20(17,7%)
Total	3216	2089	12374	23

Khi2=5855,61 p<0,001

Dans sept cas sur dix, les cas de mortinatalité étaient retrouvés chez les évacuées ou les référées.

3-3 Evolution de la mortinatalité par année et en fonction du mode d'admission
Graphique n°20



La fréquence de mortinatalité chez les patientes évacuées était la plus élevée. Elle variait entre 19,8% en 2003 et 43,2% en 1993 (soit de 1/5 à 4/10). Cette fréquence avait diminué à partir de 1997 ne dépassant pas 27% alors qu'avant cette année elle était plus élevée avec une minimale à 31% en 1986.

3-4- Relation entre décès néonatal précoce et mode d'admission

Tableau n°XXVIII

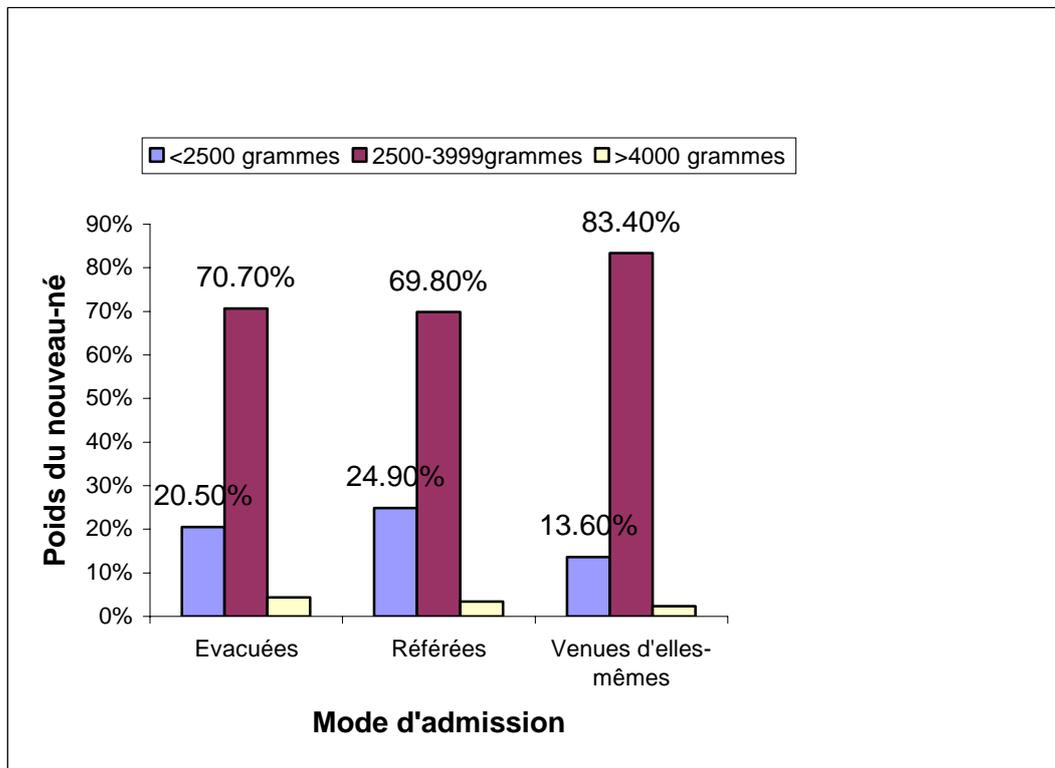
	Evacuées	Référées	Venues d'elles-mêmes
Oui	169(5.3%)	53(2.5%)	136(1.1%)
Non	2926(91%)	1941(92.9%)	11614(93.9%)
Non précisé	121(3.8%)	95(4.5%)	624(5%)

La fréquence des décès néonataux précoces était faible dans les trois groupes, mais on notait une prédominance chez les évacuées ($p < 0.001$).

3-4 Poids du nouveau-né

Graphique n°XXI : Relation entre le poids du nouveau-né et le mode d'admission

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003



Les petits poids de naissance étaient fréquemment retrouvés chez les évacuées ou les référées.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I- FREQUENCES

I-1-Fréquences globales

Au cours de notre étude nous avons obtenu les fréquences suivantes: évacuées (19,2%), référées (12,6%) et venues d'elles-mêmes ou auto-références 68,1%. Nous constatons que l'autoréférence est le type de référence le plus retrouvé et que la référence au cours de consultations prénatales est faible.

Des constatations similaires ont été faites dans la littérature. En Tanzanie [49] une étude menée sur la base de l'analyse de 415 patientes hospitalisées en maternité donne une fréquence d'auto-références de 70% de toutes les

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

admissions à la maternité. Ainsi, l'auto-référence pour accouchement, souvent sans raison médicale spécifique est le mode le plus commun de référence.

Des observations semblables ont aussi été rapportées dans un district rural du Népal [50] et au Burkina Faso [51], avec des taux de référence d'urgence, basés sur la population, de respectivement 0,4% et 0,7%. Nkyekeyer (2000) [4] rapporte dans un hôpital universitaire au Ghana 82% d'auto-références et 2% de références d'urgence parmi les accouchements hospitaliers. Une forte proportion d'auto-références (80%) a aussi été observée au Kenya [52].

D'un point de vue professionnel, le non recours au système de référence/ évacuation résulte d'une utilisation inappropriée des soins au niveau de référence par des patientes court-circuitant les services de première ligne [4]. Il est à signaler qu'une certaine proportion (1803 soit une fréquence de 13.88%) de nos patientes auto-référées vit au village du Point « G » où il n'existe pas de structure de premier niveau.

Les observances rapportées de la référence en dehors de toute urgence varient de 12% au Rajasthan à 33% au Congo [4].

Le tableau qui va suivre nous présente la fréquence globale des évacuations dans différentes études au Mali et en Afrique.

Tableau n^oXXIX : Fréquence globale des évacuations rapportée par différentes études.

Année	Pays	Auteur	Fréquence	Période d'étude
1986	Côte d'Ivoire	Camara S	62,83%	
1987	Bénin	Alihonou E	11%	
1991	Tunisie	Soltani M.S	30%	
1994	Côte d'Ivoire	Boni S	>55%	Janvier1989-Décembre 1990
1994	Burkina Faso	Lankoandé J	54%	
1995	Mali	Thiero M	11,5%	1 ^{er} Mars1992-31 Décembre 1992
1995	Bénin	Dossou Y	11,05%	
1995	Zaïre	Dujardin B	33%	
1995	Centrafrique	Sepou A	27,3%	1 ^{er} Juillet 1994-30 Juin 1995
1996	Côte d'Ivoire	Diarra N A J	7,9%	1 ^{er} Novembre 1995-31 Octobre 1996
1998	Guinée	Diallo F.B	20,37%	1 ^{er} Juin 1992-31 Mai 1993
2001	Cameroun	Ebenye C B	17,72%	1 ^{er} Février-31 Octobre 2000
2002	Mali	Magalou B	6,14%	1 ^{er} Février 2001-31 Janvier 2002
2003	Burkina Faso	Thieba B	29,8%	1 ^{er} Octobre 2001-31 Janvier 2002
2005	Mali	Altanata S A	12,77%	1 ^{er} Novembre 2003-31 Octobre 2004
2006	Mali	Notre étude	19,2%	Janvier1985-Décembre2003

La fréquence des évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique est variable en fonction des pays et de la zone. Les évacuations sont le fait d'une centralisation des structures sanitaires et du personnel qualifié et équipé dans les grandes villes [40].

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

La fréquence relativement élevée des évacuations s'explique par le fait qu'il n'y a que peu ou pas de structures intermédiaires pouvant prendre en charge certaines complications obstétricales [45]. En effet malgré l'instauration du système de Référence/Evacuation en 1994 au Mali avec la périnatalité comme porte d'entrée dans les cercles, les centres de santé ne sont pas toujours équipés en personnel ou en structure permettant une prise en charge adéquate des patientes [7].

Au cours de notre étude, la fréquence des évacuations a été variable de 8,7% en 1986 à 27,4% en 2001. Elle est restée relativement stable de 1989 à 2000 entre 19% et 23%. Il faut signaler qu'en 2002 et 2003, le service ne jouait plus pleinement son rôle de troisième niveau de la pyramide sanitaire car le service n'était doté que d'un seul gynécologue obstétricien qui était le chef du service, l'essentiel de l'équipe ayant été transférée à l'hôpital Gabriel Touré .

Le faible taux d'évacuées retrouvé par Diarra Nama (7,9%) concerne un district sanitaire de Côte d'Ivoire où la distance moyenne entre l'hôpital de référence et les infrastructures périphériques est de 59,4 Km avec un réseau routier de 2600 Km dont 2357 Km de terre difficilement praticable en saison de pluie. Le service est doté d'un seul gynécologue obstétricien aidé de quatre sages-femmes. La plupart des patientes évacuées sont plutôt adressées au Centre Hospitalier Régional de Yamoussoukro [45].

Sepou A à Bangui [44] avait un taux de 27,3% incluant aussi les évacuations d'ordre gynécologique, mais il notait la prédominance des évacuations d'ordre obstétrical (73,8%).

Ebenye C B [23] a inclus dans son échantillon seulement les patientes dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 28 SA ainsi que celle étant dans les 42 jours suivant l'accouchement.

Thiero M [33] a tenu compte seulement des patientes évacuées pour accouchement ou étant dans le post partum immédiat.

II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

II-1- L'âge

Dans notre étude, nous avons constaté que une patiente sur cinq parmi les tranches d'âge extrêmes (10-19ans et > 35ans) était admise dans un contexte d'urgence. L'âge moyen chez les évacuées était de 26.364 ans, chez les référées 27.952 ans et chez les venues d'elles-mêmes 26.173 ans ($p < 0,001$).

Plusieurs auteurs [23]; [33]; [44]; [45]; [46]; [53]; [66] s'accordent à dire que le jeune âge est fréquemment associé à l'évacuation. Magalou B [66] trouve une corrélation entre dystocie osseuse et adolescentes ($p < 0,05$). Mais certains auteurs [23]; [33] retrouvent des taux faibles en ce qui concerne les patientes dont l'âge est supérieur à 35 ans (respectivement 8,5% et 9,4%).

Le risque d'évacuation chez la femme jeune et celle dont l'âge est supérieur à 35 ans n'est pas méconnu de la littérature. En effet, ce sont les femmes jeunes et les plus âgées qui meurent plus au cours de la gravidopuerpéralité. Les décès liés à ces facteurs de risque sont en rapport avec la notion traditionnelle de procréation fortement ancrée dans les sociétés en développement [54].

Dans une revue de la littérature africaine en 1991, l'âge de la procréation était ressorti comme étant un facteur de risque à prendre en compte dans la prise en charge de la grossesse [54].

Diallo F B [55] dans son étude sur la césarienne à Conakry avait trouvé que les adolescentes étaient les plus touchées par cette intervention (78%) et ces résultats étaient similaires à ceux des travaux antérieurs réalisés dans le même service. Cela a permis d'affirmer avec plusieurs auteurs (Albrecht H,

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Thonneau P, Pontonnier A, Keita N) que la gravidopuerpéralité chez les adolescentes (15-19 ans) est souvent émaillée de complications.

En Tanzanie, une enquête a révélé que les adolescentes avaient un risque plus majoré de souffrir des complications de la grossesse [67].

II-1 La provenance

La majorité des patientes évacuées viennent de la région de Koulikoro et plus précisément de la ville de Kati (35,44% de toutes les évacuées) qui est située à 15km de Bamako (avec une route goudronnée). Cela s'explique par la proximité de cette ville de l'hôpital du Point « G » et de l'absence à l'hôpital de Kati d'un service de gynécologie obstétrique et d'un bloc opératoire pouvant prendre en charge les complications obstétricales nécessitant une intervention chirurgicale. Il est nécessaire de préciser que si les patientes admises en urgence viennent de la ville de Kati, elles n'y résident pas forcément. Elles peuvent avoir été évacuées vers Kati qui nous les adresse devant l'insuffisance du plateau technique.

Les autres villes de la région de Koulikoro qui ont adressé les patientes sont Baguineda (4.49%), Dioila (3.32%) Ouéléssébougou (1.71%) et Banamba (1.63%). Les distances entre ces villes et Bamako sont respectivement 30Km, 165Km, 80Km et 150Km.

III- ETUDE CLINIQUE

III-1 La gestité et la parité

Dans notre étude, une primigeste sur cinq était évacuée ainsi qu'une grande multigeste sur cinq. Cette constatation était très hautement significative sur le plan statistique. La parité a présenté le même reflet que la gestité.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

En 1995 Thierno M [33] avait un taux de nullipare de 30,9% avec un faible taux de grandes multipares (11,9%) proche de celui de Camara S à Abidjan (9,2%). Un taux élevé de nullipare a aussi été rapporté par Traoré A F en 1989 (33%), Diarra Nama A J (27,7%) et Magalou B (37,7%).

La fréquence relativement importante de primigeste et de primipare confirme la notion de risque de gravidopuerperalité chez la primipare [42,45]. C'est dans ce groupe qu'il est observé une fréquence élevée de syndromes vasculo-renaux et de dystocies dynamiques [45,55].

La grande multiparité constitue toujours un groupe à haut risque dans la pratique en Afrique du fait d'une fréquence plus élevée de mortalité maternelle et de la mortinatalité [47].

Pour Bohoussou et Leke [57,58], l'incidence de la mortalité maternelle augmente à mesure que l'on passe de la pauciparité à la multiparité et de la multiparité à la grande multiparité.

III-2 Le suivi prénatal

Un tiers de nos patientes évacuées n'avait fait aucune consultation prénatale, ce qui contrastait avec cet événement dans les deux autres modalités d'admission (référées et venues d'elles-mêmes) où ce rapport était de un sur dix.

L'OMS recommande de faire au moins quatre consultations prénatales au cours de la grossesse [23] car toute grossesse offre à la femme un risque potentiel de mourir. La consultation prénatale permet de détecter certaines anomalies et de référer les patientes le plutôt vers des structures pouvant les prendre en charge. Au Cameroun en 1990 une étude rétrospective au CHU de Yaoundé a retenu la non fréquentation des consultations prénatales comme facteur de morbidité et mortalité périnatales [27].

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Magalou B [66] trouvait dans son étude des résultats plus catastrophiques que les notre car près de la moitié des patientes évacuées n'avait pas fait de consultation prénatale (48,1%).

Sepou A [44] trouvait une couverture prénatale faible avec 46,4% de femmes qui avaient effectué plus de trois CPN et 10,7% des patientes qui n'avait bénéficié d'aucune CPN. Il signalait que l'absence de suivi prénatal était fréquemment associée à la morbidité et mortalité maternelle et périnatale car c'est le rapport quantité-qualité des CPN qui permet le dépistage des grossesses à risque et la référence de celles-ci. Plusieurs auteurs affirment [57; 59; 60; 61; 62] que les soins prénatals réduisent dans une large proportion le taux de gestantes qui meurent pendant la gravidopuerperalité. Diallo F.B [54] a trouvé dans son étude que le taux de mortalité maternelle qui diminue à mesure que le nombre de consultations prénatales augmente.

Même lorsqu'elle existe et est suffisante, la couverture prénatale à elle seule ne suffit pas pour lutter contre la mortalité maternelle et périnatale. En effet en 1994, l'Initiative pour une Maternité Sans Risque publiait des résultats d'une enquête menée en Tanzanie : La couverture prénatale était bonne avec 70% des femmes qui bénéficiaient d'au moins quatre CPN. Mais près de la moitié d'entre ces femmes accouchaient à domicile. Ce fait n'a donc pas contribué à réduire la mortalité maternelle en Tanzanie [67]. La couverture prénatale est importante et est renforcée par des soins obstétricaux d'urgence de qualité, dans la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale.

III- PRONOSTIC MATERNO-FCETAL

III-1-Issue de la grossesse

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Sur les 19077 patientes admises à la maternité au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 545 GEU soit une fréquence de 2,85%, 816 avortements (4,27%) et 17702 accouchements (92,79%). La létalité selon le mode de terminaison de la grossesse a montré que ce sont les accouchements qui ont des taux élevés de mortalité maternelle dans les trois modalités d'admission mais sans signification sur le plan statistique ($p=0,51$).

La césarienne a été la voie d'accouchement privilégiée chez les évacuées avec 64,5% et chez les référées (51,1%) tandis que 9 patientes sur 10 venues d'elles-mêmes ont accouché par voie basse. Toutes ces constatations sont très hautement significatives sur le plan statistique ($p<0,001$).

Le tableau ci-après nous donne la fréquence de la césarienne chez les patientes évacuées, rapportée par différentes études.

Tableau n^oXXX : Fréquence de la césarienne chez les patientes évacuées rapportée par différentes études.

Auteur	Année	Pays	Fréquence
Thiero M [33]	1995	Mali	57,5%
Téguété I [73]	1996	Mali	49,4%
Ouédraogo C [48]	2001	Burkina Faso	61,4%
Cissé B [74]	2001	Mali	46,2%
Magalou B [66]	2002	Mali	44,8%
Thieba B [46]	2003	Burkina Faso	25%
P Imbert [75]	2003	Sénégal	50,5%
Diallo A K [72]	2005	Mali	58,3%
Altanata S A [71]	2005	Mali	26,9%
Notre étude	2006	Mali	64,5%

La fréquence des césariennes chez les évacuées est variable selon les études mais reste supérieur au taux de césarienne dans la population générale. Elle s'explique par le fait que les patientes sont évacuées pour des urgences obstétricales dont plusieurs au cours de la grossesse imposent une extraction rapide du fœtus par voie haute.

III-2 La mortalité maternelle

Nous avons enregistré 405 décès maternels au cours de notre étude. La grande majorité de ces décès ont concerné les évacuées (71,9%). L'évolution des décès maternels au cours de la période d'étude nous a permis de

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

constater que chez les évacuées la fréquence varie de 2,7% en 1998 à 16% en 1997. Cette fréquence est plus faible chez les référées allant de 0% en 1991 à 2,8% en 1995. Chez les venues d'elles-mêmes cette fréquence demeure inférieure à 1%.

Le taux de mortalité selon le mode d'admission donne une fréquence de décès de 7,9% chez les évacuées, 1,4% chez les référées et 0,4% chez les venues d'elles-mêmes. Lankoandé J [76] trouvait un taux de 10%. La norme de l'OMS qui veut que la létalité reste inférieure à 1% n'est donc satisfaite que pour les patientes auto-référées.

Lorsqu'on compare les taux de mortalité maternelle avant et après la mise en place du système de référence/évacuation il n'y a pas de différence significative dans les trois groupes étudiés.

L'évolution du risque de décès maternel montre un risque élevé de décès chez les évacuées atteignant 48,67% en 1994. D'autre part, ce risque est faible chez les référées (ne dépassant pas 3%) et chez les venues d'elles-mêmes (ne dépassant pas 0,5%).

Le fait que les évacuées décèdent plus ou encore soient plus à risque de décéder est dû à un retard à l'évacuation causé par l'absence d'un système de référence/évacuation jusqu'en 1994 et à sa mauvaise organisation: manque de personnel qualifié devant prendre la décision d'évacuer ou de référer les patientes ; problèmes de moyens financiers [2; 4; 7; 40; 48; 56]; la distance parcourue, car de longues distances dans des conditions peu favorables avec un réseau routier qui n'est pas toujours de qualité favorise l'aggravation du tableau des patientes évacuées [45; 54]. Dans notre étude, bien que la plupart des évacuées soient en provenance de Kati (situé à 15 Km de Bamako), elles ont souvent été évacuées des villages faisant partie de l'aire de santé de Kati sur des chemins difficilement praticables. Ce sont tous

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

ces faits qui font que plusieurs auteurs [58; 62; 63] considèrent l'évacuation obstétricale comme un facteur péjoratif du pronostic materno-fœtal et font de l'accessibilité aux soins efficaces l'une des solutions au drame de la mort maternelle.

Les patientes qui sont évacuées sont celles qui présentent le plus de risque associé à la grossesse comme nous l'avons précisé plus haut. Leur prise en charge doit être rapide et efficace.

Les pathologies les plus souvent responsables de décès maternel parmi les évacuées sont l'hémorragie de la délivrance (68.8%) la rupture utérine (22.8%) et l'éclampsie (19.3%). Les autres pathologies sont les anomalies du bassin, de la présentation, le placenta praevia et l'hématome retro-placentaire. Une forte proportion de ces décès est évitable. En effet, toutes ces pathologies peuvent être prévenues ou prises en charge avec succès si les conditions techniques sont réunies et à condition que les patientes soient prises en charge tôt.

III-3 Mortinatalité et mortalité néonatale précoce

Les constatations relatives à la mortalité maternelle sont identiques à celles de la mortinatalité. En effet 64,1% de morts-nés sont retrouvés chez les évacuées. L'évolution de la fréquence de la mortinatalité selon le mode d'admission montre que cette fréquence varie de 19,8% en 2003 à 43,2% en 1993 chez les évacuées. Cette fréquence a diminué à partir de 1997 ne dépassant pas les 27% alors qu'avant cette date elle était plus élevée avec une minimale à 31% en 1986.

Nous allons présenter sous forme de tableau la fréquence de la mortinatalité chez les évacuées rapportée par différentes études.

Tableau n^oXXXI : Fréquence de la mortinatalité parmi les évacuations rapportée par différentes études au Mali

Auteur	Année	Pays	Fréquence
N'Diaye B [78]	1995	Mali	60,4%
Eyidi M F A [70]	2000	Mali	67,8%
Koné Y [77]	2003	Mali	69%
Notre étude	2006	Mali	12,5%

Chez les référées, la fréquence de la mortinatalité est plus faible et varie de 3,1% en 2002 à 22,4% en 1987. Ici aussi cette fréquence a considérablement diminué à partir de 1997 n'allant pas au-delà des 11% excepté en 2003 où le service ne jouait plus pleinement son rôle de troisième niveau de la pyramide sanitaire.

L'analyse de la fréquence de la mortinatalité chez les venues d'elles-mêmes ne présente pas le même reflet que dans les deux autres modalités. Cette fréquence est la plus faible et varie de 1,8% en 2003 à 6,8% en 1997.

En 2001 Dolo A [64] dans son étude sur les facteurs de risque de la mortinatalité a trouvé que le risque de mortinatalité est 4 fois plus élevé chez les patientes évacuées que chez les référées et deux fois plus élevé chez les référées que chez les venues d'elles-mêmes.

Ebenye C B [23] trouvait que la mortinatalité était particulièrement élevée au sein des enfants nés de mères évacuées ($p < 0,001$). Diallo F [65] suivant le même cours d'idée révèle que l'incidence de la mortinatalité au sein des enfants nés de mères évacuées est 6 fois plus élevée par rapport à celle relevée au sein des non évacuées.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

La fréquence des décès néonataux précoces reste faible dans les trois modalités d'admission. Elle est toutefois plus élevée chez les évacuées (5,3%) avec une différence très hautement significative sur le plan statistique ($p < 0,001$).

CONCLUSION

Au terme de notre étude nous avons recensé 19077 patientes dont 3668 évacuées (19.2%), 1297 référées (12.6%) et 12986 venues d'elles-mêmes (68.1%). Ceci nous permet d'affirmer que 3 patientes sur 10 étaient évacuées ou référées.

Les adolescentes et les patientes dont l'âge était supérieur à 35 ans étaient évacuées dans un cas sur cinq confirmant ainsi le risque de la gravidopuerperalité chez les adolescentes et celles dont l'âge est supérieur à 35 ans. La plupart de nos patientes évacuées venaient de la ville de Kati (33,3%). Les nullipares et les grandes multipares étaient évacuées dans un cas sur cinq. L'absence de CPN dans un tiers des cas chez les évacuées grève le pronostic de l'évacuation du fait que certaines anomalies anténatales auraient pu être dépistées au cours des CPN.

Nous avons enregistré 545 GEU, 816 avortements et 17702 accouchements. Les évacuées ont payé le plus lourd tribut en ce qui concerne la GEU tandis les avortements ont été retrouvés dans la majorité des cas chez les venues d'elles-mêmes.

La césarienne a été la voie d'accouchement privilégiée des évacuées et des référées alors que la voie basse a été retrouvée chez 9 patientes sur 10 venues d'elles-mêmes.

Concernant le pronostic de la mère et de l'enfant, les évacuées étaient plus à risque de décéder que les référées et les référées l'était plus que les venues d'elles-mêmes. La mortinatalité a été plus rencontrée chez les évacuées (61,4%).

Le pronostic de la mère et du nouveau-né est grevé au cours des évacuations d'où la nécessité d'améliorer l'organisation de la référence/évacuation en vue d'atteindre l'objectif du millénaire de réduire la mortalité maternelle de trois quarts et la mortalité infantile de 2/3 d'ici 2015.

RECOMMANDATIONS

A la population :

- ▶ Fréquenter les centres de santé dès le début de la grossesse et pour l'accouchement
- ▶ Recourir au centre de santé dès l'apparition des premiers signes de danger
- ▶ Mettre en place des systèmes alternatifs de soins pour la prise en charge des urgences obstétricales (caisse de solidarité, mutuelle etc...)
- ▶ Mettre en place des systèmes de transport entre le village et le CSCom pour réduire le délai de prise en charge

Aux prestataires :

- ▶ Organiser des séances d'IEC pour les chefs de famille afin de sensibiliser ceux-ci par rapport aux risques encourus par les femmes au cours de la grossesse et l'accouchement.
- ▶ Faire un diagnostic rapide des dystocies et référer les patientes le plutôt vers les structures pouvant les prendre en charge.
- ▶ Informer les populations sur les signes d'alarme pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum
- ▶ Aider les femmes enceintes à préparer leur plan d'accouchement
- ▶ Remplir correctement les supports de données

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

A l'Etat :

- ▶ Améliorer l'organisation de la référence/évacuation dans chaque région du Mali. Cette amélioration passe par l'installation d'infrastructures sanitaires respectant les normes, la formation d'un personnel qualifié, la construction d'un réseau routier praticable, une évaluation périodique du système en place, les équipements, les RAC adaptés, l'ambulance médicalisée
- ▶ Faire un recyclage périodique des matrones afin qu'elles soient à mesure de poser rapidement le diagnostic d'une dystocie et référer les parturientes à temps.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-OMS

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

2- AUDIBERT M, DE ROODENBEKE E .

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives. Banque mondiale, région Afrique, département du travail humain, Avril 2005, 128p.

3-ALIHONOU E, PERRIN R, ATCHADE D, HEKPAZO A, DOSSOU L.

Les problèmes des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans un service de référence (cas de la clinique universitaire de Gynécologie et d'obstétrique du CHNU de COTONOU). Afr. Med 1987 ; 26 : 165-70.

4-JAHN A, DE BOUWERE V.

La référence pendant la grossesse et l'accouchement: Concepts et stratégies. In De Brouwere V, Lerderghe W V. Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique. Studies in Health Services Organisation and Policy, 18, 2001, p. 239-257

5- MAINE D.

The strategic model for the PMM Network. International journal of gynaecology and obstetric 1997; 59 (suppl 2), 23-25

6-INTERAGENCY GROUP FOR SAFE MOTHERHOOD

The safe motherhood action agenda: Priorities for the next decade. Colombo, Sri Lanka 1997,1-95.

7-GUINDO G.

Les impacts des besoins obstétricaux non couverts dans le cercle de Koutiala au Mali, mémoire présenté pour l'obtention d'un master en santé publique, Antwerpen, Belgique, 2003, 34p.

8- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES DU MALI.

Enquête Démographique et de Santé 1995-1996.

9-ETARD J F, BALIQUE H, TRAORE S, KODIO B.

Maternal mortality in Bamako, Mali. Public Health 1996; 53 (suppl 1), 48-48

10-BOUVIER COLLE MH, PRUAL A, DE BERNIS L.

Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Ministère des Affaires étrangères. Coopération et francophonie, Paris, 1998.

11-UNICEF – MALI

La situation des femmes et des enfants au Mali. Bamako, UNICEF 1992, 50p.

12-MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES DU MALI.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Enquête Démographique et De santé 1987.

13-LE HORRIER G, SOLAT J.

Mécanisme général de l'accouchement. Encyclopédie médicale Obstétrique, Paris, 1986. 1 ,5070 C 10.

14-LANSAC J, BODY G, PERROTIN F, MARRET H.

Pratique de l'accouchement, 3ème Ed. Paris : Masson, 2001

15-COLVAZ JC, ZANS V.

Hématome rétroplacentaire ou DPPNI. Encyclopédie médico-chirurgicale Obstétrique 1985 ; 5071 A, 106

16-WORLD HEALTH ORGANIZATION

Mother – Baby Package. Implementing safe motherhood in country. Geneva: World Health Organisation, Division of family health, 1994: 1-2

17-MAGNIN G.

Morbidité et mortalité maternelles liées à l'accouchement. Revue du praticien 1997, 49 : 173-7

18-MARTEY J.O, DJAM J.O, TWUN S, BROWNE E.N.L, OPOKU S.A.

Referrals for obstetrical complications from Ejisu district, Ghana. WAJM: 1998, 17 (2): 58-3

19-FINGER W R .

De meilleurs soins dans le post partum peuvent sauver des vies. Family Health International, 1997, vol 17, n^o4

20-FORTNEY J A, SMITH J B.

The base of Iceberg: Prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries. (Research Triangle Park, NC: Family Health International, 1997) 98-99

21- ROONEY C.

Soins prénatals et santé maternelle : Etude d'efficacité. OMS, Programme de Santé maternelle et maternité sans risque. WHO. MSM/92 : 72p.

22-WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Maternal mortality – Worse than we thought. Safe motherhood 1995; issue 19: 1-2

23-EBENYE C.B .

Les évacuations sanitaires au CHU de Yaoundé à propos de 157 cas. Thèse de médecine, Yaoundé 2001.

24-OUEDRAOGO C, OUEDRAOGO A, OUATTARA T, AKOTIONGA M, THIEBA B, LANKOANDE J, KONE B.

La mortalité maternelle au Burkina Faso. Evolution et stratégie nationale de lutte. Médecine d'Afrique Noire, 2001-48 (11)

25- VEQUEAU – GOUA V, PIERRE F.

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

26- LENG J.J, HOCKE C.

Avortements spontanés : Aspects cliniques, Prévention et conduite à tenir. In Thoulon J-M, Puech F, Boog G. Obstétrique vol 1. Universités Francophones, Aupelf-Uref, p 285-286

27-MOFFO J.

Contribution à l'étude de la morbidité et de la mortalité périnatale et néonatale au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY) : étude prospective. Thèse médecine, Yaoundé, 1990.

28-BEAUFILS M.

Hypertension gravidique. Encyclopédie médico-chirurgicale (éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris) Néphrologie-Urologie, 18-058-D-10, gynécologie /obstétrique, 5 -036-A-10, Cardiologie ,11-302-k – 10, 2001, 15

29-KONE M.

Hypertension artérielle et grossesse. Journal de la SAGO 2001; 2, 1 :44-48

30-SOUMARE M D.

Hypertension artérielle et grossesse : Pronostic foeto-maternel dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l' Hôpital National du point « G ». A propos de 296 cas. Thèse de médecine, Bamako, 1996, n^o44

31-UZAN S, BEAUFILS M, UZAN M .

HTA et grossesse. In Papiernik E, Cabrol D, Pons J.C. Obstétrique, Médecine sciences Flammarion, 1995 : 793-824

32-SAYE M.

Les urgences obstétricales à l'hôpital régional Somine Dolo de Mopti à propos de 140 cas. Thèse Médecine, Bamako 2005, n^o 120

33-THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 160 cas. Thèse Médecine, Bamako, 1995 n^o 17

34-OMS

Complications des avortements : directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement. Genève, OMS 1997. 168, 99p

35- WHO.

Reduction of maternal mortality. A joint WHO/UNFPA/UNICEF/ World Bank Statement Geneva 1999. 39 p.

36-MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES DU MALI.

Enquête démographique et de santé du Mali. 2001

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

37-DAO S. Z.

Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 120 cas. Thèse Médecine, Bamako 2005, n^o98

38-ABOUZHR C, ROYSTON E.

Maternal mortality: a global factbook, Geneva World Health Organization 1996

39-DESSARD P, PIERRE F.

Post partum: surveillance clinique. Suites de couches normales. Complications. Examen post natal. Impact internat 1999 ; p 195-199

40-BERTHOUD C.

Surmortalité maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest. Développement et santé. 2001, n^o 153

41-MINISTERE DE LA SANTE.

Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali. Mai 2000, 49p.

42-ALIHONOU E

Mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne. Journal de la SAGO 2000 ; vol 1, n^o1 : 24-32

43-LANKOANDE J, FORO A, AKOTIONGA M, KONE B.

Les évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à propos de 2135 dossiers recueillis à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Abstract des Premières journées de Gynécologie et d'Obstétrique de Bamako 17-18-19 Février 1994

44-SEPOU A, YANZA M.C, NGUEMBI E, DOTTE G.R, NALI M N.

Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui, Centrafrique. Cahier d'études et de recherches francophones/Santé Nov-Dec 2000 ; Vol 10, n^o 6 : 399-405

45-DIARRA NAMA A J, ANGBO O, KOFFI M N, YAO T K, WELFENS EKRA C.

Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte D'Ivoire. Santé publique 1999 ; vol 11 n^o 2: 193-201.

46-THIEBA B, OUEDRAOGO A, OUEDRAOGO P A, AKOTIONGA M, OUEDRAOGO C, LANKOANDE J, KONE B.

Système de référence et de contre référence des urgences gynéco-obstétricales des maternités de la ville de Ouagadougou. Abstract 7ème congrès SAGO, 13-17 Janvier Bamako 2003.

47-KEITA N, HYJAZI Y, CONDE H, MAGASSOUBA M.

Facteurs de risque de l'accouchement de la grande multipare. Abstract 7ème congrès SAGO 13-17 Janvier Bamako 2003.

48-OUEDRAOGO C, ZOUNGRANA T, DAO B, DUJARDIN B, OUEDRAOGO, THIEBA B, LANKOANDE J, KONE B.

La césarienne de qualité au Centre hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Médecine d'Afrique Noire 2001-48(11)

49-JAHN A, KOWALEWSKI M, KIMATLA SS.

Obstetric care in southern Tanzania: Does it reach those in need? Tropical Medicine and International Health 1998; vol 3: 926-932

50- JAHN A, DARG IANG M, SHAH U, DIESFELD H J.

Maternity care in rural Nepal: A health service analysis. Tropical Medicine and International Health 2000; vol15: 657-665

51-FALKENHORST G, JAHN A.

Qualität der schwangerenvorsorge in einem Gesundheitsdistrikt in Burkina Faso. Heidelberg, Jahrestagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft. 1997

52-NORDBERG E, HOLMBERG S, KIUGU S.

Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa. Tropical Medicine and International Health 1996; 1(1):107-11

53- LOKOUSSOU A, ADISSO S, KOMONGUI D G, LANTOUNDJI C, HOUNKPATIN B I B, PERRIN R X.

Les références obstétricales en situation d'urgence, aspects pronostiques.
Abstract SAGO 13-17 Janvier Bamako 2003.

54-DIALLO F.B, DIALLO A B, DIALLO Y, GOMA O, CAMARA Y, CISSE M, DIALLO M S.

Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie. Médecine d'Afrique Noire 1998; 45(12)

55-DIALLO F B, DIALLO M S, BANGOURA S, DIALLO A B, CAMARA Y.

Césarienne : facteur de réduction de morbidité et mortalité foeto-maternelle au centre hospitalier universitaire Ignace Deen de Conakry (Guinée). Médecine d'Afrique Noire 1998 ; 45(6)

56-DICKO S B.

Evaluation du système de référence/évacuation du cercle de Sikasso en 2002. Bulletin du Réseau de santé Sud Juin 2003 ; n° 00

57-BOHOUSSOU M K, DJAHAN Y, BONI S, KONE N, WELFENS-EKRA C, TOURE K C.

La mortalité maternelle à Abidjan en 1988. Médecine d'Afrique Noire 1992 ; 39(7) :480-484

58-LEKE R J.

Outcome of pregnancy and delivery at the center Maternity of the Central Hospital of Yaoundé. Ann.Univ.SC,Santé Yaoundé 1987; 4:4322- 330

59-ALIHONOU E, ADENGBINI B, CAPOCHICHI V, DE SOUZA, AHOUANGHIYO P.

Issues de grossesses et facteurs de risque de mortalité périnatale en zone rurale au Bénin. Af Med 1993 ; 32 (302) :17-21

60-DIALLO M S, DIALLO A B, DIALLO M L, TOURE B, KEITA N CONDE M, BAH M D, CORREA P.

Caractéristiques de la mortalité maternelle dans les pays en développement: situation africaine et stratégie de prévention. AF Med 1991; 30 (289):1345-350.

61-OMS

Division Santé de la famille. Qu'est-ce que l'initiative pour une maternité sans risques. Maternité sans risques Mars-Juin 1991, n°5

62-KEITA N, HIZAZI Y, DIALLO M S.

Etude de la mortalité maternelle au CHU de Donka en Guinée. Journal Gynécologie-Obstétrique. Biologie de la reproduction 1989 ; 180 : 849-853

63-DIALLO M S, SIDIBE M, KEITA M.

La mortalité maternelle: A propos de 212 observations en sept ans (1980-1986) maternité Ignace DEEN de Conakry, Guinée. Revue Française de Gynécologie Obstétrique 1989 ; 84(5) :419-422

**64-DOLO A, TRAORE M, DIABATE-DIALLO F S, DIARRA I ,
KATILE M.**

Facteurs de risque de mortinatalité dans le service de Gynécologie
Obstétrique de l'Hôpital du Point « G » à Bamako. Journal de la SAGO
2001; vol 1, n^o1: 26-31.

**65-DIALLO M S, DIALLO F B, DIALLO Y, ONIVOGNI G, DIALLO
A B, DANARA A Y.**

Mortinatalité et facteurs de risque liés au mode de vie. Rev Fr Gynécol
Obstet, 1996 ; 91(7-9) :400-3

66-MAGALOU B.

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni
Daou de Kayes. Thèse de Médecine 2002, n^o142

67-MATERNITE SANS RISQUES.

Information sur les activités dans le monde : Novembre 1993-Février 1994,
numéro 13. 15 p

68-MERGER R.

Précis d'Obstétrique. 6 ème édition Paris, Masson, 1995

69-UNICEF-RCI.

Analyse de la situation des femmes et des enfants en Côte d'Ivoire.
Abidjan : Unicef, 1996. 153p.

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

70- EYIDI M F A.

La mortinaissance à la maternité de l'Hôpital du « Point G ». Thèse Med, Bamako 2000, n^o113

71- ALTANATA S A.

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 Med, Bamako 2005, n^o168.

72- DIALLO A K.

Facteurs de risque des complications post césarienne à l'hôpital Gabriel Touré et l'hôpital du Point « G ». Thèse Med Bamako 2005, n^o224.

73- TEGUETE I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du Point « G » de 1991-1993. A propos d'une étude cas- témoins de 1544 cas. Thèse Med, Bamako 1996, n^o17.

74- CISSE B.

La césarienne : Aspects clinique, épidémiologique et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med, Bamako 2001 n^o27.

75- P IMBERT, F BERGER, N S DIALLO, C CELLIER, M GOUMBALA, A S KA, R PETROGNAGNI.

Pronostics maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : Etude prospective à l'hôpital principal de Dakar, Sénégal. Médecine tropicale 2003; vol 63 :351-357

76- LANKOANDE J, OUEDRAOGO CH, TOURE B, OUEDRAOGO A, DAO B, KONE B.

La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso). A propos de 123 cas colligés en 1995. Médecine d'Afrique Noire 1998, 45 (3).

77- KONE Y.

La mortinaissance dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Régional de Sikasso. A propos de 116 cas. Thèse Med, Bamako 2003, n^o97.

78- N'DIAYE B.

La mortinaissance à la maternité de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako 1995, n^o18.

FICHE D'ENQUÊTE

IDENTITE DE LA FEMME

Q0 Idnum /...../
Q1 Date d'entrée /.../.../.../
Q2 Dossier no /...../
Q3 Nom
Q4 Prénom
Q5 Ethnie /...../
1=Soninké 2=Peulh 3=Malinké 4=Bambara 5=Senoufo 6=Sonrhäi
7=Dogon 8=Touareg 9=Bozo 10=Minianka 11=Maure 12=Tamacheck
13=Bobo 14=Autre
Q6 taille (cm) /...../
Q7 âge (année) /...../
Q8 Statut matrimonial /...../
1=mariée 2=célibataire 3=veuve 4=divorcée
Q9 Profession /...../
1=ménagère 2=élève/étudiante 3=fonctionnaire 4= autre
Q10 Profession du conjoint /...../
1=cultivateur 2=commerçant 3=fonctionnaire 4=élève étudiant 5=autre
Q11 Provenance /...../
1=Kayes 2=Koulikoro 3=Sikasso 4=Ségou 5=Mopti 6=Tombouctou 7=Gao
8=Kidal 9=Bamako

MODE D'ADMISSION

Q12 Evacuation /.../ 1=oui 2=non
Référée /.../ 1=oui 2=non
Venue d'elle même /.../ 1=oui 2=non
Q13 Motif d'évacuation
Q14 Lieu d'évacuation /...../
1=Cscom 2=autre structure du district 3=structure de santé intérieure 4=autre
Q15 Traitement reçu avant évacuation /.../
1=oui 2=non

ANTECEDANTS

Q16. Antécédents familiaux

Q16A Gémellité /.../ 1=oui 2=non
Q16B HTA /.../ 1=oui 2=non

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Q16C Diabète	/.../	1=oui	2=non	
Q16D Drépanocytose	/.../	1=oui	2=non	
Q16E Autre	/.../	1=oui	2=non	
Q16E1 Si autre, préciser				
Q17. Antécédents médicaux				
Q17A HTA	/.../	1=oui	2=non	
Q17B Drépanocytose	/.../	1=oui	2=non	
Q17C Diabète	/.../	1=oui	2=non	
Q17D Asthme	/.../	1=oui	2=non	
Q17E Autre	/.../	1=oui	2=non	
Q17E1 Si autre, préciser.....				
Q18. Antécédent gynéco- obstétricaux				
Q18A âge à la ménarche	/...../			
Q18B Cycle	/...../			
1=régulier 2=Irrégulier				
Q18C Durée des règles (en jour)	/...../			
Q18D Trouble des règles	/...../	1=oui	2=non	
Q18E Gestité	/...../			
Q18F Parité	/...../			
Q18G DDR	/.../			
1=connue 2=inconnue				
Q18H IIG (en mois)	/.../			
Q18I Avortement provoqué	/.../	1=oui	2=non	
Q18I1 Nombre	/...../			
Q18J Avortement spontané	/.../	1=oui	2=non	
Q18J1 Nombre	/...../			
Q19. Antécédents chirurgicaux				
Q19A GEU	/.../	1=oui	2=non	
Q19B Pelvipéritonite	/.../	1=oui	2=non	
Q19C Col cicatriciel	/.../	1=oui	2=non	
Q19D Myomectomie	/.../	1=oui	2=non	
Q19E Kystectomie	/.../	1=oui	2=non	
Q19F Césarienne antérieure	/.../	1=oui	2=non	
Q19G Nombre de cicatrice	/...../			
Q19H HRP	/.../	1=oui	2=non	
Q19H1 Nombre	/.../			
Q19I Hystéro plastie	/.../	1=oui	2=non	
Q19J Réimplantation tubo- utérine	/.../	1=oui	2=non	
Q19K PP	/.../	1=oui	2=non	
Q19L Grossesse pathologique	/.../	1=oui	2=non	
Q19L1 Autre ATCD chir. Préciser				

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

PERIODE PRENATALE

Q20 CPN faites	/... /	1=oui	2=non
Q20A Nombre	/..... /		
Q21 Auteur	/... /		
1=spécialiste 2=généraliste 3=sage femme 4=matrone 5=autre			
Q22A Terme de la grossesse lors de la première consultation (SA)	/..... /		
Q22B Terme de la grossesse lors de la dernière consultation (SA)	/..... /		
Q23 Dilatation du col à la dernière consultation	/..... /		
1=fermé 2=ouvert à l'orifice externe 3=ouvert aux 2 orifices			
Q24 Intervalle de temps entre la dernière consultation et l'accouchement (en jour)	/.... /		
Q25 Mode d'admission	/... /		
1=venue d'elle-même 2=référée			
Q26. Evolution de la grossesse au premier trimestre			
Q26A Aucune anomalie	/.... /	1=oui	2=non
Q26B GEU	/... /	1=oui	2=non
Q26C Vomissement gravidique	/... /	1=oui	2=non
Q26D Môle hydatiforme	/... /	1=oui	2=non
Q26E Métrorragie	/... /	1=oui	2=non
Q26F Paludisme	/... /	1=oui	2=non
Q26G Menace d'avortement	/... /	1=oui	2=non
Q26H Avortement spontané	/... /	1=oui	2=non
Q26I Avortement provoqué	/... /	1=oui	2=non
Q26J Autre complication	/... /	1=oui	2=non
Q26J1 Si oui, préciser		
Q27. Evolution de la grossesse au 2^e trimestre			
Q27A Aucune anomalie	/... /	1=oui	2=non
Q27B Infection urinaire	/... /	1=oui	2=non
Q27C Menace d'avortement précoce	/... /	1=oui	2=non
Q27D Paludisme	/... /	1=oui	2=non
Q27E Menace d'avortement tardif	/... /	1=oui	2=non
Q27F Anémie	/... /	1=oui	2=non
Q27G Vomissement gravidique	/... /	1=oui	2=non
Q27H Diabète	/... /	1=oui	2=non
Q27I Métrorragie	/... /	1=oui	2=non
Q27J Autre complication	/... /	1=oui	2=non
Q27J1 Si oui, préciser		
Q28. Evolution de la grossesse au 3^e trimestre			
Q28A Aucune anomalie	/... /	1=oui	2=non
28B PP	/... /	1=oui	2=non
Q28C MAP	/... /	1=oui	2=non
Q28D HRP	/... /	1=oui	2=non
Q28E Infection urinaire	/... /	1=oui	2=non
Q28F Accouchement prématuré	/... /	1=oui	2=non
Q28G Dysgravidie	/... /	1=oui	2=non

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Q28H Diabète	/... /	1=oui	2=non
Q28I Eclampsie	/... /	1=oui	2=non
Q28J Déhiscence de la cicatrice utérine	/... /	1=oui	2=non
Q28K Métrorragie	/... /	1=oui	2=non
Q28L Autre complication	/... /	1=oui	2=non
Q28L1 Si oui, préciser		
Q28M Hospitalisation	/... /	1=oui	2=non

Q28M1 Durée d'hospitalisation (nombre de jour) /...../

EXAMEN CLINIQUE

Q29A Mode d'admission	/... /	
1=elle-même 2=référée à froid 3=évacuée 4=déjà hospitalisée		
Q29B Phase de travail	/... /	
1=latence 2=active		
Q29C Durée du travail (en heure)	/..... /	
Q29D Taille	/... /	
1= \leq 150cm 2= $>$ 150cm		
Q29E Poids (en kg)	/..... /	/..... /
Q29F Age grossesse (SA)	/..... /	
Q29G HU (cm)	/..... /	
Q29H BCF (bat par min)		/..... /
Q29I Température	/..... /	
Q29J TA systolique	/..... /	
Q29JJ TA diastolique	/..... /	
Q29K Bassin	/... /	
1=normal 2=BGR 3=limite 4=asymétrique 5=aplati		
Q29L Longueur du col	/... /	
1=effacé 2=1-2cm 3=sup. 2cm		
Q29M Dilatation du col	/... /	
1=fermé 2=inf ou égal à 3cm 3=sup. à 3cm		
Q29N Durée du travail à partir de 4cm (en heure)		/..... /
Q29O Etat des membranes	/... /	
1=intact 2=rompue		
Q29O1 Si rompue	/... /	
1=prématuré 2=précoce 3=tempestive		
Q29O1a Si rupture prématuré, préciser l'intervalle entre celle-ci et l'accouchement en heure	/..... /	
Q29P Mode de rupture	/... /	
1=spontané 2=artificielle		
Q29Q Couleur du liquide amniotique	/... /	
1=clair 2=jaune 3=hématique 4=Méconial 5=purée de pois		
Q29R Présentation	/... /	
1=céphalique 2=siège 3=transversale 4=autre		
Q29S Mode de dégagement	/... /	

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

1=OP 2=OS 3=MP 4=NP 5=SP

Q29T Issue de la grossesse	/... /		
1=accouchement 2=avortement 3=GEU			
Q29U Accouchement par voie basse	/... /		
1=oui 2=non			
Q29U1 Si oui, type	/... /		
1=naturel 2=dirigé 3=provoqué			
Q29V Si avortement traitement reçu	/... /		
1=curetage 2=curage 3=traitements médicaux			
Q29V1 Complication de l'avortement	/... /		
1=pelvipéritonite 2=hémorragie 3=perforation utérine			
Q29V2 Laparotomie : 1=oui 2=non	/... /		
Q29V2a Si oui, hystérectomie 1=oui 2=non	/... /		
Q29W Complication de la voie basse	/... /		
1=oui 2=non			
Q29W1 Si oui, préciser.....			
Q29X Déchirure du périnée	/... /	1=oui	2=non
Q29Y Déchirure du col	/... /	1=oui	2=non
Q29Z Bosse séro sanguine	/... /	1=oui	2=non
Q29AA Etat de choc	/... /	1=oui	2=non
Q29BB Autre.....			
Q29CC Accouchement par voie haute	/... /	1=oui	2=non
Q29CC1 Si non, cause.....			

INDICATION DE CESARIENNE

Q30A BGR	/... /	1=oui	2=non
Q30B Bassin limite (échec de l'épreuve de travail)	/... /	1=oui	2=non
Q30C Bassin asymétrique	/... /	1=oui	2=non
Q30D Bassin aplati	/... /	1=oui	2=non
Q30A01 Bassin immature	/... /	1=oui	2=non
Q30E Présentation transversale	/... /	1=oui	2=non
Q30F Présentation du front	/... /	1=oui	2=non
Q30G Présentation de la face	/... /	1=oui	2=non
Q30H Présentation du siège	/... /	1=oui	2=non
Q30I Présentation de l'épaule	/... /	1=oui	2=non
Q30J PP	/... /	1=oui	2=non
Q30K HRP	/... /	1=oui	2=non
Q30L HTA	/... /	1=oui	2=non
Q30M Eclampsie	/... /	1=oui	2=non
Q30O RPM	/... /	1=oui	2=non
Q30P Grossesse et diabète	/... /	1=oui	2=non
Q30Q Grossesse et fibrome	/... /	1=oui	2=non
Q30R Grossesse et maladie infectieuse	/... /	1=oui	2=non
Q30S Antécédent de cure de prolapsus génital	/... /	1=oui	2=non
Q30T Antécédent de FVV	/... /	1=oui	2=non
Q30U ATCD de déchirure complète du périnée	/... /	1=oui	2=non

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Q30V	Enfant précieux	/.../	1=oui	2=non
Q30W	Disproportion foeto- pelvienne	/..../	1=oui	2=non
Q30X	Antécédent de mort né à répétition	/..../	1=oui	2=non
Q30Y	Malformation fœtale	/.../	1=oui	2=non
Q30Y1	Si oui, préciser la nature			
Q30Z	Pré rupture ou rupture	/...../	1=oui	2=non
Q30AA	Césarienne post mortem	/..../	1=oui	2=non
Q30BB	Terme dépassé (échec de déclenchement)	/.../	1=oui	2=non
Q30CC	Iso immunisation materno- fœtale	/..../	1=oui	2=non
Q30DD	Antécédent de rupture utérine	/..../	1=oui	2=non
Q2930	Dystocie du col	/..../	1=oui	2=non
Q30FF	Dystocie dynamique	/.../	1=oui	2=non
Q30GG	Procidence du cordon sans présentation transversale	/.../	1=oui	2=non
Q30HH	Cardiopathies	/..../	1=oui	2=non
Q30II	Prématurité	/..../	1=oui	2=non
Q30JJ	Grossesse gémellaire	/..../	1=oui	2=non
Q30KK	Obstacle praevia	/..../	1=oui	2=non
Q30LL	Autre anomalie et lésion de la voie basse	/.../	1=oui	2=non
Q30MM	Souffrance fœtale aiguë	/.../	1=oui	2=non
Q30MMA	Utérus cicatriciel	/..../	1=oui	2=non
Q30NN	Autre indication de césarienne	/...../	1=oui	2=non
Q30NN1	Si autre indication préciser.....			
Q30PP	Existe-t-il une rupture à l'ouverture ?	/.../	1=oui	2=non
Q30qq	Siège de la rupture	/..../		
	1=Segmentaire 2=funduque 3=latérale 4=corporéale antérieure 5=corporéale postérieure 6=autre			
Q30RR	Y a t-il atteinte des pédicules vasculaire au cours de la rupture	/..../		
	1=oui 2=non			
DIFFICULTES OPERATOIRES				
Q31A	Anomalie de la paroi	1=oui 2=non	/..../	
Q31A1	Si oui, préciser.....			
Q31B	Présence de varice	1=oui 2=non	/.../	
Q31B1	Si oui, préciser le siège		/..../	
	1=Segmentaire 2=Autre			
Q31C	Accès au segment inférieur		/..../	
	1=Facile 2=Difficile			
Q31D	Existence d'adhérence comme difficulté ?	1=oui 2=non	/.../	
Q31E	Etat des cicatrices utérines		/..../	
	1=bon 2=mauvais			
Q31E1	Autre	1=oui 2=non	/.../	
Q31E2	Si autre, préciser.....			
Q31F	Y a-t-il eu transfusion sanguine ?	1=oui 2=non	/.../	
Q31G	Quelle est la quantité utilisée		/..../	
	1=un sachet 2=deux sachets 3=trois sachets 4=quatre sachets			
COMPLICATION				
Q32A	Complication per opératoire	1=oui 2=non	/.../	

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Q32A1 Si oui, préciser	/.../
1=Métrorragie 2=Trouble de la coagulation 3=Hémorragie utero placentaire	
4=Lésion vasculaire 5=Autre 6=Choc	
Q32A2 Si oui, préciser.....	
Q32A3 Lésion urinaire 1=ooui 2=non	/.../
Q32A4 Si oui, préciser.....	
Q32A5 Mort maternelle	/.../
1=Au cours de l'acte chirurgical 2=Avant l'acte chirurgical	
Q32A6 Complication anesthésiologiste 1=ooui 2=non	/.../
Q32A6A Si oui, préciser.....	
Q32B Complication post opératoire 1=ooui 2=non	/.../
Q32B1 Complication infectieuse 1=ooui 2=non	/.../
Q32B2 Si oui, préciser	/.../
1=endométrite 2=infection urinaire 3=sepsis et infections graves 4=suppuration	
et abcès de paroi 5=choc hypovolemique	
Q32B3 Hémorragie post opératoire 1=ooui 2=non	/.../
Q32B4 Complication digestives 1=ooui 2=non	/.../
Q32B4A Si oui, préciser.....	
Q32B5 Maladie thrombo embolique 1=ooui 2=non	/.../
Q32B6 Complication diverses 1=ooui 2=non	/.../
Q32B6A Si oui, préciser.....	
DELIVRANCE	
Q33 Nature de la délivrance	/.../
1=spontanée 2=artificielle	
Q34 Poids du placenta en grammes	/...../
Q35 Insertion du cordon	/.../
1=centrale 2=para central 3=velamenteuse 4=raquette 5=latéral	
Q36 Hémorragie de la délivrance 1=ooui 2=non	/.../
Q37 Intégrité des membranes 1=ooui 2=non	/.../
Q38 Point de rupture en cm	/...../
Q39 Taille de la cupule en cm	/...../
Q40 Poids de l'hématome en grammes	/...../
Q41 Mort maternelle 1=ooui 2=non	/.../
Q41A Si oui, préciser la cause.....	
Q1B Révision utérine systématique 1=ooui 2=non	/.../
Q41C Déhiscence ou rupture objectivée 1=ooui 2=non	/.../
NOUVEAU NE	
Q42 Nombre	/.../
Q42A Etat à la naissance	/.../
1=vivante 2=mort né	
Q43 Apgar à la 1mn	/.../
Q43A Apgar à 1mn du deuxième enfant	/.../
Q44 Apgar à 5mn	/.../
Q44A Apgar à 5mn du deuxième enfant	/.../
Q45 Poids en grammes	/...../
Q45A Poids du deuxième jumeau	/...../

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

Q46	Prématurité	1=oui	2=non	/.../	
Q47	Sexe			/.../	
	1=masculin		2=féminin		
Q47	Sexe du deuxième jumeau			/.../	
	1=masculin		2=féminin		
Q48	Décès néo natal	1=oui	2=non	/.../	
Q48A	Si oui, préciser l'âge en jour			/.../	
SUITE DE COUCHE					
Q49	Montée laiteuse			/.../	
	1=avant le troisième jour		2=après le troisième jour		
Q50	Pathologie des suites de couches	1=oui	2=non	/.../	
Q50A	Si oui, préciser			/.../	
	1=état de choc		2=trouble de la coagulation		3=mastite
	5=septicémie		6=psychose puerpérale		7=anémie du post partum
	8=endométrite		9=atteinte rénale		10=autre
Q51	Consultation post natale faite	1=oui	2=non	/.../	
Q51B	Hospitalisation	1=oui	2=non	/.../	
Q51B1	Durée d'hospitalisation en jour			/.../	
Q52	Année			/.../	
	1=1985	2=1986	3=1987	4=1988	5=1989
	6=1990	7=1991	8=1992		
	9=1993	10=1994	11=1995	12=1996	13=1997
	14=1998	15=1999			
	16=2000	17=2001	18=2002	19=2003	
Q53	Mois			/.../	
Q54	Même indication que la césarienne précédente			/.../	
	1=oui	2=non	3=indéterminé		
Q55	Type d'hémoglobine			/.../	
	1=SS	2=AS	3=SC	4=AC	5=AA
	6=Indéterminé				
Q56	Ligature et résection des trompes (LRT)			/.../	1=oui
	2=non				
Q57	Cerclage			/.../	1=oui
	2=non				
Q58	Chorionicité			/.../	
	1= Monochoriale monoamniotique		2= Monochoriale biamniotique		3= Bichoriale biamniotique

Fiche signalétique

NOMS : EYOKO HEBA

PRENOMS : ANNE SANDRINE

TITRE : LES REFERENCES OBSTETRIQUES A L'HOPITAL
NATIONAL DU POINT « G » DE 1985 A 2003

ANNEE DE SOUTENANCE : 2005-2006

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynéco Obstétrique

Adresse électronique : eyanns@ yahoo.fr

RESUME :

Nous avons mené une étude transversale comparative avec collecte rétrospective des données. Elle s'est étendue sur une période de 19 ans allant du 1^{er} Janvier 1985 au 31 Décembre 2003. Nous avons colligé un total de 19077 patientes dont 3668 évacuées (19.2%), 1297 référées (12.6%) et 12986 venues d'elles-mêmes (68.1%). Chez 23 patientes (0.1%), le mode d'admission n'avait pas été précisé. L'évacuation a concerné les patientes jeunes et celles dont l'âge était supérieur à 35 ans (22.9% et 22.4%). Elles habitaient dans la majorité des cas la région de Koulikoro ou celle de Sikasso (68.1% et 68.2%). C'est la ville de Kati qui adressait le plus de référence (35.44%). Les primipares et les grandes multipares ont été les plus concernées par l'évacuation. Un tiers des patientes évacuées n'avaient fait

Les références obstétricales à l'hôpital du Point G de 1985 à 2003

aucune consultation prénatale tandis que ce rapport était de 1/10 chez les référées et les venues d'elles-mêmes.

Nous avons obtenu 17702 accouchements, 816 avortements et 545 grossesses extra-utérines.

L'examen clinique à l'admission a permis de noter qu'un quart des parturientes évacuées/référéées avait un IMC témoin d'un surpoids ou d'une obésité. La durée totale du travail a été en moyenne de 20.110 heures chez les évacuées, 9.997 heures chez les référées et 9.558 heures chez les venues d'elles-mêmes ($p < 0.001$). L'auscultation des bruits du cœur fœtal au stéthoscope de Pinard a conclu à une mort fœtale in utéro dans 30.6% des cas chez les évacuées, 8.5% des cas chez les référées et 2.5% des cas chez les venues d'elles-mêmes ($p < 0.001$). Dans la moitié des cas les patientes évacuées/référéées ont accouché par césarienne. La durée moyenne du séjour en hospitalisation était de 8.15 jours pour les évacuées, 6.392 jours pour les référées et 6.759 jours pour les venues d'elles-mêmes ($p < 0.001$). Dans sept cas sur dix, les décès maternels ont été retrouvés chez les évacuées. Les pathologies les plus souvent associées au décès maternels étaient l'hémorragie de la délivrance (68.8%), la rupture utérine (22.8%) et l'éclampsie (19.3%). Le score d'Apgar était nul à la naissance dans sept cas sur dix chez les évacuées/référéées.

La référence en urgence ou évacuation grève lourdement le pronostic de la mère et du nouveau-né d'où la nécessité de renforcer le système de référence/évacuation mis en place afin de lutter efficacement contre la mortalité maternelle et périnatale.

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure