

Ministère de l'enseignement secondaire
Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali

Université de Bamako



Un Peuple – Un But – Une Foi

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



Année Universitaire 2007/2008

Thèse N°...../2008

THESE

EVACUATIONS OBSTETRIQUES AU SERVICE DE GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT-G A PROPOS DE 682 CAS

présentée et soutenue publiquement le --22--/-MARS----/2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Par Mr. Moussa dit Balla DIARRA

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

Presidente	Pr Sy Aïda SOW
Directeur de thèse	Dr Bouraïma MAIGA
Co-Directeur	Dr Samba TOURE
Membre	Dr Charles FAU

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN: **Anatole TOUNKARA** - Professeur

1^{er} ASSESSEUR: **Drissa DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: **Sékou SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **Yénimégue Albert DEMBELE** - Professeur

AGENT COMPTABLE: **Mme 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 Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M Keita	Pédiatrie
Mr Siné Bayo	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya Simaga	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine interne
Mr Boulkassoum Haidara	Legislation

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

▪ D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. 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
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique

▪ D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou Koné	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

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

4. 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
Mr Mamadou Ba	Biologie/ Parasitologie entomologie
médicale	
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

▪ D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

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 Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SiDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

▪ **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA

Pr. Babacar FAYE

Pr. Mounirou CISSE

Pr. Amadou Papa DIOP

Pr. Lamine GAYE

Dr Pascal BONABRY

Bromatologie

Pharmacodynamie

Hydrologie

Biochimie

Physiologie

Pharmacie hospitalière

DEDICACES

Je dédie ce travail

A DIEU LE TOUT PUISSANT ;

Je dirai merci Maître des cieux de m'avoir permis de voir le jour et de grandir.

Je demande à **ALLAH** le **Tout Puissant ; le Miséricordieux** qui par **sa seule volonté** a permis de voir ce jour d'accepter ce **modeste travail**.

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

A ma mère Assoum Cissé, femme brave et combattante, tu as été pour moi plus qu'une mère. Ton soutien tout au long de ces années n'a jamais fait défaut. Je suis sûr que sans la volonté de DIEU et ton engagement à ce que je fasse des études médicales, ce jour n'aurait sans doute pas existé. Tes conseils et tes sacrifices de tous les jours m'ont permis de forger mon chemin. A ton nom je fais le **serment de sauver et de protéger la femme autant que possible**. J'espère que ce modeste travail te rendra fière de moi.

Que DIEU te prête longue vie et santé.

Mon oncle Feu Moriba Cissé, tu as été pour moi un tuteur exemplaire, durant tous les temps de ton vivant tu m'a toujours accordé ton soutien .Ce travail est certainement le fruit de tes

sacrifices. Que DIEU t'accorde sa grâce et t'accepte dans son paradis.

A mes Tantes Sanata Singaré et Rokia Dognogo, votre soutien a été infailible durant toutes ces années. Je reste reconnaissant pour tout ce que vous avez apporté à l'élaboration de ce modeste travail.

Que le Miséricordieux fasse que vous soyez fière d'avoir participé à cet humble travail.

A mes frères Seydou Keïta Amadou Diarra, Boubacar Diarra, A mes sœurs M'Bamakan Keïta, Mamou Keïta, Kadiatou Diarra

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

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

A mon ami feu Abdoul Fatah Traoré, tu resteras pour moi et le groupe que nous avons forgé, un exemple. Ta sincérité et ton amour pour une unité syndicale n'a jamais fait défaut. Dors en paix cher ami.

A mes amis Amadou Cissé et Abdoulaye Keïta, Gaoussou Marico, Moussa Traoré, Youssouf Diarra, Madou Traoré, les mots me manquent pour évaluer à la juste mesure tout ce que vous m'avez apporté. Je reste confiant à votre amitié et j'espère que Dieu accompagnera nos pas pour le meilleur et le pire.

A mes amis de l'expérience syndicale, tout au long de ces années vous m'avez apporté votre affection et soutien

indéfectibles. A vos côtés j'ai appris à aimer et à faire aimer et je reste convaincu que ce qui nous uni restera éternel. Je vous présente respectueusement cet humble travail qui est aussi le votre.

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

A mes amis et cofondateurs de l'AEMK (association des étudiants en médecine ressortissants de KITA)

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

A tous les anciens membres de la chambre A12 : Abdoul Karim Koné, Yacouba Coulibaly ,Malamine Keïta, Moustapha Coulibaly, Youba , Hamadi Cissoko,Moussa Sanogo, sachez que vous resterez pour moi des frères et j'espère que nous resterons uni pour le meilleur et le pire.

A Docteur Diakité Aïssata Semega Chargée de l'approvisionnement et la gestion des médicaments au CHU du Point-G, je tiens à vous remercier sincèrement pour votre courtoisie et votre soutien à l'élaboration de cette thèse. J'espère que vous serez fière d'avoir participé à cet humble travail.

A tout le personnel du standard du CHU du Point-G :

Mamadou Traoré, Lassine Diarra, Seydou Tounkara, Djan Diarra,

je vous dis merci pour votre contribution à la bonne marche des retro-informations. Je suis sûr que sans votre concours le travail n'aurait pas été facile.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE

PROFESSEUR SY AÏDA SOW.

Professeur en Gynécologie-obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

Chef de l'unité Gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II.

Cher professeur votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations, vos connaissances en Gynécologie-obstétrique, vos qualités de mère et de maître, nous ont séduits.

Vous êtes un modèle de simplicité et d'humanisme.

Veillez trouver ici cher professeur l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE.

Docteur SAMBA TOURE.

Chef de service adjoint de gynécologie-obstétrique du
CHU du POINT-G.

C'est un grand honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce modeste travail.

Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et
votre disponibilité à servir autant que possible font de
vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement
pour tout ce que vous avez apporté à ce travail

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

A notre Cher maître et directeur de thèse

Docteur BOURAÏMA MAÏGA

Chef de service de gynécologie –obstétrique du CHU du point-G
Assistant chef clinique à la faculté de médecine de pharmacie et
d'odonto-stomatologie,

Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le
ministère de la femme de l'enfant et de la famille.

Responsable de la filière de formation des sages femmes à
l'institut national de formation en sciences de la santé (INFSS) ;
Chevalier de l'ordre national du Mali.

Cher maître, nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce
travail. Vous m'avez fait un grand honneur en m'acceptant au
sein de votre équipe. Sachez que j'ai été marqué par votre sens
élevé du devoir. Votre humanisme et votre dévouement pour le
bien être des femmes font de vous un exemple à suivre. J'ai aimé
votre philosophie et vous m'avez transfusé de votre savoir. Les
mots me manquent pour exprimer toutes mes émotions.

Cher maître, veuillez trouver ici mes sincères reconnaissances
pour la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié dans votre
service.

Que le bon Dieu vous donne longue vie

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DOCTEUR COLONEL
CHARLES FAU**

Médecin Colonel

Directeur du centre hospitalier universitaire du Point-G
Chevalier de l'ordre national du Mali.

Cher maître vous nous faites honneur en acceptant de participer à ce modeste travail malgré vous multiples occupations. Votre courtoisie et approche facile nous ont marqué. Je suis particulièrement touché par votre engagement à améliorer les conditions hospitalières. Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre sincère remerciement.

SOMMAIRE

I INTRODUCTION	13
II OBJECTIFS.....	17
III GENERALITES.....	18
METHODOLOGIE.....	43
IV RESULTATS.....	46
V COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	79
VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	90
FICHE SIGNALETIQUE.....	95

SIGNES ET ABREVIATIONS.....97

VII BIBLIOGRAPHIE.....9

I INTRODUCTION :

La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue. Toutes les femmes enceintes, sont exposées aux risques de complications obstétricales, sans qu'il ne soit possible de prédire avec certitude, celles qui présenteront effectivement ces complications, responsables de mortalité et de morbidité materno-fœtale très élevée.

Dans les pays en voie de développement, les femmes contribuent pour près de 75% à la production alimentaire et représentent un peu plus de 51% de la population active mais leur accès reste toujours limité à l'instruction et aux soins modernes. La conséquence est leur exposition aux nombreuses grossesses, rapprochées ou précoces.

Le droit à la santé inclut pour les femmes le droit d'avoir accès, pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post partum, **aux soins** dont l'efficacité est prouvée.

Dans toutes les cultures Maliennes, la grossesse est généralement considérée comme un état sain (un phénomène normal) et une cause de joie dans la famille.

Les femmes, seules, supportent le poids de la mortalité et la morbidité lié à la reproduction. La majorité des grossesses se déroulent sans problème et bon nombre de femmes ne se rendent même pas compte que la grossesse peut être la cause directe d'un certain nombre de complications menaçant leur vie ou celle du fœtus ; elle peut être un facteur aggravant des problèmes

médicaux préexistants (cardiopathies etc.) pouvant entraîner la mort.

Chaque minute dans le monde aujourd'hui, **380** femmes débutent une grossesse et pour **190** d'entre elles cette grossesse est non désirée ou non planifiée, **110** femmes vivent une grossesse compliquée, **40** femmes subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et une femme décède d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement [7].

La mortalité foëto – maternelle constitue un problème de santé publique majeur à travers le monde et son évaluation donne des chiffres élevés, surtout au Mali.

L'OMS a estimé que dans le monde, plus d'un demi million de femmes meurent chaque année en voulant donner la vie. Ces estimations montrent que **30%** des décès maternels se produisent en Afrique. C'est en Afrique centrale et de l'Ouest que les taux sont les plus élevés environ **700** pour **100000** naissances vivantes.

Cependant l'OMS estime que **40%** de toutes les femmes enceintes connaissent une forme quelconque de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement et environ **15%** d'entre elles développeront des complications pouvant mettre en danger leur vie et nécessitant des soins obstétricaux modernes ; **80%** des décès maternels résultent directement des complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches.

Il faut reconnaître que le décès d'une femme pendant l'accouchement signifie pratiquement la mort du bébé et de graves conséquences sur les enfants plus âgés et sur toute la famille.

Selon l’OMS et la FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique), la mort maternelle est « le décès d’une femme survenue au cours de la grossesse ; ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison qu’elle qu’en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu’elle a motivés ; mais ni accidentelle ni fortuite ».

Au Mali, les femmes représentent **51%** de la population, le taux de croissance annuelle de la population est de **2,7%**, et le pays devra atteindre **23 millions** d’habitants d’ici **2025** avec un indice synthétique de fécondité de 6,6 enfants par femme. Selon l’EDS IV 2006 (L’enquête démographique et de santé), le taux de mortalité maternelle est de **582** pour **100 000** naissances vivantes ; Le taux de mortalité néonatale est de **57** pour **1000** et l’accessibilité des **CSCOM** est de **51%** dans un rayon de **5 KM** et **76%** dans un rayon de **15 Km** (annuaire du système d’information sanitaire 2006) et à partir du 31 décembre 2006, le pays comptait **785** centres de santé communautaires (**CSCOM**), **59** centres de santé de références (CSREF) dont **6** (six) centres de santé de références (CSREF) dans le district de Bamako, des établissements publics régionaux et des établissements publics nationaux au nombre de **trois (3) et L’hôpital mère/ enfant**.

A coté de ces milliers de femmes qui meurent chaque année, beaucoup d’autres souffrent des lésions graves voire permanentes qui sont en rapport avec les complications de la grossesse ou de l’accouchement. Par conséquent réduire la mortalité materno- foetale est donc un impératif sanitaire,

économique et social sans lequel aucune politique conséquente de développement ne peut être envisagée.

C'est dans cette optique que les **Premières Dames d'Afrique** se sont réunies pour dégager des voies et moyens appelés « Initiative 2010 » afin de réduire considérablement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

D'après **Adamson Peter** : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale est d'identifier le plutôt possible les **15 %** des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Selon **d'autres praticiens**, il est important de privilégier les CPN (Consultations prénatales), la formation et le recyclage des prestataires de santé et de faire en sorte que les examens complémentaires (Imagerie et biologie) soient standardisés et subventionnés par l'état. Pour cela une place importante est à accorder au transfert des parturientes vers les centres mieux équipés ou spécialisés ; c'est à dire la problématique des **évacuations, constituant notre sujet d'étude**. Ce sujet de thèse, se veut être le reflet des solutions aux maux de notre système d'évacuation dont les victimes sont de plus en plus nombreuses.

L'intérêt d'entreprendre cette étude se justifie par le fait que le problème touche un groupe vulnérable. En outre le concept des besoins obstétricaux non couverts est novateur et est adopté par la politique actuelle du pays.

La fréquence des évacuations est diversement appréciée comme le montre ces différents travaux ci-dessous, surtout après gratuité

de la césarienne au Mali dont nous évaluerons plus loin les taux au niveau du service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier-universitaire du Point-G.

En 1992 ; 11, 5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako étaient des évacuées avec 7,5 % de décès maternels.

Les évacuées ont représenté 41,8% des urgences obstétricales admises à la maternité de L'hôpital de Kayes (2000).

Au Sénégal en 1993 les parturientes évacuées représentaient 12,77 % des entrantes à la clinique gynécologique obstétrique du CHU Aristide Le Dantec

de Dakar, avec un taux de 64,4% de décès maternels.

Le taux de mortalité maternelle reste élevé dans le cadre **des évacuations** .Fort de ces constats ; nous avons trouvé nécessaire d'effectuer une étude retro-et prospective des **évacuations obstétricales, dans une structure de 3eme niveau de référence de la pyramide sanitaire du Mali** ; cas du CHU du point G ; au service de gynécologie - obstétrique avant et après la mise en œuvre de gratuité de la césarienne en république du Mali.

Malgré un environnement sanitaire riche et divers, les parturientes payent tous les jours de lourds tributs, autant pour leur prise en charge que le chemin laborieux parcouru par ces femmes . Des insuffisances existent à tous les niveaux de notre système de santé ; il est donc nécessaire de corriger les dysfonctionnements pour atteindre **l'objectif du millenium** dont l'un des maillon est la concrétisation de **l'initiative** 2010 en faveur de la **réduction de la mortalité maternelle et infantile**.

Cette thèse est l'une des inspirations de cette politique dont le contenu doit servir de guide ; tant pour les prestataires de santé, que pour les autorités du pays.

II OBJECTIFS :

1° OBJECTIF GENERAL : Etudier la problématique des

évacuations des parturientes au centre Hospitalier Universitaire du Point- G.

2° OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- **Apprécier la fréquence des évacuations.**
- **Etablir l'itinéraire des parturientes.**
- **Enumérer les motifs des évacuations (médicaux et non médicaux).**
- **Analyser les conditions des évacuations obstétricales**
- **Spécifier l'influence du facteur temps.**
- **Caractériser le profil socio- démographique des gestantes.**
- **Déterminer le pronostic materno-foetal**
- **Apprécier la politique de gratuité de la césarienne.**

II GENERALITES:

A°) Définitions opératoires :

1°) Evacuer : du latin evacuere, c'est-à-dire sortir une personne ou un objet de son milieu d'origine pour le transférer dans un autre endroit plus apte à le recevoir [1]. Cette notion rapportée au domaine de la médecine revêt un caractère particulièrement important.

2°) Référence : se traduit par la nécessité de transférer un patient ou patiente d'un centre de santé à un autre sans notion d'urgence.

Ces deux notions traduisent que l'acte de référence / évacuation doit répondre à une nécessité ou à une motivation dont la finalité est de permettre une amélioration des conditions d'existence de la personne concernée. Les implications médico-sociales et la portée économique méritent de profondes réflexions tendant à en déterminer le contenu exact et apporter les solutions qui s'imposent.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que fœtal reste réservé et souvent aggravé par :

- Le mauvais suivi prénatal
- Insuffisance de la prise en charge dans les centres de santé communautaires.
- Problème de l'accessibilité géographique des centres de santé de références.
- Manque de moyen logistique, matériel et financier.

Ces différentes causes sont généralement responsables des retards constatés dans le système de référence / évacuation des parturientes.

✚ 3°) Selon **MAINE D et COL** [2] ; il y'a trois retards :

- -Le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences (**SOU**).
- -Le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences (**SOU**).
- -Le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la dispensation des soins.

Dans la politique « **SANTE ET POPULATION** » [3], l'objectif des plus hautes autorités du pays a demeuré et demeure toujours ; l'amélioration de l'état de santé des populations, afin qu'elles participent pleinement au développement socio-économique de la patrie. Pour cela le MALI a adopté depuis **1991** une déclaration de politique sectorielle de santé et de population .Parmi les solutions proposées par cette déclaration ; on retient :

la politique de gestion décentralisée du système de santé de cercle

Le cercle est l'équivalent du district sanitaire de **l'OMS**. Elle recommande la participation effective et totale des communautés dans la gestion et le financement du système

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

- **1^{er} Echelon** : est représenté par des centres de santé communautaires (**CSCOM**) ,offrant le paquet minimum d'activité(**PMA**), et géré par les associations de santé

communautaires (**ASACO**) ; composées de déléguées représentant les populations des villages , ou communes d'une aire de santé définie .

- **2em Echelon** : Représente le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence

Il est organisé entre les deux échelons, un système de référence/évacuation

B°) APPERCU SUR LES EVACUATIONS SANITAIRES AVANT LA GRATUITE DE LA CESARIENNE

Avant le début de la gratuité de la césarienne le Mali avait mis en place un certain nombre de stratégies pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, notamment :

- L'organisation du système de référence/évacuation pour permettre la prise en charge des urgences obstétricales
- De l'approche des besoins obstétricaux non couverts ;
- Le programme de soins obstétricaux d'urgences [4].

Malgré ces mesures ; la mortalité maternelle et foetale restent toujours élevée surtout dans le cadre des références/évacuations sanitaires, caractérisées par :

- **le coût élevé** ; car chaque parturiente était accompagnée par plusieurs personnes,
- **l'état vétuste** des véhicules et des pannes fréquentes ;
- **le manque** des ressources financières indispensables ; pour bénéficier les soins obstétricaux d'urgences.

Ces différents facteurs rendaient presque inaccessibles ; les soins obstétricaux d'urgences à un grand nombre de parturientes ; qui souvent étaient obligées de rester en famille à affronter les

complications de la grossesse ou de l'accouchement, avec un pronostic foeto-maternel souvent très réservé.

Dans cette période, celles qui ont été admises au service de gynécologie-obstétrique du **CHU de point-G** ; étaient dans un état de dénuement financier total.

Pour éviter les complications obstétricales aux femmes indigentes dont l'état de santé nécessitait des soins obstétricaux d'urgences ; il existait au service de gynécologie-obstétrique du CHU de point-**G**, des kits opératoires d'urgences, payables dans le temps et mis à la disposition des différentes équipes de garde, afin que la prise en charge d'aucune parturiente ne soit retardée pour des raisons financières. L'apport de cette mesure a permis en son temps de faire des prises en charge urgentes et à donner le sourire à bon nombre de nos populations qui en avaient bien besoin.

Le système d'évacuation reste inefficace dans son mécanisme d'application. Les parturientes sont reçues dans les structures spécialisées dans un état de non assistance médicale.

Sur le plan du transport : les moyens logistiques doivent être particulièrement adaptés compte tenu de l'état d'une femme en travail d'accouchement. L'insuffisance des ambulances reste un problème à part entière ; et leur disponibilité en est un autre. Il était donc courant de voir les parturientes transportées dans des taxis, outre les transports en commun en zone rurale etc....L'usage de ces moyens autres que l'ambulance reste particulièrement dangereux et coûteux, aggravant souvent le pronostic foeto-maternel.

C °) PROBLEMATIQUE DES EVACUATIONS SANITAIRES
APRES
GRATUITE DE LA CESARIENNE

CESARIENNE =FACTEUR DE REDUCTION DE MORBIDITE ET DE MORTALITE FOETO-MATENELLE.Ceci est un propos qui a été soutenu par une étude effectuée au CHU IGNACE DEEN DE CONAKRY (GUINEE). En pratique la césarienne est un mode d'accouchement auquel l'obstétricien fait recours chaque fois que l'accouchement par voie naturelle s'avère greffé d'un risque fœtal et ou maternel pour amoindrir le risque [5]. L'heure est à saluer l'arrivée de cette décision de portée historique ; qui est la mise en œuvre de la gratuité de césarienne en République du Mali.

Il faut saluer aussi les hommes et les femmes qui ont contribué à son adoption et sa mise en application .C'est une preuve tangible des plus hautes autorités du pays de répondre à **l'initiative « Vision 2010 » [4]** pour une réduction de la mortalité maternelle et foetale de **50% d'ici 2010** ; C'est une stratégie avancée qui permettra sans doute d'accroître l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour les plus pauvres ; et certainement le meilleur moyen de rendre la réduction de la mortalité maternelle et foetale ***réelle et irréversible*** [5].

Après la mise en œuvre de la gratuité de césarienne, les évacuations sanitaires ont pris une dimension particulièrement croissante au service de gynécologie-obstétrique du CHU de point-G.

La satisfaction a été ressentie dans la population générale .Le souci du coût élevé de la césarienne et les soins obstétricaux d'urgences n'existaient plus.

Dès les premiers jours de la gratuité, la pratique de la césarienne a occupé une place primordiale dans les activités du service de gynécologie-obstétrique du CHU du point-G.

Les mesures d'accompagnement élaborées par les autorités pour réduire les trois retards, que l'analyse de situation met en évidence existent toujours à savoir :

- Le retard mis par la parturiente pour décider de solliciter les soins,
- Le retard mis par la parturiente pour arriver au centre de santé,
- Le retard mis dans l'obtention de soins adéquats au niveau du centre de santé [4].

Il faut reconnaître l'existence d'un quatrième retard encore méconnu ; il s'agit ;

- **Du retard pris par une parturiente pour trouver une structure de santé qui pourra bien la prendre en charge.**

L'itinéraire suivi par certaines parturientes est particulièrement long et épineux. Malgré un environnement sanitaire riche et varié ; un grand nombre de parturientes remontent toute l'échelle de la pyramide sanitaire à la recherche d'une structure d'accueil comme démontre le schéma ci-dessous

MAISON→CSCOM→CSREF→C.H.U GABRIEL TOURE→ C.H.U

POINT- G. Ce schéma ne représente que la forme de notre système d'évacuation, quant au fond, il en est tout autre .Le constat est amer et la situation mérite une attention compte

tenu des réalités d'aujourd'hui en matière de la réduction des risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

Il est donc urgent de trouver les moyens nécessaires pour raccourcir ce chemin.

Le mode d'évacuation est médiocre ; avec son cortège de problèmes aggravés par :

- la vétuste des routes

- L'inadaptation des moyens d'évacuation

Le manque d'abord veineux traduisant une absence totale de minimum de soins au cours du transfert.

A signaler qu'un agent de santé accompagnateur et assistant de chauffeur ne saurait apporté d'assistance médicale pendant l'évacuation.

- absence d'équipement et personnel qualifié à bord des ambulances pour minimiser les complications au cours du transfert.

- les moyens logistiques inadaptés, inappropriés comme moto, vélo, taxis, charrettes, bien que renforçant les autres moyens; mais restant totalement inconfortables au transfert des parturientes.

D°) MOTIFS D'EVACUATIONS :

- Dystocies (mécanique et ou dynamique),

- Hémorragies,

- Procidence du cordon

- Toxémies gravidiques et les éclampsies (complications de l'H.T.A),

A coté de ces motifs purement cliniques, il existe certes d'autres motifs d'ordre matériel ce sont :

- ❖ Manque de place,
- ❖ Manque de champ opératoire,
- ❖ Manque de matériels chirurgicaux stériles,
- ❖ Manque de kits opératoires,
- ❖ Manque de produits anesthésiques adaptés.
- ❖ Manque de plateau technique.
- ❖ Groupe électrogène en panne.

Rappel :

❖ **Physiologie de l'accouchement :**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ces annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée.

L'accouchement eutocique aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion du fœtus par la voie basse.

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

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

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes.

1 Phénomène dynamique :

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

Donc le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal. Les contractions ont pour effet :

- l'effacement et la dilatation du col,
- la formation de la poche des eaux,
- le franchissement des étages de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

2 Phénomène mécanique :

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

Le bassin osseux est composé de :

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs plans et diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien .Parmi ces diamètres nous avons essentiellement :

- le diamètre antero-postérieur et les transverses.

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

L'indice de MAGNIN est égal à la somme du diamètre promonto-retro pubien et le diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de MAGNIN est égal ou supérieur

à 23, il est incertain entre 20-22, totalement mauvais au dessous de 20.

Le travail d'accouchement :

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. Il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières rythmées, avec une augmentation progressive de l'intensité et de la fréquence ; entraînant, ramollissement et dilatation du col.

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et très douloureuses.

L'administration d'un anti spasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions utérines d'un faux travail d'accouchement.

Le travail d'accouchement peut être divisé en trois périodes :

- **première période : (effacement et dilatation du col)**, sous l'effet des contractions utérines, le col utérin va progressivement se rétrécir et disparaître laissant place dans le fond vaginal à un petit orifice qui progressivement va se dilater

L'orifice cervical sous l'effet des contractions utérines va se dilater progressivement jusqu'à constituer entre la cavité utérine et le canal vaginal, un canal unique, on parle alors de **dilatation complète. Cette phase dure entre 6 et 18 heures chez la primipare et dure 2 à 10 heures chez la multipare.**

C'est au cours de cette phase que la présentation va s'engager.

- **Deuxième période : (expulsion du fœtus) ;**

Est la phase pendant laquelle le fœtus va être expulsé sous l'effet conjugué des contractions utérines et les efforts dits **expulsifs**. L'expulsion va amener la présentation du plan du détroit supérieur et permettre sa sortie après une préalable

rotation. Cette phase dure en moyenne **30 minutes** chez la primipare et dure **5 à 20 minutes** chez la multipare

-Troisième période :(Délivrance) ;

Période pendant laquelle les annexes du fœtus vont être expulsées : **placenta et les membranes**. La délivrance naturelle dure en moyenne entre **5 et 45 minutes**.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail d'accouchement surtout par le partogramme qui permet :

- De réduire la durée du travail d'accouchement,
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition,
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale,
- De faire les pronostics.

2-1 Pronostic mécanique :

Il est basé sur l'étude du bassin par la pelvimétrie interne et externe et la radio-pelvimétrie, du volume fœtal par l'appréciation de la hauteur utérine et du périmètre ombilical, du diamètre bipariétal par l'échographie .Il est important aussi de rechercher la présentation et sa variété de position.

2-2 Pronostic dynamique :

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

Pronostic foetal :

On appréciera la vitalité du fœtus à l'aide d'un cardiotocographe, d'un stéthoscope obstétrical (***de Pinard ou électronique***) ou d'un appareil à effet Döppler.

Les éléments cliniques de surveillances du travail d'accouchement seront recueillis à intervalle régulier sur un partogramme, au terme d'examens obstétricaux effectués de préférence par la même personne.

Ces éléments cliniques de surveillances sont entre autres :

- Les contractions utérines (***durée et fréquence***),
- Les modifications du col utérin (***ramollissement et dilatation***),
- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique,
- Le niveau d'évolution de la présentation et l'état général de la parturiente.

1 °) Dystocies :

La dystocie du grec « ***Dystakos*** » désigne un travail d'accouchement difficile quelque soit la cause.

Les dystocies peuvent être divisées en :

- ***dystocie dynamique*** : traduisant les troubles affectant les contractions utérines.
- ***Dystocie mécanique*** : en rapport avec :
 - les obstacles praevia ,
 - Un excès du volume foetal,
 - Rétrécissement de la filière pelvienne.

On distingue les dystocies d'origine foetale et maternelle.

1-1°) Dystocies d'origine maternelle :

--* Dystocie dynamique : La dystocie dynamique regroupe

l'ensemble des troubles fonctionnels affectant les contractions utérines et de la dilatation du col utérin .Il peut s'agir :

- D'une inefficacité des contractions utérines ou hypokinésie,
- d'un excès de contractilité utérine ou hyperkinésie,
- d'un mauvais relâchement utérin entre les contractions utérines ou hypertonie,

La dystocie dynamique isolée sans excès du volume fœtale, sans anomalie pelvienne, est actuellement mieux corrigée par la perfusion d'ocytocine associée à l'anesthésie péridurale.

- En réalité cette anomalie isolée cache très souvent une dystocie mécanique : **légère disproportion foeto-pelvienne, présentation postérieure mal fléchie, défaut d'accommodation, discrète anomalie morphologique du bassin.**

Il peut s'agir aussi de dystocie cervicale (col néoplasique, col cicatriciel, col agglutiné); surdistension utérine (grossesse multiple, hydramnios, utérus de grande multipare)

* Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens, sont responsables de dystocie mécanique. Elles conduisent généralement à la pratique de **césarienne** avant tout début de travail d'accouchement. Parmi ces pathologies on peut citer : les bassins limites, bassins généralement rétrécis et les bassins asymétriques, bassins osteomalaciques, bassins cyphotiques, bassins de luxation congénitale de la hanche etc.

1-2 Dystocies d'origine foetale :

1-2-1°) Disproportion foeto-pelvienne :

L'excès de volume du fœtus peut justifier à lui seul une césarienne d'emblée, en particulier si le fœtus se présente par le

siège. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios. Selon **DELECOUR** « à défaut d'échographie, une hauteur utérine supérieure à 36cm ,un périmètre ombilical supérieur à 106cm, correspondent dans 95% des cas à un enfant de plus de 4000grammes ».

1-2-2°) Les présentations anormales :

La présentation du sommet est celle compatible à un accouchement eutocique, celles dystociques sont représentées par :

- **La présentation du siège (siège complet ou décompleté) :**

Ce sont des présentations longitudinales dans lesquelles le pole inférieur est constitué par l'extrémité pelvienne du fœtus. L'accouchement du siège est classiquement à la limite de l'eutocie.

Le pronostic maternel est généralement bon, mais celui du fœtus est réservé.

- **La présentation de la face** : la présentation de la face est une présentation caractérisée par une déflexion complète de la tête fœtale.

Elle peut être **primitive** avant tout début de travail. Le plus souvent la présentation de la face survient au cours du travail et est dite **secondaire**.

Le diagnostique est le plus souvent porté par le toucher vaginal avec la perception de l'irrégularité du pole céphalique, la perception des deux narines fait porter le diagnostique de tête défléchie, il faut alors immédiatement **penser à rechercher le menton**, car c'est la perception du menton qui permet d'affirmer

qu'il s'agit d'une présentation de la face et non d'un front .Sur le plan pronostic, une présentation de la face ne peut accoucher que si le menton se tourne vers la symphyse :menton antérieur. L'accouchement est impossible dans les mentons postérieurs.

- **La présentation du front** : C'est une position intermédiaire de la tête entre le sommet et la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence .L'indication de césarienne est formelle dans la forme typique, éventuelle dans la forme bregmatique. Elle doit être dépistée le plutôt possible pour éviter une évolution vers une rupture utérine.
- **La position transverse** : C'est une indication de césarienne, elle doit être décelée rapidement pour éviter l'évolution vers une épaule négligée, pouvant entraîner une rupture utérine.

2°) La procidence du cordon : C'est la descente de la tige funiculaire au devant de la partie fœtale qui se présente .C'est un accident en général imprévisible et brusque, il survient à la rupture de la poche des eaux et met en jeu le pronostic fœtal à court terme. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible et en sachant que les cordons non battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus.

On distingue 4 variétés :

A Procidence vraie : C'est la chute du cordon au devant de la présentation, l'œuf étant ouvert.

B Procubitus : procidence alors que les membranes sont intactes.

C Laterocidence : le cordon est coincé entre la paroi pelvienne et la présentation sans descendre au devant d'elle.

D Procidence compliquée d'association avec une procidence d'un membre.

3°) La souffrance fœtale : au cours du travail le diagnostic de souffrance fœtale repose sur les modifications des bruits du cœur fœtal, PH (acidose), elle est suspectée par la découverte d'un liquide amniotique méconial .Ces différentes situations imposent l'extraction rapide du fœtus, soit par césarienne ou autres extractions instrumentales.

3-1°) Les hémorragies :

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde, les hémorragies représentent la première cause de décès maternel. Les étiologies des hémorragies sont diverses, parmi elles on distingue : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia ; l'hématome retro-placentaire.

3-1-1°) Rupture utérine :

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Mais l'usage a prévalu d'écarter celles qui n'intéressent que le col, décrites sous le nom de déchirure du col et celles qui sont consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage, étudiées avec l'avortement sous le nom de perforations utérines. La rupture utérine s'observe exceptionnellement pendant la grossesse, le plus souvent au cours du travail d'accouchement. Elle peut être d'origine maternelle ou fœtale. Parmi ces causes on distingue :

- **Anciennes cicatrices utérines,**
- **Déchirures du col remontant sur le segment inférieur,**

- **Les obstacles praevia,**
- **Les présentations anormales,**
- **Les dystocies (dynamique, mécanique),**
- **L'emploi abusif d'ocytociques.**

3-1-2 **Hématome retro-placentaire :(HRP)**

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI). C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail. Il est caractérisé par un hématome placé entre la paroi et le placenta allant d'un simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta, aux ruptures hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser réalisant l'utérus de COUVELAIRE. C'est une urgence chirurgicale dont la complication majeure est la coagulation intraveineuse disséminée (CIVD) par afibrinogénémie qui est très mortelle et la nécrose corticale du rein à ne pas méconnaître.

3-1-3 **Les Hémorragies de la délivrance :**

Ce sont des pertes de sang ayant leur origine dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans un délai de 24 heures après l'accouchement ; anormal par leur abondance et leurs effets secondaires sur l'état général. Les étiologies sont nombreuses, mais certaines ont particulièrement attiré notre attention à savoir :

- ✚ Une expression utérine maladroite,
- ✚ Un forceps mal appliqué,
- ✚ L'emploi abusif d'uterotoniques ;
- ✚ La traction prématurée sur le cordon ombilical pendant la délivrance par impatience.

Le pronostic maternel est réservé, aggravé par la non disponibilité du sang et les macromolécules dans les situations hémorragiques. Pire encore est que la plupart des parturientes reçues ont au moins parcouru entre une à trois structures de santé avant d'arriver dans notre service.

4 **TOXEMIE GRAVIDIQUE ET ECLAMPSIE** :

Les consultations prénatales sont un moyen efficace de prévention des accidents par un dépistage précoce des toxémies, dont l'éclampsie est une des complications majeures.

L'éclampsie est un accident paroxystique des syndromes vasculo-renaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux à partir de la 18^{eme} semaines de grossesse, pendant ou après l'accouchement.

Le traitement de la crise d'éclampsie est basé sur le traitement chirurgical par une évacuation de l'utérus gravide et le traitement médical par le sulfate de magnésium associé aux antihypertenseurs, mais impose une surveillance spéciale :

- Monitoring de la fréquence respiratoire,
- De la diurèse,
- Recherche régulière des réflexes osteo-tendineux,
- De l'état de la conscience.

Le gluconate de calcium qui est l'antidote spécifique en cas de surdosage au sulfate de magnésium doit être prêt à l'emploi.

A coté de ces différents motifs d'évacuation ci-dessus étudiés purement cliniques ; il existe d'autres motifs d'ordre matériel ; il

s'agit de :

5°) Manque de kits opératoires : Au début de l'avènement de la gratuité de césarienne, le manque de kits opératoires constituait l'essentiel des motifs d'évacuation des parturientes. Il faut reconnaître que des gros efforts ont été déployés par les autorités de la République pour doter chaque structure à compétence chirurgicale des kits opératoires complets. De nos jours ce motif est rare.

6°) Manque de place : Ce motif constitue l'épine de notre système de santé et est incommode aux idéaux de « **vision 2010** » [4]. Beaucoup de complications obstétricales tirent leur origine de ce motif. Le pays dispose actuellement d'un potentiel énorme de personnel médical et on ne saurait comprendre qu'une parturiente parcourt à travers le district de Bamako 2 ou 3 structures de santé à compétence chirurgicale pour manque de **place** sans être prise en charge. Il faut donc augmenter la capacité d'accueil de nos structures de santé pour que ce motif disparaisse à tout jamais du langage médical.

7°) Manque de champs opératoires, de blouses stériles, de matériels stériles :

Ces motifs sont très souvent retrouvés lors des évacuations et sont entièrement issus de la mauvaise organisation de nos structures à compétence chirurgicale.

Il est donc urgent de corriger ces dysfonctionnements afin d'éviter des risques inutiles aux parturientes.

8°) **Manque de plateau technique** : Bien que les efforts aient été déployés pour doter chaque commune du district et les cercles de centre de santé de référence, il faut reconnaître que certains de ces centres n'existent que de nom, dénués de toute compétence chirurgicale et souvent manquent de personnels qualifiés. Pire encore, l'encombrement et la charge élevée de travail des structures plus spécialisées .Il faudra donc que les structures communales retrouvent toute leur place afin qu'elles répondent entièrement aux différentes aspirations des populations.

F °) THERAPEUTIQUES OBSTETRICALES :

1°) **La Césarienne** : est le mode d'accouchement artificiel qui permet d'extraire le fœtus de la cavité utérine par voie abdominale après incision de l'utérus .C'est une pratique dont l'obstétricien fait recours en cas de risque fœto-maternel par l'accouchement naturel .Le souci qu'ont les obstétriciens de faire baisser la mortalité périnatale et de faire naître un enfant indemne d'anoxie,de traumatisme rendent nombreuses les indications de césarienne ainsi que l'amélioration des moyens d'explorations instrumentales [6].

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée, ces indications principales sont :

- Dilatation stationnaire,
- Disproportions fœto-pelviennes,
- L'hématome retro-placentaire,
- Les présentations anormales, essentiellement de l'épaule, du front, la présentation de la face.
- Syndrome de pré rupture utérine,

- Les bassins limites après l'épreuve du travail,
- La procidence du cordon battant,
- La souffrance foetal aigue.

2 °) **Le Forceps** : C'est un instrument de préhension, d'orientation, de traction et de direction destiné à saisir la tête foetale pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles .Les indications principales sont : l'arrêt de la progression du mobile foetal [6] en l'absence de problème funiculaire.

- L'état de fatigue maternel.

3°) **QUELQUES MANŒUVRES OBSTETRICALES**

3-1°) **La manœuvre de Jacquemier** : Lorsque le pole pelvien du fœtus apparaît à la vulve, immédiatement on recherche dès que apparaît la pointe de l'omoplate, le bras postérieur.En fait, malgré l'expression correcte la plupart du temps les bras se relèvent .On recherche alors le bras postérieur et on l'abaisse suivant la manœuvre qui consiste à repérer le moignon de l'épaule,à mettre deux doigts sur toute la longueur de l'humerus pour abaisser le coude qui passera dans le sinus sacro-iliaque et on procédera à son degagement.Le bras antérieur sera transformé en postérieur par une rotation du fœtus exécutée en se servant des pieds auxquels on fait décrire un grand arc de 180 degrés.

3-2°) **La Manœuvre de Mauriceau** : Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dernière dans l'excavation pelvienne lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médus d'une main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue .On place le fœtus à cheval sur l'avant bras, les

doigts de l'autre main repartis de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

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

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

3-3°) **Manœuvre de BRACHT** :

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

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

3-4°) **La Grande extraction de siège** :

Les indications sont rares, la meilleure indication est l'extraction du deuxième jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aigüe au moment de

l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

*Premier temps :

C'est le temps d'abaissement d'un pied. S'il s'agit d'un siège complet, une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible ou les deux pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décompleté il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

Deuxième temps :

L'accouchement du siège, il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bitrochanterien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement, orienter le bitrochanterien dans le diamètre antero-postérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare. En tirant en bas on dégage la hanche postérieure. La traction ensuite horizontale puis vers le haut dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

*Troisième temps :

Accouchement des épaules, la traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur sont placés sur le sacrum, les deuxième et troisième doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antero-postérieur. Pour dégager les bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le

médius le long du bras parallèle à lui. Celui ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax foetal .La faute serait de saisir l'humérus perpendiculaire à son axe au risque de le fracturer .Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut .On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le deuxième et le troisième doigt le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face postérieure du fœtus. C'est au cours de l'accouchement des épaules que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur et le bras peut être abaissé.

*Quatrième temps:

Accouchement de la tête dernière, extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelques fois avec application de forceps au détroit inférieur. L'expression abdominale est pendant ce quatrième temps particulièrement indiquée.

3-5°) **HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE** :

C'est l'ablation chirurgicale de l'utérus avec ou sans les annexes .C'est l'ultime recours en cas de complication majeure de l'accouchement .La prise en charge est délicate, nécessitant un opérateur rodé et expérimenté.Le pronostic maternel est très réservé, aggravé la non disponibilité du sang et l'inaccessibilité aux macromolécules qui peuvent être des alternatifs à la transfusion. Beaucoup de ces hystérectomies

arriveront à être évitées si l'on peut réduire au strict minimum ***l'itinéraire des parturientes*** qui reste encore ***long et épineux***.

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

1° Type d'étude : Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective de la problématique des évacuations obstétricales avant et après la gratuité des césariennes en République du Mali.

2° Population d'étude : Les parturientes sont les sujets d'étude de cette thèse.

3° Période d'étude : Cette étude s'étend du 1^{er} Janvier 2005 au 30 Mai 2006 soit 17 mois.

4° Echantillonnage :

- ❖ Critères d'inclusion : Sont concernées par cette étude toutes les parturientes évacuées, ou venant d'elles mêmes en situation d'urgence.
- ❖ Critères de non inclusion : Les parturientes qui ne sont pas en situation d'urgence.
- ❖ Taille de l'échantillon :

$$N = \frac{pq}{\alpha \cdot d}$$

N : la taille I²

Σ : 1,96

α : 0,05

d : le lieu : 1

P : fréquence

Q : 1-P

i : précision

Collecte des données :

Le recueil des données a été effectué sur les dossiers des malades, le registre du bloc opératoire et registre d'accouchement.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0

Lieu d'étude : Notre étude a eu lieu au centre hospitalier universitaire du Point-G dans le service de gynécologie-obstétrique.

Le CHU du Point-G, jadis appelé hôpital du point-G se trouve en commune II sur la colline du point-G à 8 Km du centre ville de Bamako. Créé en 1906 sur un terrain de 8 Hectares .Il a été érigé en établissement public à caractère administratif E.P.A le 5 Octobre 1992 avec une autonomie financière de gestion.

Le CHU du Point-G est le 3^{eme} niveau de référence de la pyramide sanitaire nationale.

RESULTATS

TABLEAU I : REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE DES PARTURIENTES

AGE DU MALADE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
15-19 ANS	328	48,09
20-24ANS	162	23,75
25-29 ANS	98	14,37
30-354ANS	70	10,26
35-39 ANS	21	3,09
40-43	3	0,44
Total	682	100

La tranche d'âge la plus représentée est de **15-19** ans avec une fréquence de **328** parturientes soit **48,09 %**

TABLEAU II : REPARTITION EN FONCTION DE LA PROFESSION

PROFESSION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
MENAGERE	578	84,75
ELEVE	37	5,43
ETUDIANT	13	1,91
VENDEUSE DE SABLE	11	1,61
AIDE MENAGERE	8	1,17
COMMERCANTE	8	1,17
SECRETAIRE DE BUREAU	7	1,03
COIFFEUSE	5	0,73
TEINTURIERE	4	0,59
INFIRMIERE	3	0,44
MONTRICE	3	0,44
MILITAIRE	2	0,29
ENSEIGNANTE	2	0,29
AGENT TOURISME	1	0,15
Total	682	100

Les ménagères sont les plus représentées avec un effectif de **578** soient **84,75**

**TABLEAU III : REPARTITION EN FONCTION DE
L'ETHNIE DES PATIENTES**

ETHNIE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
BAMBARA	365	53,52
PEULH	75	11
MALINKE	70	10,26
SONIKE	55	8,06
DOGON	28	4,11
SENOFO	17	2,49
SONRHAI	17	2,49
BOBO	13	1,90
MINIANKA	6	0,80
BOZO	6	0,88
MAURE	6	0,88
MOSSI	5	0,73
KASSONGUE	5	0,73
SOMONO	4	0,59
ARABE	2	0,30
WOLOF	2	0,30
SAMOGO	2	0,30
TAMASSEK	2	0,30
KAKOLO	1	0,14
LIBERIEN	1	0,14
Total	682	100

Le Bambara a été l'ethnie la plus représentée dans cette étude avec un effectif de **365** soit **53,52 %**

**TABLEAU IV:REPARTITION SELON LE STATUT
MATRIMONIAL**

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
MARIEE	603	88,42
CELIBATAIRE	77	11,29
DIVORCEE	2	0,29
Total	682	100

Les femmes mariées ont un effectif de **603** soit **88,42%**

TABLEAU V : REPARTITION SELON LA PROVENANCE DES PARTURIENTES

PROVENANCE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
Commune I	48	
CSRéf CI	42	6,2
ABOSAC	2	0,2
ASCOMED	1	0,1
CSCOM BAGADADJI	1	0,15
CSCOM BONIABA	1	0,1
PMI NIARELA	1	0,1
Commune II	90	
CHU GT	68	9,9
CSRéf CII	15	2,2
ASACOH I	3	0,4
ASACOB A	2	0,2
ASACOS I	2	0,2
Commune III	12	
ASACOKOULOU	5	0,7
MATERNITE CAMP 1	4	0,6
ASACOTOM	1	0,1
ASACOBENKADY	1	0,1
ASACOBADIALAN II	1	0,1
Commune IV	26	
CSRéf CIV	24	3,5
ASACOSEK	1	0,1
PMI DE LAFIABOUGOU	1	0,1
Commune V	28	
CSRéf CV	27	3,9
Cabinet medical Keneya	1	0,1

**SUITE DU TABLEAU V : REPARTITION SELON LA PROVENANCE
DES PARTURIENTES**

PROVENANCE DES PARTURIENTES	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
Commune VI	74	
CSRéf CVI	71	10,4
ASACONIA	1	0,1
ADASCO	1	0,1
ASACOSO	1	0,1
REGION DE KOULIKORO	18	
CSRéf KOLOKANI	12	1,8
CSRéf OUELESSEBOUGOU	5	0,7
CSRéf SELINGUE	1	0,1
AIRE DE SANTE DU CERCLE DE KATI	253	
CSRéf KATI	175	25,66
MATERNITE FALADJE (NEGUELA)	21	3,07
MATERNITE GARNISON DE KATI	13	1,90
ASACOMAK	12	1,8
CSCOM DE FARADA	6	0,8
CSCOM DE SANANFARA	4	0,6
CSCOM DE TORODO	4	0,5
CSCOM DE NEGUELA	3	0,4
ASACOKA	2	0,2
CSCOM DE SOFA	2	0,2
CSCOM DE YELEKEBOUGOU	2	0,2
CSCOM DE NARENA	1	0,1
CSCOM DE SAME	1	0,1
CSCOM DE DIAGO GARE	1	0,1
CSCOM DE KATI COCO	1	0,1
CSCOM DE DOMBILA	1	0,1
CSCOM NAFADJICORO	1	0,1

**SUITE DU TABLEAU V : REPARTITION SELON LA
PROVENANCE DES
PARTURIENTES**

PROVENANCE DES PARTURIENTES	EFFECTIF Absolu	POUR CENTAGE
AIRE DE SANTE DU CERCLE DE KATI SUITE		
CSCOM DE NAFADJICORO	1	0,1
CSCOM KANKABA.	1	0,1
AUTRES PROVENANCES	133	
STRUCTURE NON DETERMINEE	68	9,9
CSRéf DIEMA	1	0,15
VENANT DE LA MAISON	64	9,3
TOTAL	682	100

Ce tableau montre que le CSRéf de Kati représente 25,66 % de l'échantillon.

**TABLEAU VI : REPARTITION EN FONCTION DE L'AGENT
DEMANDEUR DE L'EVACUATION**

AGENT DEMANDEUR DE L'EVACUATION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
MEDECIN	283	45,80
SAGE FEMME	289	46,76
INFIRMIERE OBSTETRICIENNE	18	2,91
INFIRMIER D'ETAT	12	1,94
MATRONE	11	1,78
TECHNICIENNE DE SANTE	1	0,16
INTERNE	4	0,65
Total	618	100

Les sages femmes et les médecins sont les plus représentés avec respectivement 46,76 % et 45,80 %.

**TABLEAU VII : REPARTITION SELON LES MOTIFS
D'EVACUATION**

MOTIFS D'EVACUATION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
DILATATION STATIONNAIRE	75	14,3
UTERUS CICATRICIEL	49	9,4
HAUTEUR UTERINE EXCESSIVE	37	7,1
HEMORRAGIE SUR GROSSESSE A TERME	30	5,8
SOUFFRANCE FCETALE AIGUE	25	4,8
CRISES ECLAMPTIQUES SUBINTRANTES SUR GROSSESSE A TERME	23	4,4
MANQUE D'EFFORT EXPULSIF	21	4,0
PRESENTATION TRANSVERSALE	20	3,8
UTERUS BICATRICIEL	18	3,5
PLACENTA PRAEVIA HEMORRAGIQUE	14	2,7
HTA SUR GROSSESSE A TERME	14	2,7
SYNDROME DE PRE RUPTURE UTERINE	13	2,5
BASSIN GENERALEMENT RETRECI	13	2,5
PROCIDENCE DU CORDON BATTANT 2em DEGRE	11	2,1
BASSIN LIMITE	9	1,7
CU+ SUR GROSSESSE A TERME	8	1,5
PRESENTATION DU FRONT	8	1,5
HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE	8	1,5
MORT FCETALE IN UTERO	8	1,5
PRESENTATION DE L'EPAULE	8	1,5
CONTRACTIONS UTERINES DOULOUREUSE SUR GROSSESSE	8	1,5
RUPTURE PREMATUREE DE LA POCHE DES EAUX	7	1,3
DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE	7	1,3
UTERUS TRICATRICIEL SUR GROSSESSE A TERME	7	1,3
RETARD D'EXPULSION A DILATATION COMPLETE	5	1
RUPTURE UTERINE	5	1
RETENTION PLACENTAIRE	4	0,8
RUPTURE PRECOCE DE LA POCHE DES EAUX	4	0,8
PRESENTATIONN DE SIEGE COMPLET	4	0,8
HYPERTHYROIDIE SUR GROSSESSE A TERME	4	0,8
REFUS DE SE FAIRE EXAMINER	4	0,8
DYSTOCIE CERVICALE	4	0,8

**SUITE TABLEAU VII : REPARTITION SELON LES
MOTIFS D'EVACUATION**

MOTIFS D'EVACUATION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
UTERUS CICATRICIEL SUR BGR	4	0,8
ABSENCE D'ENGAGEMENT A DILATATION COMPLETE	3	0,6
UTERUS BICICATRICIEL SUR BGR	3	0,6
PLACENTA PRAEVIA MARGINAL	3	0,6
DIAPHRAGME VAGINAL	3	0,6
RETENTION DE LA TETE DERNIERE	3	0,6
SFA SUR GROSSESSE GEMELLAIRE	2	0,4
PROCIDENCE DU BRAS SUR GROSSESSE GEMELLAIRE	2	0,4
BASSIN IMMATURE	2	0,4
PREETSSENTATION DE FACE	2	0,4
ANTECEDENT DE FISTULE VESIVO-UTERINE	2	0,4
ANEMIE SEVERE SUR GROSSESSE	2	0,4
FEMME BOITEUSE	2	0,4
CARDIOPATHIE SUR GROSSESSE A TERME	2	0,4
PRESENTATION DE SIEGE DECOMPLETE	1	0,2
DREPANOCYTOSE SUR GROSSESSE A TERME	1	0,2
POUSSEE INEFFICACE	1	0,2
GROSSESSE GEMELLAIRE AVEC SIEGE COMPLET DU 1 ^{er} JUMENT	1	0,2
AGGLUTINATION DU COL UTERIN	1	0,2
PRESENTATION DE SIEGE +UTERUS CICATRICIEL	1	0,2
PRIMIPARE AGEE	1	0,2
CONDYLOME VULVAIRE SUR GROSSESSE A TERME	1	0,2
H U EXCESSIVE SUR PRESENTATION DE SIEGE	1	0,2
PATIENTE SOUS ARV	1	0,2
COMA SUR GROSSESSE A TERME	1	0,2
TOTAL	521	100

L'étude de ce tableau montre que la dilatation stationnaire est le motif d'évacuation le plus fréquemment rencontré avec un effectif de **75** soit **14,3 %**.

**TABLEAU VIII : REPARTITION EN FONCTION DES MOTIFS
NON MEDICAUX**

MOTIFS	SERVICES							TOTAL	%
	CHU GT	CSRéf CI	CSRéf CII	CSRéf CIV	CSRéf CV	CSRéf CVI	CSRéf KOLOKA NI		
MANQUE DE PLACE	41	1		1	2	10		55	56,70
BLOC OPERATOIR E OCCUPE	7	7		4	2	1		21	21,65
MANQUE DE KIT OPERATOIR E		12						12	12,37
GROUPE ELECTROGE NE EN PANNE							5	5	5,16
ABSENCE D'ANESTHE SISTE		1						1	1,03
MANQUE DE REACTIF POUR LE GOUPE RHESUS		1						1	1,03
MANQUE DE PRODUITS ANESTHESI QUES					1			1	1,03
MANQUE DE MATERIELS CHIRURGIC AUX STERILS		1						1	1,03
TOTAL : 97									

Ce tableau montre que 56,70 % des motifs non médicaux sont représentés par le manque de place

**TABLEAU IX : REPARTITION EN FONCTION DU DIAGNOSTIC -
RETENU**

DIAGNOSTIC RETENU AU CHU POINT-G	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
DILATATION STATIONNAIRE	103	15,1
TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT NORMAL	95	13,9
SOUFFRANCE FCETALE AIGUE	54	7,9
PLACENTA PRAEVIA RECOUVRANT HEMORRAGIQUE	36	5,3
ABSENCE D'ENGAGEMENT A DILATATION COMPLETE	28	4,1
HRP	28	4,1
BGR	24	3,5
PRE RUPTURE UTERINE	24	3,5
DISPROPORTION FCETO-PELVIENNE	23	3,4
CRISES ELAMPTIQUES SUBINTRANTES	21	3,1
MANQUE D'EFFORT EXPULSIF	20	2,9
RUPTURE UTERINE	19	2,8
MORT IN UTERO	19	2,8
BASSIN LIMITE SUR UTERUS CICATRICIEL	17	2,5
UTERUS BICATRICIEL	14	2
BGR SUR UTERUS TRICATRICIEL	13	1,9
BGR SUR UTERUS BICATRICIEL	13	1,9
DYTOCIE DYNAMIQUE	10	1,5
EPAULE NEGLIGEE	9	1,4
GROSSESSE GEMELLAIRE + HTA	9	1,4
PROCIDENCE DU CORDON BATTANT 1em DEGRE	8	1,2
RETENTION PLACENTAIRE	6	1
ATCD DE F.V.V	6	1
SFA+UTERUS BICATRICIEL	5	0,7
SIEGE COMLPET	5	0,7
ECHEC DE L'EPREUVE DU TRAVAIL	5	0,7
PRESENTATION DE LA FACE	5	0,7
TOXEMIE GRAVIDIQUE	4	0,6
PROCIDENCE DU CORDON NON BATTANT 2em DEGRE	4	0,6
DESUNION DE CICATRICE	4	0,6
DIAPHRAGME VAGINAL	4	0,6
PRESENTATION TRANSVERSALE	4	0,6
BASSIN LIMITE SUR GROSSESSE A TERME	4	0,6
AGGGLUTINATION DU COL UTERIN	4	0,6

SUITE TABLEAU IX: REPARTITION EN FONCTION DU DIAGNOSTIC RETENU

DIAGNOSTIC RETENU AU CHU POINT-G	EFFCTIF Absolu	POURCENTAGE
PRESENTATION DE FRONT	3	0,4
PLACENTA PRAEVIA MARGINAL	3	0,4
BASSIN ASYMETRIQUE	2	0,3
PHASE EXPULSIVE SUPERIEURE A 45 MINUTES	2	0,3
SFA+CHORIOAMNIOTITE	2	0,3
SFA +BASSIN LIMITE	2	0,3
AGGLUTINATION DU COL	2	0,3
RETENTION DE LA TETE DERNIERE	2	0,3
SIEGE DECOMPLETE	2	0,3
ROTATION DE LA TETE EN MENTO SACRE	2	0,3
H U EXCESSIVE +BASSIN LIMITE	2	0,3
DIABETE SUR GROSSESSE	2	0,3
MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	2	0,3
CARDIOPATHIE SUR GROSSESSE	1	0,1
DREPANOCYTOSE HOMOZYGOTE SUR GROSSESSE A TERME	1	0,1
GROSSESSE GEMELLAIRE F1 ET F2 EN SIEGE	1	0,1
PLACENTA PRAEVIA+HRP	1	0,1
PRE RUPTURE +PRESENTATIOPN DE L'EPAULE	1	0,1
UTERUS CICATRICIEL SUR GROSSESSE TRIPLET	1	0,1
ATCD DE CURE DE PROLAPSUS UTERUS	1	0,1
TOTAL	682	100

La dilatation stationnaire est le diagnostic le plus fréquemment rencontré avec un effectif de **105** soit **15,10 %**.

**TABLEAU X : REPARTITION EN FONCTION DE
LA RELATION ENTRE LE MOTIF
D'EVACUATION ET LE DIAGNOSTIC RETENU AU
CHU DU POINT-G**

RELATION ENTRE LE MOTIF D'EVACUATION ET LE DIAGNOSTIC RETENU	EFFECTIF absolu	POURCENTAGE
DISCORDANT	230	37 %
NON DISCORDANT	388	63 %
Total	618	100

Il y'a eu discordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CHU du POINT-G dans **37 %** des cas

**TABLEAU XI : REPARTITION SELON LE TERMP S
 ECOULE
 AVANT L'EVACUATION.**

TEMPS AVANT EVACUATION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
15-30 MINUTES	116	33,92
30-60 MINUTES	32	9,36
90-120 MINUTES	24	7,02
2-3 HEURES	34	9,94
6-8 HEURES	33	9,65
8-12 HEURES	21	6,14
12 -14 HEURES	3	0,88
5-15 MINUTES	1	0,30
3-4 HEURES	11	3,21
12-24 HEURES	1	0,30
4-6 HEURES	12	3,51
24-48 HEURES	4	1,16
INSTATANEE	43	12,57
PROGRAMME	7	2,04
Total	342	100

Le temps écoulé avant évacuation est compris entre **15** et **30** minutes chez **116** parturientes soit **33,92 %**. Par contre ce temps n'a pu être déterminé chez **276** parturientes.

**TABLEAU XII : REPARTITION EN FONCTION DU
TRAITEMENT RECU
AVANT L'EVACUATION.**

TRAITEMENT RECU AVANT EVACUATION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
BUTHYLHIOCINE	64	41,02
SPASFON INJECTABLE	13	8,33
EPILAT CAPSULE	9	5,77
SERUM GLUCOSE+SYNTOCINONE	8	5,12
VALIUM INJECTABLE	7	4,50
METHYLDOPA	7	4,50
NON DETERMINE	7	4,50
PERFUSION DE GLUCOSE ET SPASFON	6	3,85
PERFUSION DE RINGER LACTATE	6	3,85
CATAPRESSAN ET BUTHYLHIOCINE	3	1,92
OXYTOCINE	4	2,56
SERUM GLUCOSE+ OXYTOCINE+BUTHYLHIOCINE	3	1,92
BUTHYLHIOCINE ET OXYTOCINE	3	1,92
SPASFON + PERFUSION D'OXYTOCINE	2	1,28
SERUM GLUCOSE+ BUTHYLHIOCINE	2	1,28
EPILAT CAPSULE+DIAZEPAM	2	1,28
PERFUSION GLUCOSE ET B COMPLEX INJ	1	0,64
CEFTRIAZONE INJ	1	0,64
SPASFON SUPPO ET AMOXICILLINE 500MG	1	0,64
SERUM GLUCOSE ET SONDE URINAIRE	1	0,64
INSULATARD EN SOUS CUTANE	1	0,64
CATAPRESSAN ET SERUM GLUCOSE + OXYTOCINE + SPASFON	1	0,64

**SUITE TABLEAU XII : REPARTITION EN FONCTION DU
TRAITEMENT RECU
AVANT EVACUATION**

TRAITEMENT RECU AVANT EVACUATION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAG E
BUTHYLHIOCINE+ SPASFON+SYNTOCINONE	1	0,64
SPASFON ET BUTHYLHIOCINE	1	0,64
BUSCOPAN INJ ET SG+ SPASFON	1	0,64
SG+CATAPRESSAN+SPASFON INJ	1	0,64
Total	156	100

Le buthylhiocine est le médicament le plus utilisé avant référence / évacuation avec une fréquence de **64** soit **41,02%** ; en outre **462** parturientes n'ont pas eu de médication préalable avant évacuation.

**TABLEAU XIII : REPARTITION EN FONCTION DES MOYENS
LOGISTIQUES POUR L'EVACUATION**

MOYENS LOGISTIQUES UTILISES	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
AMBULANCE	456	73,79
TAXI	85	13,75
VOITURE PERSONNELLE	74	11,97
TRANSPORT EN COMMUN	3	0,49
Total	618	100

Ce tableau montre que l'ambulance est le moyen logistique le plus utilisé dans le cadre des évacuations avec un effectif de 456 soit 73,79 %.

TABLEAU XIV : STATUT D'ADMISSION DES PARTURIENTES

STATUT D'ADMISSION DES PARTURIENTES	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
EVACUEES	618	90,61
VENUES D'ELLE MÊMES EN SITUATION D'URGENCE	64	9,39
Total	682	100

Ce tableau montre que les parturientes évacuées représentent 90,61 % avec un effectif de **618** soit **90,61 %**.

TABLEAU XV : REPARTITION SELON LES MOYENS DE COMMUNICATION UTILISES POUR L'EVACUATION

MOYENS DE TELECOMMUNICATION UTILISES	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
RAC	4	0,65
TELEPHONE FIXE	1	0,16
AUCUN	613	99,19
Total	618	100

Ce tableau montre que **591** parturientes ont été évacuées sans usage d'aucun moyen de télécommunication préalable soit **99,19 %**.

TABLEAU XVI : REPARTITION SELON LE STATUT DE L'AGENT DE SANTE ACCOMPAGNATEUR

AGENT DE SANTE ACCOMPAGNATEUR	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
INTERNE	186	47,94
INFIRMIERE OBSTETRICIENNE	137	35,31
MATRONE	26	6,70
SAGE FEMME	21	5,41
INFIRMIER	9	2,32
AIDE SOIGNANTE	7	1,80
MEDECIN	2	0,52
Total	388	100

Les internes représentent **47,94 %** des personnels accompagnants les parturientes.

NB : 230 parturientes ont été reçues sans aucune assistance de personnel médical.

TABLEAU XVII: PRESENCE DE VOIE VEINEUSE

ABORD VEINEUX	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
SANS VOIE VEINEUSE	558	90,29
FIXEE PAR CATHETER	55	8,90
PRESENCE DE CATHETER ET PERFUSION	5	0,81
Total	618	100

Ce tableau montre que la plupart des parturientes sont évacuées sans aucune assistance hémodynamique au cour du transfert ; l'absence de voie veineuse a été retrouvée chez **558** parturientes soient **90,29 %**.

TABLEAU XVIII: REPARTITION SELON LA PRESENCE DE SUPPORTS NECESSAIRES POUR L' EVACUATION

SUPPORTS D'EVACUATION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
PARTOGRAMME	191	30,91
PARTOGRAMME ET FICHE DE REFERENCE/EVACUATION	118	19,09
FICHE DE CONSULTATION	95	15,37
FICHE DE REFERENCE/EVACUATION	93	15,05
REFERENCE VERBALE	113	18,29
LETTRE	8	1,29
Total	618	100

Ce tableau montre que le partogramme et le support le plus souvent retrouvé comme support d'évacuation, avec un effectif de **191** soit **30,91%**.

TABLEAU XIX: REPARTITION EN FONCTION DE LA DISTANCE PARCOURUE POUR L'EVACUATION

DISTANCE PARCOURUE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
2-5 KM	17	2,89
5-15 KM	463	78,74
SUPERIEUR A 15 KM	108	18,37
TOTAL	588	100

Ce tableau montre que **463** parturientes parcourent une distance d'au moins **5-15 KM** avant d'arriver au **service de Gynecologie-obstetrique** du **CHU du POINT-G**.

TABLEAU XX: REPARTITION EN FONCTION DE LA DUREE DU TRAJET PARCOURU

DUREE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
< 1 HEURE	188	52,66
1 HEURE-2 HEURE	144	40,34
3 HEURES-4 HEURES	12	3,36
> 4 HEURES	13	3,64
TOTAL	357	100

Ce tableau montre que **52,66 %** des parturientes ont une durée de parcours inférieure à **1 heure**.

Ce temps n'a pu être déterminé chez 261 parturientes.

**TABLEAU XXI: REPARTITION SELON LA GESTITE
DES PARTURIENTES**

GESTITE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
0	108	15,83
1-2	272	39,88
3-5	188	27,57
6-8	79	11,58
9-11	25	3,67
11-13	10	1,47
Total	682	100

272 parturientes avaient une gestité entre **1-2** soit **39,88 %**.

**TABLEAU XXII : REPARTITION SELON LA PARITE
DES PARTURIENTES**

PARITE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
0	223	32,70
1-2	217	31,81
3-5	159	23,31
6-8	65	9,53
9-11	16	2,35
11-13	2	0,30
Total	682	100

Ce tableau montre que **223** parturientes n'avaient jamais accouché soit **32,70 %**

TABLEAU XXIII : REPARTITION EN FONCTION DES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
CESARIENNE	142	20,82
F V. V	5	0,74
G.E.U	3	0,44
AUTRES	3	0,44
PLASTIE TUBAIRE	2	0,29
APPENDICECTOMIE	2	0,29
TRAUMATISME DE LA JAMBE	2	0,29
CURE DE PROLAPSUS UTETRIN	2	0,29
MYOMECTIONIE	1	0,15
AUCUN	520	76,25
Total	682	100

520 parturientes n'avaient aucun antécédent chirurgical soit **76,25 %**.

TABLEAU XXIV : REPARTITION EN FONCTION DES ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS MEDICAUX	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
DREPANOCYTOSE SS	5	0,73
EPIGASTRALGIE	5	0,73
ASTHME	4	0,59
HIV+	3	0,44
H.T.A	3	0,44
HYPERTHYROIDIE	3	0,44
CARDIOPATHIE	2	0,29
U.G.D	2	0,29
DIABETE	2	0,29
POLIOMYELITE	2	0,29
DERMATOSE	1	0,15
HTA + DIABETE	1	0,15
AUCUN	649	95,17
Total	682	100

649 parturientes n'avaient aucun antécédent médical soit **95,17 %**.

TABLEAU XXV : REPARTITION EN FONCTION DU NOMBRE DE CONSULTATION PRENATAL

NOMBRE DE CPN	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
0 CPN	297	43,55
1-3 CPN	211	30,93
4-6 CPN	174	25,52
Total	682	100

Ce tableau montre que **297** parturientes n'avaient pas suivi de CPN soit **43,55 %**.

TABLEAU XXVI: REPARTITION SELON LES AUTEURS DES CONSULTATIONS PRENATALES

AUTEUR DES CPN	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
SAGE FEMME	333	90,74
MATRONE	12	3,27
NFIRMIERE OBSTETRICIENNE	8	2,18
MEDECIN GENERALISTE	7	1,91
MEDECIN SPECIALISTE EN OBSTETRIQUE	6	1,63
INTERNE	1	0,27
Total	367	100

Ce tableau montre que **333** parturientes ont été suivies par les sages femmes soit **90,74 %**.

**TABLEAU XXVII : REPARTITION EN FONCTION DE L'ASPECT
DU LIQUIDE AMNIOTIQUE**

ASPECT DU LIQUIDE AMNIOTIQUE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
CLAIR	280	43,68
TENTE	225	35,10
SANGUINOLANT	82	12,80
MECONIAL	35	5,46
MECONIAL ET FETIDE	19	2,96
Total	641	100

280 parturientes ont été reçues avec un liquide amniotique clair soit **43,68** %, contre **225** parturientes reçues avec souffrance fœtale clinique (L A Teinté) soit **35,1**

**TABLEAU XXVIII : REPARTITION EN FONCTION DU GROUPEMENT
RHESUS A L'ADMISSION**

GROUPEMENT RHESUS A L'ADMISSION	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
GROUPEMENT EN URGENCE	424	62,35
DEJA GROUPEE	256	37,65
Total	680	100

Ce tableau montre que **424** parturientes ont reçu un groupement rhésus en urgence soit **62,35** %.

TABLEAU XXIX: REPARTITION EN FONCTION DE L'ACTE EFFECTUE AU POINT-G

ACTE EFFECTUE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
CESARIENNE GRATUITE	415	60,85
ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	171	25,07
CESARIENNE AVANT GRATUITE	64	9,38
HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE GRATUITE	14	2,05
HYSTERORRAPHIE GRATUITE	10	1,47
HYSTERORRAPHIE AVANT GRATUITE	3	0,44
DELIVRANCE ARTIFICIELLE	3	0,44
REVISION UTERINE	2	0,30
Total	682	100

415 parturientes ont été gratuitement césarisées soit **60,85 %**, en autre **64** parturientes ont été césarisées avant gratuité soit **9,38 %**.

TABLEAU XXX : REPARTITION EN FONCTION DU NIVEAU DE LA TRANSFUSION EFFECTUEE EN URGENCE.

NIVEAU DE TRANSFUSION EN URGENCE	EFFECTIF absolu	POURCENTAGE
TRANSFUSEE	134	19,79
NON TRANSFUSEE POUR NON DISPONIBILITE DE SANG	57	8,42
TRANSFUSION NON INDIQUEE	486	71,79
Total	677	100

134 Parturientes ont été transfusées en urgence soit **19,79 %**, contre **57** parturientes chez qui, la disponibilité du sang a fait défaut, soit **8,42 %**.

NB : Chez 5 parturientes, le paramètre de transfusion n'a pas été apprécié

TABLEAU XXXI: REPARTITION SELON L'ETAT DU NOUVEAU AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT.

ETAT DE L'ENFANT A LA SORTIE DU SERVICE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
SATISFAISANT	571	84,97
MORT NE FRAIS	59	8,78
MORT NE MACERE	18	2,67
TRASFERT A LA PEDIATRIE pour détresse respiratoire	16	2,38
DECES NEONATALE	4	0,60
MORT IN UTERO	2	0,30
REFERE EN TRAUMATOLOGIE POUR FRACTURE DE LAVANT BRAS	1	0,15
TRANSFERT EN PEDIATRIE POUR PREMATURETE	2	0,15
TOTAL	672	100

571 nouveaux nés ont présenté un état satisfaisant au moment de l'accouchement soit **84,97 %**.

NB : Chez 10 parturientes, les paramètres du nouveau né n'ont pas été évalués

TABLEAU XXXII : REPARTITION EN FONCTION DE L'ITINERAIRE DES PARTURIENTES

ITINERAIRE DES PARTURIENTES	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
CSREF KATI... CHU POINT-G	155	22,7
CSREF CVI....CHU GT....CHU POINT-G	31	4,54
CSREF CVI.....CHU POINT-G	25	3,7
CSCOM FALADIE NEGUELA.....CHU POINT-G	25	3,7
CSREF CII....CHU GT.....CHU POINT-G	25	3,7
CSREF CI....CHU GT.....CHU POINT-G	24	3,5
CSREF CIV....CHU GT.....CHU POINT-G	18	2,6
CSREF CV.....CHU GT.....CHU POINT-G	16	2,3
CHU GT....CHU POINT-G	16	2,3
MATERNITE GARNISON KATI.....CHU POINT-G	14	2,1
ASACOMAK.....CHU POINT-G	14	1,8
CSREF CI.....CHU POINT-G	11	1,6
CSREF KOLOKANI.....CHU POINT-G	11	1,6
CSCOM DIAGO.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	9	1,3
ASACOBABA....CSREF CI....CHU GT....CHU POINT-G	7	1
ASACOFABA...CSREF CVI...CHU GT....CHU POINT-G	6	0,9
CSREF DIEMA.....CHU POINT-G	6	0,9
CSCOM FARADA (KATI)CHU POINT-G	5	0,7
CSREF OUELESSEBOUGOU.....CHU POINT-G	5	0,7
CSCOM KOULOUBA.....CHU POINT-G	5	0,7
CSCOM TORODO.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	5	0,7
CSREF C V.....CHU POINT-G	5	0,7
ASACOMABA...CSREF CVI.....CHU GT ...CHU POINT-G	4	0,6
MATERNITE CAMP1....CHU GT....CHU POINT-G	4	0,6
ASACONIA....CSREF CVI.....CHU GT....CHU POINT-G	4	0,6
ASACOSEK.....CSREF CIV.....CHU POINT-G	4	0,6

**SUITE TABLEAUX XII : REPARTIRION EN FONCTION
DE L'ITINERAIRE DES PARTURIENTES**

ITINERAIRE DES PARTURIENTES	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
CSCOM FALADJE KATI.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	4	0,6
ADASCO.....CSREF CV.....CHU POINT-G	3	0,4
MATERNITE CAMP1.CHU POINT-G	3	0,4
MATERNITE RENE CISSE....CSREF IV.....CHU GT...CHU POINTG	3	0,4
ASACOMA.....CSREF CVI.....CHU POINT-G	3	0,4
ABOSAC.....CHU GT.....CHU POINT-G	3	0,4
CSCOM SANANFARA KATI.....CHU POINT-G	2	0,3
CSCOM NEGUELA.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	2	0,3
CSCOM DIANDJIGUILA....CSREF CI...CHU GT.....CHU POINT- G	2	0,3
ASACASAB II.....CSREF CV.....CHU GT.....CHU POINT-G	2	0,3
CSCOM FARADA KATI.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	2	0,3
CSREF KOULOUKORO.....CHU POINT-G	2	0,3
CSCOM YELEKEBOUGOU.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	2	0,3
ASACOYI.....CSREF CVI.....CHU GT.....CHU POINT-G	2	0,3
CSCOM DOMBILA...CSREF KATI.....CHU POINT-G	2	0,3
ASACOHII.....CSREF CII...CHU GT.....CHU POINT-G	2	0,3
ASACOHII.....CHU POINT-G	2	0,3
ASACOKAL.....CSREF CV.....CHU GT.....CHU POINT-G	2	0,3
ASACOMISS...CSREF CVI.....CHU POPINT-G	2	0,3
ASACOSI.....CSREF CI.....CHU POINT-G	2	0,3
ASACOSI.....CHU POPINT-G	2	0,3
ASACOMA....CSREF C V...CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM BAGADADJI.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACODJI...CSREF CV...CHU POINT-G	1	0,2
CSREF C II.....CHU POINT-G	1	0,2

**SUITE TABLEAU XXXII REPARTITION EN FONCTION
DE L'ITINERAIRE DES PARTURIENTES**

ITINERAIRE DES PARTURIENTES	EFFECTI F Absolu	POURCENTAGE
CSCOM NARENA.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOBENKADY....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
CSREF DIEMA.....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM BONIABA....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACONIA.....CSREF CVI.....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM NIONSOMBOUGOU....CSREF KATI...CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM KENEYA KALABAN GOLF...CSREF CV....CHU GT...CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM SENOU.....CSREF CVI.....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
VILLAGE NIAMANA.....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM DJIDIENI.....CSREF KOLOKANI.....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM DE KANKRE....CSREF SELINGUE.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOSO....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOBA.....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM DOMBILA.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOBOUL IICSREF CI.....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOBOUL II.....CSREF CI.....CHU POINT-G	1	0,2
ADASCO....CSREF CV.....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACONIA.....CSREF CVI.....CSREF CV.....CHU GT...CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM NAFADJICORO.....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM MORIBOUGOU....CSREF CI.....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOSEK....CSREF IV....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOFA.....CSREF CVI....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM DJININA.....CSCOM DIO GARE....CSREF KATI.....CHU POINT- G	1	0,2
CSCOM FARADA.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOBAKON.....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2

**SUITE TABLEAU XXXII: REPARTITION EN FONCTION
DE L'ITINERAIRE DES PARTURIENTES**

ITINERAIRE DES PARTURIENTES	EFFECTIF	POURCENTAGE
CSREF BAFOLULABE.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACODIAN....CSREF CI...CHU GT...CHU POINT-G	1	0,2
CABINET MEDICAL NANDY.....CSREF CV.....CHU GT...CHU POINT-G	1	0,2
ASACOBOUL I.....CSREF CI.....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACODIAN.....CSREF CI.....CHU POINT-G	1	0,2
CSREF CIV....CHU GT.....CSREF C V.....CHU POINT-G	1	0,2
PMI LAFIABOUGOU.....CHU POINT-G	1	0,2
CSCOM KATI COCO.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACOMAK.....CSREF KATI.....CHU POINT-G	1	0,2
ASACODJI....CSREF C V.....CHU GT...CHU POINT-G	1	0,2
CABINET MEDICAL SAMA...CSREF CV....CHU GT...CHU POINT-G	1	0,2
PMI NIARELA.....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
KOMIKOMI....CSCOM DIO GARE.....CSREF KATI.....CHU POPINT-G	1	0,2
CSCOM SIRAKORO.....CSREF CVI.....CHU GT...CHU POINT-G	1	0,2
MATERNITE BASE....CSREF CV....CHU GT...CHU POINT-G	1	0,2
ASACOOB.....CHU GT.....CHU POINT-G	1	0,2
CENTRE DE SANTE KANKABA.....CHU POPINT-G	1	0,2
ASACOTOM.....CHU POINT-G	1	0,2
MAISON.....CHU POINT-G	64	9,4
NON DETERMINE	68	10
TOTAL	682	100

Dans le district de Bamako, l'itinéraire **CSREF CVI.....CHU GT.....CHU POINT-G** est le plus empreinte avec un effectif de **31** soit **4,5 %**.

En dehors de BKO l'itinéraire **CSREF KATI.....CHU POINT-G** est le plus fréquent avec un effectif de **155** soit **22,7 %**.

TABLEAU XXXIII : REPARTITION EN FONCTION DU NOMBRE DE STRUCTURE DE SANTE VISITEE AVANT D'ARRIVER AU CHU DU POINT-G.

NOMBRE DE STRUCTURE DE SANTE VISITEE	EFFECTIF Absolu	POURCENTAGE
4	9	1,32
3	45	6,60
2	185	27,13
1	379	55,57
0	64	9,38
Total	682	100

Ce tableau montre que 55,57 ont visité au moins une structurer de santé avant d'arriver au chu du Point-G

TABLEAU XXXIV: REPARTITION SELON LES SUITES DE COUCHE

SUITES DE COUCHE	EFFECTIF absolu	POURCENTAGE
NORMALES	595	89,75
COMPLIQUEE D'ANEMIE	34	5,13
COMPLICATION DE SUPPURATION PARIETALE	17	2,56
COMPLIQUEES D'HYPERTENSION ARTERIELLE	10	1,51
COMPLIQUEES D'ENDOMETRITE	4	0,6
COMPLIQUEES D'HEMORRAGIE	2	0,30
COMPLIQUEES DE FISTULE VESICO-VAGINALE	1	0,15
Total	663	100

595 parturientes admises ont eu des suites de couche soit **89,75 %**.
19 Décès maternel dont **2 constatés à l'arrivée.**

**TABLEAU XXXV : REPARTITION EN FONCTION
DU TEMPS ECOULE ENTRE PRISE DE DECISION
DE CESARIENNE ET L'EXTRACTION DU FOETUS**

TEMPS ENTRE PRISE DE DECISION DE CESARIENNE ET L'EXTRACTION DU FOETUS	NOMBRE	POURCENTAGE
20-30MINUTES	380	94,53
30 -40 MINUTES	15	3,73
40- 60 MINUTES	7	1,74
TOTAL	402	100

Dans 94,53 % l'extraction du fœtus a eu lieu entre 20 à 30 minutes de la prise de décision de césarienne, 1,74 % entre 40 à 60 minutes.

TABLEAU XXXVI : REPARTITION DES DECES MATERNELS EN FONCTION DES PARAMETRES DE TRAITEMENT.

Age	Motifs d'évacuation	Diagnostic retenu au CHU	Traitement Instauré	Groupage Rhésus en Urgence	Niveau de transfusion
15-19	Crises d'éclampsie	Rupture Utérine	Hystérectomie d'hémostase		
35-39	Hémorragie délivrance	Rétention Placentaire	Délivrance Artificielle	oui	Transfusée
35-39	Dilatation Stationnaire	HRP	Hystérectomie après Césarienne	oui	Transfusée
	Hémorragie /Grossesse	Placenta praevia hémorragique	Hystérectomie d'hémostase	oui	Transfusée
25-29		Retard expulsif	Hystérectomie après césarienne	oui	Transfusée
15-19	Hémorragie /Grossesse	Placenta praevia hémorragique	Césarienne	oui	Transfusée
35-39	Crises d'éclampsie	Eclampsie subintra-ntante	Césarienne	oui	
30-34	Coma/grossesse	Placenta praevia hémorragique	Césarienne	oui	Transfusée
30-34	Cardiopathie/grossesse	Toxémie gravidique	Césarienne	Déjà groupée	
15-19	Mort in utero	Mort in utero	Acc- Voie basse	oui	Transfusée
20-24	Utérus cicatriciel	Travail d'acc-	Acc- normal	oui	Transfusée
15-19	Hémorragie post partum	Hémorragie délivrance	Révision utérine	oui	Transfusée
25-29	Hémorragie délivrance	Hémorragie délivrance	Hystérectomie d'hémostase	oui	Transfusée
30-34	HTA/grossesse	Hémorragie délivrance	Hystérectomie d'hémostase	Déjà groupée	Transfusée
15-19	Manque de place	Placenta praevia hémorra-	Césarienne	Déjà groupée	
15-19	Manque de place	Anémie sévère/grossesse	Accouchement normal	oui	Transfusée
20-24	Pre rupture utérine	Pre rupture utérine	Césarienne	oui	Transfusée

Deux décès ont été constatés à l'arrivée.

Après l'analyse ce tableau nous constatons que les complications hémorragiques constituaient les plus fréquents motifs d'évacuation.

- **6 hystérectomies d'hémostases ont été effectuées.**
- **13 patientes ont été groupées en urgence.**
- **14 des 17 femmes ont été transfusées avant leur décès.**

v

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1 Fréquence : Notre étude s'est déroulée sur 17 mois et pendant cette période, il y'a eu 1594 admissions obstétricales dont 618 évacuations soit 38,77% et 64 parturientes venues d'elles mêmes en situation d'urgence.

Ce taux est nettement supérieur à celui retrouvé par ALAMINE [7] au CSREF CI soit 12,77 % et MACALOU [2] à l'hôpital régional de Kayes soit 6,41% et THIERO [8] au CHU GT soit 11,57 %.

L'augmentation de ce taux d'évacuation est consécutive à la gratuité de la césarienne et de la faible capacité de prise en charge des structures sanitaires situées en amont : centres de santé de référence des communes du district de Bamako, Hôpital national Gabriel Touré et du centre de santé de référence de Kati.

2 Profil socio-démographique :

Les Bambara, les peulhs et les malinkés sont les plus nombreux avec respectivement 52,52%, 11 % et 10,26%.

Ce taux est conforme à la répartition générale de la population.

Les extrêmes d'âge sont de 15 à 43 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 19 ans soit 48,09 %. Ce résultat est comparable à celui trouvé par ALAMINE [7] soit 41 % et FALL [9] 55,6%.

Le jeune âge de la majorité de nos patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue de grossesses précoces dans un contexte d'immaturité physique ; toute chose jouant un rôle certain dans les dystocies osseuses.

❖ 3 **Statut matrimonial/profession**

Les femmes mariées sont les plus fréquentes avec 603 d'effectif soit 88,46 %.

Quant à la profession, les ménagères représentent 84,75 %, taux comparable à celui rapporté par MACALOU [2] 80,9%.

4 **Distance parcourue** :

La distance parcourue varie en général entre 5 à 15 km avec les extrêmes de 2 à 180 km. Ce résultat est inférieur de celui trouvé par MACALOU [2] les extrêmes sont de 2 à 250 km et comparable au taux d'ALAMINE [7] dont les extrêmes sont de 1 à 20 km.

Notre résultat est conforme au statut de structure de 3^{eme} niveau de référence.

5 **Qualité de l'agent demandeur de l'évacuation** :

Les médecins et les sages femmes sont les plus grands demandeurs de l'évacuation avec respectivement 41,20% et 40,03.

Ces taux sont sensiblement les mêmes que ceux de MACALOU [2] pour les médecins soit 37,80% et ALAMINE [7] soit 48,8%.

Ces résultats s'expliquent par la bonne couverture sanitaire au niveau du district de Bamako, notamment dans les centres de santé de référence où opèrent des équipes en nombre suffisant : médecins et sages femmes.

6 **Mode d'évacuation** :

L'ambulance est le moyen le plus fréquemment utilisé pour les évacuations des parturientes avec 73,62 %.

Ce taux est nettement supérieur à celui rapporté par ALAMINE [7] soit 0,8 % et de MACALOU [2] soit 14,71 %.

Ce résultat s'explique par les efforts consentis par les autorités de tutelle dans la dotation des structures de référence en moyens logistiques : ambulance.

7 Temps passé avant évacuation :

La durée de séjour a été déterminée de façon approximative car non précisée sur le partogramme ou la fiche d'évacuation. Elle a été calculée à partir des données de l'interrogatoire.

Le temps passé avant évacuation varie généralement entre 15 à 30 minutes soit 33,92 %. Nous avons aussi rencontré des cas de retard d'évacuation avec des extrêmes de 48 heures soit 1,16 %.

Ce résultat est différent de celui rapporté par ALAMINE [7] dont 48,52% des évacuées accusaient un retard de 48 Heures.

8 Provenance des parturientes :

Dans le district de Bamako, les parturientes proviennent généralement du CSREF CVI soit 10,41 % %, du CHU GT soit 9,97 %, du CSREF CI soit 6,16%. Ces résultats s'expliquent par le fait que certaines structures à compétence gyneco-chirurgicale sont confrontées à un manque réel de place et où le plateau technique est insuffisant pour la prise en charge adéquate de certaines pathologies ou cas compliqués : éclampsie, hémorragie. En dehors du district, le CSREF KATI avec 25,66 % des évacuations vers le CHU du point-G vient en tête des autres structures.

Ce taux est dû au fait qu'il n'existe pas de service à compétence gyneco-chirurgicale dans le dit centre et par extension dans le cercle de KATI.

9 **Motifs d'évacuation :**

- ✚ La dilatation stationnaire est le motif d'évacuation le plus retrouvé avec un effectif absolu de 75 soit 14,3 % ;
- ✚ utérus cicatriciel 9,4 % hauteur utérine excessive 5,98 % ;
- ✚ Hauteur utérine excessive 7,1 %.

Ces résultats sont différents de ceux rapportés par ALAMINE [7] dans le CSREF CI où :

- ✓ La dilatation stationnaire représentait 18,10 % des cas ;
- ✓ Les Hémorragies du 3eme trimestre 11,30 %.
 - ❖ De Sangaré au CSREF CV où les motifs étaient :
- ✓ Retard à l'expulsion 13,60 %,
- ✓ Disproportion fœto-pelvienne 12,9 %,
- ✓ Hémorragies du 3eme trimestre 11 %.

Au cours de notre étude, les autres motifs sont représentés par :

- ❖ Manque de place 56,70 % ;
- ❖ Bloc opératoire occupé 21,65 % ;
- ❖ Manque de kit opératoire 12,37 % ;
- ❖ Groupe électrogène en panne 5,16 % ;
- ❖ Absence d'anesthésiste 1,03 % ;
- ❖ Manque de réactif pour le groupage rhésus 1,03 % ;
- ❖ Manque de produits anesthésiques 1,3 % ;
- ❖ Manque de matériels chirurgicaux stériles 1,03 %.

Ces motifs méritent qu'une attention particulière leur soit accordée par les autorités de tutelle.

10 Usage des moyens de telecommunication

Au cours de notre étude nous avons constaté que dans 99,16 %, les évacuations ont été faites sans usage d'aucun moyen de telecommunication, 0,65 % pour le rac, 0,16 % pour le téléphone fixe.

Cependant 73,62 % des parturientes arrivent au CHU du Point-G par ambulance.

L'analyse de ces résultats démontre la non utilisation des moyens de telecommunication au niveau des autres échelons de la pyramide sanitaire ; c'est-à-dire des CSCOM vers les CSRéf et les CSRéf vers le CHU du point-G. **12 SITUATION**

OBSTETRICALE A L'ENTREE

• A Consultations prénatales :

Au cours de notre étude 43,55 % des parturientes n'avaient pas fréquenté les CPN. Ce taux est nettement supérieur à celui trouvé par ALAMINE [7] soit **19,7 %**, mais inférieur au taux de MACALOU [2] soit 48,1 %.

30,94 % avaient consulté 1 à 3 fois.

Une enquête verbale effectuée sur la question a révélé que la plupart des cas d'inobservance et ou de refus des CPN étaient dû aux coûts élevés des examens complémentaires indispensables au suivi correct de la grossesse d'une part et par un manque de temps lié aux occupations ménagères de même que la qualité défectueuse des prestations d'autre part.

B Supports d'évacuation :

Les supports d'évacuation sont indispensables pour la compréhension de l'histoire d'une évacuation. Ils permettent

d'instituer urgemment une prise en charge adaptée. Dans notre étude, seulement 22,65 % des parturientes avaient reçu un partogramme avant leur évacuation.

Ce taux est supérieur à celui trouvé par ALAMINE [7] soit 19,4 %.

19,09 % avaient en plus du partogramme une fiche d'évacuation ; 8,74 % des parturientes ont été verbalement évacuées traduisant le terrible abandon des parturientes à leur sort.

11 **Durée du trajet parcouru :**

Le temps moyen est inférieur à une heure soit 52,66 % avec les extrêmes inférieur à 1 heure et supérieur à 4 heures.

Ce résultat est différent de celui de ALAMINE [7] dont le temps moyen était de 125 minutes avec 10 minutes et 4 heures comme extrêmes.

Après analyse, nous avons constaté une réduction de la durée du trajet due essentiellement à la disponibilité des ambulances au niveau des structures périphériques.

12 **Traitement reçu avant évacuation :**

Le buthylhycine est le médicament le plus utilisé avant évacuation soit 41,02 %. L'analyse a permis de déceler des associations controversées de médicaments comme buthylhycine + oxytocine ou buthylhycine + oxytocine + spasfon injectable en perfusion dans du sérum glucosé.

NB : 462 parturientes ont été évacuées sans aucune médication préalable.

13 **Parité** :

La gestité et la parité jouent un rôle important dans les motifs des évacuations 32,70 % des parturientes étaient à leur première grossesse et ce taux se rapproche à celui de Thiero [8] soit 30,60 %. Dans notre échantillon 23,31 % étaient entre les 3^{ème} ou 5^{ème} grossesse, celui de ALAMINE [7] 19,2 %.

14 **Antécédents medico-chirurgicaux** :

Dans notre étude, 76,25 % des parturientes n'avaient aucun antécédent chirurgical contre 20,82 % ayant un antécédent de césarienne.

15 **Itinéraire des parturientes** :

Dans le district de Bamako, les itinéraires les plus empruntés sont :

CSRef CVI.....CHU GT.....CHU du POINT-G soit 4,54 % ;

CSRef C VI.....CHU du POINT-G soit 3,66% ;

CSRef CI.....CHU GT.....CHU du POINT-G soit 3,51 % .

Ces résultats expliquent tous les problèmes que rencontrent ces structures à faire face à la demande de la population, créant d'emblée une pléthore dans le CHU GT qui très souvent manque de place et de bloc opératoire.

En dehors du district de Bamako, l'itinéraire le plus emprunté est :

CSRef KATI.....CHU du POINT-G soit 22,73 de tout l'échantillon étudié.

Ce taux s'explique par le fait que le CSRef de Kati ne dispose pas de bloc opératoire ni de personnel médical à compétence gyneco-

chirurgicale. Ainsi le service de gynécologie-obstétrique du CHU de POINT-G reste une destination privilégiée pour les parturientes à problème.

16 Nombre de structures de santé visitée avant d'arriver au CHU du POINT-G

Dans notre étude 47,60 % des parturientes sont passées par une autre structure avant d'arriver au CHU du POINT-G ; 27,42 % dans deux structures ; 6,16 % dans trois structures.

Ces taux s'expliquent par un déficit de prise en charge par les structures périphériques et révèle l'aventure effroyable vécue par les femmes en voulant donner la *vie*.

17 Diagnostic retenu :

Parmi les diagnostics retenus après l'examen en salle d'accouchement, nous avons essentiellement :

- **dilatation stationnaire 15,10 % ;**
- **travail d'accouchement normal 13,9 %.**
- **la souffrance fœtale aigue 7,92 % ;**

Ces diagnostics sont différents de ceux trouvés dans l'étude faite par Thiero [8] dont les diagnostics retenus étaient :

Présentations vicieuses 14,41 % ;

Disproportion foeto-pelvienne 14,41 % ;

Dystocie osseuse 13,80 %.

Après les diagnostics retenus, nous nous sommes appesantis sur d'autres éléments pour évaluer le pronostic materno-fœtal tels que :

- ❖ retard pris dans le cadre des évacuations ;
- ❖ non assistance des parturientes au cours des évacuations ;

- ❖ des médications inadaptées avant les évacuations ;
- ❖ l'itinéraire aussi long que tortueux.

Ces facteurs rendent la prise en charge difficile et le pronostic materno-foetal mauvais.

18 Traitement instauré :

La démarche thérapeutique dépend du diagnostic retenu et de l'état général de la patiente .Nous avons eu recours à la :

- **La césarienne gratuite dans 58,94 % ;**
- **La césarienne avant gratuité dans 9,38 % ;**
- **L'accouchement par voie basse 25,07 % ;**
- **L'hystérectomie d'hémostase gratuite 2,05 %.**

Ces résultats sont différents de ceux rapportés par Thiero [8] soit :

- cesarienne 50 % ;
- accouchement par voie basse 42,50 %.

De ALAMINE soit :

- Césarienne 25,30 % ;
- accouchement par voie basse 73,10 %.

19 Pronostic materno-foetal :

L'état général de certaines évacuées est aggravé par le retard à la prise en charge et l'absence de mini banque de sang fonctionnelle. Ces facteurs augmentent la morbidité et la mortalité maternelle à court terme.Durant la période d'étude nous avons recensé

87,24 % des suites de couches simples, contre 2,79 % **décès** maternel.

Les complications sont représentées essentiellement par :

- ✚ l'anémie 4,98 % ;

+ suppuration pariétale 2,49 % ;

+ hypertension artérielle 1,47 %.

+ Eclampsie

20 **Pronostic foetal** : Il reste satisfaisant avec 84,97 % des nouveaux nés présentant un bon état à la sortie du service malgré l'absence d'un service de néonatalogie, grâce aux efforts déployés par toutes les équipes pour la prise en charge des cas de complication nécessitant une intervention urgente. Les manœuvres de réanimations manuelles permettent dans la majorité des cas de corriger des détresses respiratoires mineures.

EVALUATION DU COÛT DE LA CESARIENNE.

DEPENSES DE PRISE EN CHARGE :

❖ Césarienne :

Avant la politique de gratuité de césarienne, les frais étaient repartis comme suit :

Médicaments et matériels consommables : **45.410 f CFA**

Acte de chirurgie + acte anesthésie : **40.000 f CFA**

Frais d'hospitalisation lit 2eme catégorie : **20.000 f CFA**

Total : 105.410 f CFA

❖ Hystérectomie d'hémostase :

Médicaments et consommables : **60810 f CFA**

Acte de chirurgie + acte anesthésie : **40000 f CFA**

Frais d'hospitalisation lit 2eme catégorie : **20000 f CFA**

TOTAL : 120.810 f CFA

NB : Les coûts supplémentaires liés aux complications n'ont pas été pris en compte dans les frais normaux. La gratuité de la césarienne est venue annuler toutes ces dépenses et améliorer ainsi le sort des malades quant à l'accessibilité aux soins.

Il est important de savoir que chaque césarienne pratiquée coûte à l'état Malien **105410 f CFA**. Il faut reconnaître en toute objectivité que c'est un engagement fort du gouvernement dans le but d'atteindre les objectifs du millénaire en faveur de la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-fœtale.

Evaluation de la gratuité de césarienne de **Juin 2005 à Mai 2006** soit **12 mois** environ.

Au cours de cette période, notre service a effectué :

- ❖ **415** césariennes gratuites pour une somme de **43.745.150 FCFA**
- ❖ **14** hystérectomies d'hémostase gratuites; 1.691.340 FCFA
- ❖ **10** hystérorraphies gratuites pour rupture utérine. 1054100 Fcfa

A ceux-ci il faut ajouter la prise en charge des complications post-césariennes avec 126 ordonnances post opératoires gratuites, totalisant une somme de **750.725 f CFA**

Le coût total s'élève à **47.241.315 FCFA** pendant 11 mois d'activité de gratuité de césarienne.

VI

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

L'étude des évacuations obstétricales au service de Gynecologie-obstetrique du CHU du POINT-G se confond à l'œil d'un observateur du trajet, que parcourent les parturientes de la maison jusqu'à une structure d'accueil .C'est une étude transversale et descriptive sur une période de 17 mois dont 682 parturientes ont été admises en situation d'urgence sur un total de 1594 admissions obstétricales. Les questions posées constituent un véritable problème de santé publique. Dans notre étude, nous avons été touchés par :

- ❖ Itinéraire suivi par les parturientes ;
- ❖ Le mode d'évacuation ;
- ❖ Les motifs d'évacuation ;
- ❖ Le temps d'évacuation ;
- ❖ L'âge des évacuées.

Les adolescentes **15 et 19 ans** étaient les plus représentées avec 48,09 %.Les motifs généralement rencontrés se résument à la dilatation stationnaire 14,3 %, contractions utérines sur grossesse à terme 11,65 %, utérus cicatriciel 7,92 %.

La césarienne a été privilégiée dans 58,94 %, l'accouchement par voie basse dans 25,07 % des cas. Nous avons recensé 77 morts nés pour 595 naissances vivantes, 2,79 % de décès maternel dû essentiellement aux hémorragies, infections, éclampsies. Les suites de couches globalement simples soient 87,24 %.

Au cours de cette période, nous avons effectué 415 césariennes gratuites, 14 hystérectomies d'hémostases, 10 hystérorraphies pour ruptures utérines.

Des cas de complications post-opératoires au nombre de **87** dont **73** au courant **2006**, dominées par l'anémie, la suppuration pariétale et l'hypertension artérielle.

Des ordonnances post-opératoires gratuites au nombre de 126, totalisant une somme de **750.725 f CFA** pour les cas de complication.

Durant cette étude nous avons été marqué par le fonctionnement de cette ambitieuse politique de gratuité des césariennes dont le coût total sur 11 mois d'activité est **47.241.315 F CFA.**

Recommandations

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes qui s'adressent :

Au Ministère de la santé

- Renforcer le plateau technique des hôpitaux nationaux et des structures de référence pour la prise en charge des urgences gyneco-obstétricales.
- Assurer la formation continue du personnel médical face aux urgences obstétricales.
- Continuer et renforcer la politique de gratuité des césariennes.
- Mettre en œuvre sur le plan national la **stratégie avancée des CPN qui consiste à** standardiser et à rendre gratuits les examens complémentaires indispensables pour un meilleur suivi des grossesses.

Au Directeur du CHU du Point-G

- Annexer au service de Gynécologie-obstétrique une unité de néonatalogie.
- Doter le CHU du Point-G d'une mini banque de sang afin de répondre aux besoins de transfusions urgentes.

Aux médecins chefs

- ✓ Assurer quotidiennement le staff au sein du service dans le cadre de la formation continue du personnel.
- ✓ Organiser périodiquement les audits cliniques afin d'améliorer la prise en charge des urgences obstétricales.
- ✓ Améliorer l'organisation des références/évacuations et veiller sur la prise d'une voie veineuse sûre fixée par un cathéter avant référence/évacuation

Aux sages femmes

- ❖ Sensibiliser les femmes enceintes de la nécessité d'une bonne observance des consultations prénatales.
- ❖ Enseigner aux gestantes les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement.
- ❖ Remplir correctement le partogramme.

Aux femmes enceintes

- Fréquenter de manière assidue les consultations prénatales.
- Se présenter au centre de santé le plus proche dès qu'apparaissent les signes de danger.

Aux Mairies communales

- Promouvoir la mise en place des mutuelles de santé ou caisse de solidarité.

A la population

- Faire don de sang.

Fiche Signalétique

Nom : *Diarra*

Prénom : *Moussa dit Balla.*

Titre : *Evacuations Obstétricales dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire du point-G.*

Année de soutenance : *2007-2008*

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique, Santé publique.

Adresse électronique : assoumka@yahoo.fr

Résumé : Les évacuations obstétricales au service de gynécologie-obstétrique du CHU du POPINT-G .C'est une étude transversale et descriptive sur une période allant du **1^{er} Janvier 2005 au 30 Mai 2007**.Les questions posées constituent un véritable problème de santé publique.

L'objectif principal était d'étudier la problématique des évacuations obstétricales.

Nous avons enregistré 618 évacuations Obstétricales totalisant 38,77 % des 1594 admissions Obstétricales durant la période d'étude.

L'ambulance était le moyen d'évacuation le plus souvent utilisé. Avec 73,79 %.

Les adolescentes **15 et 19 ans** étaient les plus représentées avec 48,09 %. Les motifs généralement rencontrés se résument à la dilatation stationnaire 14,3 %, contractions utérines sur grossesse à terme 11,65 %, utérus cicatriciel 7,92 %.

La césarienne a été privilégiée dans 58,94 %, l'accouchement par voie basse dans 25,07 % des cas. Nous avons recensé 77 mort-nés pour 595 naissances vivantes, 2,79 % de décès maternel dû essentiellement aux hémorragies, infection, éclampsie. Les suites de couches globalement simples dans 87,24 % des cas.

Au cours de cette période, nous avons effectué 415 césariennes gratuites, 14 hystérectomies d'hémostases, 10 hystérorraphies pour ruptures utérines.

Des cas de complications post-opératoires au nombre de **87** dont **73** au courant **2006**, dominées par l'anémie, la suppuration pariétale et l'hypertension artérielle.

Des ordonnances post-opératoires gratuites au nombre de 126, totalisant une somme de **750.725 f CFA** pour les cas de complication.

Durant cette étude nous avons été marqué par l'itinéraire suivi par certaines parturientes et le fonctionnement de cette ambitieuse politique de gratuité des césariennes dont le coût total sur **11** mois d'activité est de **47.241.315 F CFA (quarante sept millions deux cent quarante un milles trois cent quinze francs CFA).**

SIGNES ET ABREVIATIONS

CHU POINT-G : centre hospitalier-universitaire du point-G

CHU GT : centre hospitalier-universitaire Gabriel Touré

CSREF CI : centre de santé de référence de la commune I

CSREF CII : centre de santé de référence de la commune II

CSREFCIII : centre de santé de référence de la commune III

CSREF CIV : centre de d la commune IV

CSREFC V : centre de santé de référence de la commune V

CSREF C VI : centre de santé de référence de la commune VI

CSREF KATI : centre de santé de référence de KATI

CSREF OUELESSEBOUGOU : centre de santé de référence de
ouellessebougou

CSREF KOLOKANI : centre de santé de référence de Kolokani

CSREF KOULOUKORO : centre de santé de référence de
Kouloukoro

CSREF SELINGUE : centre de santé de référence de Selingue

ASACOMA : Association de santé communautaire de
Magnambougou

ASACOSO : Association de santé communautaire de Sogoniko

ADASCO : Association de santé communautaire de
Daoudabougou

ASACOSI : Association de santé communautaire de Sikoroni

ASACOMAK : Association de santé communautaire de
Malibougou Kati

ASACO KOULOU : Association de santé communautaire de
Koulouba

ASACOFA : Association de santé communautaire Faladie

ASACO KAL : Association de santé communautaire de Kalaban
coro

ASACONIA : Association de santé communautaire de Niamakorop

ASACOYI : Association de santé communautaire de Yirimadjo

ASACOMISS : Association de santé communautaire de
Missabougou

CSCOM SANANFARA : Centre de santé communautaire de Kati
Sananfara

CSCOM KOKO : Centre de santé communautaire de Kati Koko

ASACOBABA : Association de santé communautaire de Banconi

ASACOOB : ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE
OULOFOBOUGOU BOLIBANA

ABOSAC : ASSOCIATION BOZOLAISE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE

ASACOMSI : ASSOCIATION DE SANTE COMMUNITAIRE DE
MERIN SIKORO

ASACOSEK : Association de santé communautaire de
Sebenikoro.

CHU Centre hospitalier universitaire

Références Bibliographiques

1 Macalou B

Les évacuations sanitaires obstétricales à l'hôpital régional
Fousseyni Daou de Kayes.These Bamako 2002 N 142 [2]

2 Maguiraga M

Etude sur la mortalité maternelle au Mali.Causes et facteurs de
risque au CSRéf de la **commune V.These med Bko 2000.**
N 110.

3 Merger R

Précis d'obstetrique Edition Masson (5 eme edition), 1989.

4 Tall F S

La mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans
le centre de 2 eme région du Mali 1987- 1990.

5 Thiero M

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

6 Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées.

Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population
1990.[3]

7 Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées : Cellule de planification et de statistique .

Enquête démographique et de santé au Mali 2001.

8 Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées DSFC.

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

9 Moutue .S.C.

Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au CSS de la C II du district de Bko pour la période du 1^{er} avril au 30 Novembre 1997.

These med, Bko 1998 98P n 75.

10 N'Diaye B

La mortalité à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré.

These med, Bko 1995-65P, n1.

11 Royston E and S .Amstrong.

La prévention des décès maternels OMS Genève 1990.

12 Sangaré I

Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bko .Thèse med Bko 2001 n 39.

12 Dolo G

Accouchement du gros fœtus dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de point-G à propos de 206 cas .Thèse med Bko 2001 n 85.

13 Dravé A N

Etude de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital du point-G. Thèse Bko 1996 n 39.

14 Kone B, Iankoade J, Ouedrago CMRA. Bouare B Touré, B Daou, Soudo B.

Les évacuations sanitaires et mortalité fœto-maternelle au Burkina -Faso.

15 Fall G (épouse Kandji).

Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence. Recours d'Afrique Subsaharienne.

Etude prospective d'une année au CHU de Dakar 1996.

Thèse med Dakar 1996.

16 Camara S (épouse Kaba)

Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique : Bilan de deux ans d'étude.

Thèse med Bko 2000 n 714.

17 Dembélé R,

Evaluation du fonctionnement du système de référence / évacuation dans le cercle de Bla d'avril 1996 à Décembre 1998.

18 Diarra O

Les urgences obsterticales dans le service de gynécologie – obstétrique de l'hôpital national du point-G.

19 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 2005. [7]

20 Médecine tropicale 2003

Mortalité Maternelle dans les pays en voie de développement : quelles stratégies adopter [9].

21 Ministère de la santé

Guide pour la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne.

Direction nationale de la santé

Système de Santé et population au Mali.

22 Ouedrago C, Ouedrago A , Zoungrana T, Dujardin B, Thieba B, Lankoande J , Koné B.

Césarienne de qualité au centre hospitalier Yalgado Ouedrago .Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie-obstétrique.

23 Ouedrago C, Ouedrago A , Touré B, Dao B ,Lankoande J , Koné B.

Les ruptures utérines obstétricales à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 80 cas colligés en une année d'activité obstétricale.

24 Adama Koné

Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de **Misgav Ladach.**

25 Approche des besoins obstétricaux non couverts : cas du Bénin [6].

26 Pr Alhousseini AG Mohamed

Editorial Juin 2005, repositionnement de la planification familiale [8].

27 Présentation sur l'initiative de la gratuité de la césarienne [4].

28 Direction nationale de la santé.

Evaluation nationale annuelle 2006 de la gratuité de la césarienne.

29 K. AKPADZA, S. BAETA, K.T.KOTOR, A.K.S.HODONOU.

L'éclampsie à la clinique de gynécologie-obstétrique du CHU
TOKOIN- LOME (R- TOGO).

30 Organisation Mondiale de la Santé.

Prise en charge des complications de la grossesse et de
l'accouchement :

Guide destiné à la sage femme et au médecin

31 Les évacuations sanitaires au Mali. [1].

32 Césarienne de qualité au CHU IGNACE DEEN DE CONAKRY [5].