

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

N°...../2008

Thèse

*Les urgences obstétricales dans le
cadre de la référence et de la contre
référence au service de Gynécologie
obstétrique à l'hôpital de Sikasso*

Présentée et soutenue publiquement le2008

PAR

Monsieur Sidiki B. Guindo

Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY:

Président: Pr Amadou Ingré Dolo

**Membres : Dr Mamadou Namory Traoré
Dr Malla Sylla**

Directeur: Dr Niani Mounkoro

Codirecteur: Dr Youssef Traoré

Sommaire.....page

Introduction.....4-7

Objectif..... 9

Généralités.....10-35

Méthodologie.....36-44

Résultats.....45-68

Commentaires et Discussion.....69-84

Recommandations85-86

Références bibliographiques.....87-92

Fiche Analytique.....93-95

PLAN

CHAPITRE I

I INTRODUCTION

II OBJECTIFS

CHAPITRE II

I GENERALITE

II PROBLEMATIQUE

CHAPITRE III

I METHODOLOGIE

II RESULTATS

III COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

IV CONCLUSION

V RECOMMANDATION

VI BIBLIOGRAPHIE

CHAPITRE IV

ANNEXES

Abréviations :

EDS : enquête démographique de santé
CHU : centre hospitalier universitaire
CSCOM : centre de santé communautaire
PMA : paquet minimum d'activité
ASACO : association de santé communautaire
CSC : centre de santé de cercle
RAC : réseau administratif de communication
Csref : centre de santé de référence
CSAR : centre de santé d'arrondissement
Cm : centimètre
IST : infection sexuellement transmissible
AMI : assistance médicale indigène
AMA : assistance médicale africaine
EPH : établissement public hospitalier
HU : hauteur utérine
CPN : consultation prénatale
BDCF : bruit du cœur fœtal
NNés : nouveaux-nés
Fréq. : Fréquence
% : pourcentage
MATER : maternel
FOET : foetal

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La situation sanitaire au Mali est caractérisée par un taux élevé de mortalité maternelle et une forte morbidité infantile. L'enquête EDS de 1996 [28] a trouvé un taux de mortalité estimé à 577 pour 100.000 naissances vivantes et un taux de mortalité infantile à 123 pour 100.000 naissances.

La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue [17].

Toutes les femmes enceintes courent le risque de connaître des complications obstétricales responsables d'une mortalité et morbidité fœto-maternelle élevée.

La mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique à travers le monde et son évaluation donne des chiffres élevés.

L'OMS a estimé que dans le monde plus d'un million de femmes meurent chaque année suite aux complications obstétricales. Ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour cause de procréation.

Ces estimations montrent que 30% des décès maternels se produisent en Afrique et c'est en Afrique de l'ouest que les taux sont les plus élevés environ 700 pour 100000 naissances.

A côté de ces milliers de femmes qui meurent chaque année il y a beaucoup d'autres qui souffrent des lésions graves voire permanentes, lésions en rapport avec la grossesse et /ou l'accouchement.

Réduire ces taux élevés de mortalités maternelles est un objectif pour tous les pays, surtout ceux en voie de développement.

Selon ADMSON PETER [1] il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle est d'identifier le plus tôt que possible les 15% des grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Pour cela une place importante est à accorder aux transferts des femmes vers les centres spécialisés : c'est à dire au problème de la référence / évacuation.

La référence est considérée comme un indicateur du statut sanitaire des femmes.

La fréquence des références obstétricales est diversement appréciée comme le montre les différents travaux :

- Au Sénégal, en 1993 les parturientes référées représentaient 12,97% des entrantes à la clinique gynécologique et obstétricales du CHU Aristide Le Dantec de Dakar [17].

- En 1993, 11,5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako étaient des référées [30].

- Du 1^{er} janvier 1998 au 30 juin 1999 soit une période de 18 mois , 69,1% des urgences obstétricales admises au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du « point G » étaient des référées [30].

- Les référées ont représenté 41,8% des urgences obstétricales admises à la maternité de l'hôpital régional de Kayes en 2000 [13].

C'est parmi les patientes référées que nous rencontrons plus de décès.

En 1992, 7,5% des patientes référées admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré sont décédées, pendant que 64,4% des décès maternels enregistrés en 1993 au CHU Aristide le Dantec de Dakar intéressaient les patientes référées [17].

La mortalité maternelle constitue une véritable tragédie. Son ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international. Ainsi une conférence sur l'initiative pour une maternité sans risque s'est tenue à Nairobi en 1987.

Dans le même cadre, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994, le sommet mondial sur les femmes de Beijing en 1995 et le sommet mondial pour l'enfance en 1990 ont appelé à une réduction de la mortalité maternelle [1].

Pourtant des solutions techniques efficaces existent pour réduire significativement la mortalité maternelle.

Cela dépend en grande partie de l'accès des femmes au service délivrant les soins obstétricaux d'urgence et de la rapidité dans la prise en charge des urgences obstétricales. Le gouvernement de la république du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population (PPS) en 1990 pour résoudre ces problèmes.

Dans cette optique, la mise en place des systèmes de référence entre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

De nombreuses études ont été faites sur la référence et la contre référence au Mali **[13,30]**, mais non à l'hôpital de Sikasso. Il nous a paru alors nécessaire d'effectuer cette étude à l'hôpital de Sikasso en nous fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

- ❖ Etudier les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et la contre référence à l'hôpital de sikasso.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales des cas de références et évacuations dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital de Sikasso,
- 2- Déterminer les aspects sociodémographiques des patientes référées et ou évacuées,
- 3- Décrire la prise en charge dans le service,
- 4- Déterminer le pronostic fœto-maternel chez des patientes référées/évacuées

CHAPITRE II :

GENERALITES

I. GENERALITES

1. DEFINITION DES TERMES UTILISES

1.1- Référence sanitaire en obstétrique :

C'est le transfert d'un centre de santé à un autre plus équipé, d'une patiente présentant une pathologie développée au cours de la gravidité-puerpéralité. La thérapeutique nécessitée par son état, se situant au dessus des ressources disponibles, ne saurais souffrir du retard sans compromettre le pronostic maternel et foetal.

1.2- Référence sanitaire tardive en obstétrique :

La référence est dite tardive en obstétrique si les éléments de transfert ont existé depuis longtemps et que le séjour de la malade s'est prolongé au-delà du temps qu'a exigé son examen.

1.3- Maternité de référence ou mieux Maternité de premier niveau de recours :

C'est la maternité vers laquelle sont aiguillées les femmes reconnues à haut risque ou celles qui présentent un problème grave ou urgent au cours de la gravidité-puerpéralité.

Cette maternité doit être capable de poser les huit prestations obstétricales essentielles, pour améliorer l'issue maternelle et foetale.

Ces prestations sont : la césarienne, la réanimation du nouveau-né, le curetage, la transfusion sanguine, la révision utérine, la délivrance, l'injection d'antibiotique et l'accouchement. A Ces actes obstétricaux, il faut ajouter les soins néonataux spéciaux [13].

1.4- Maternité périphérique :

C'est celle qui ne dispose pas de salle d'opération fonctionnelle à chaque instant [15,6]. Par conséquent, les huit prestations obstétricales essentielles ne peuvent pas toutes être posées à ce niveau. Elle réfère au premier niveau de recours.

Les références obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que foetal est réservé.

Ce pronostic est aggravé par :

- le mauvais suivi prénatal,
- les insuffisances dans la prise en charge des femmes enceintes dans les centres de santé périphérique,
- le problème de l'accessibilité géographique des centres de référence,
- le manque de moyens logistiques, matériels, et financiers.

Ces différentes causes sont généralement responsables du retard dans la référence des malades.

Selon MAINE D et COL [21] il y a trois retards :

- 1^{er} retard : le temps écoulé avant la décision de recours aux soins obstétricaux d'urgences,
- 2^{eme} retard : le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgence,
- 3^{eme} retard : le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

Pour répondre à ces différents problèmes, le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population.

Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle. Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement.

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

- le premier échelon est représenté par les centres de santé communautaire (**cscm**) offrant le paquet minimum d'activité (**pma**) et géré par les associations de santé communautaire (**asaco**) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire bien définie.
- Le deuxième échelon : le centre de santé de cercle ou l'hôpital du district pour les soins de santé de référence.

Il est organisé entre les deux échelons un système de référence/contre référence.

2. Référence avant le démarrage du système

Avant le démarrage du système, les références obstétricales au Mali étaient caractérisées par :

- le transport direct des femmes enceintes, des **cscm** à l'hôpital sans supports conventionnels et à des coûts très élevés.

Ce transport se caractérise par : une fréquence journalière ou hebdomadaire, un état vétustes des véhicules et des pannes fréquentes, un coût élevé car chaque patiente est souvent accompagnée de 4 à 5 personnes : ce coût pouvant atteindre **50.000f CFA (cinquante mille franc)** pour certains centres.

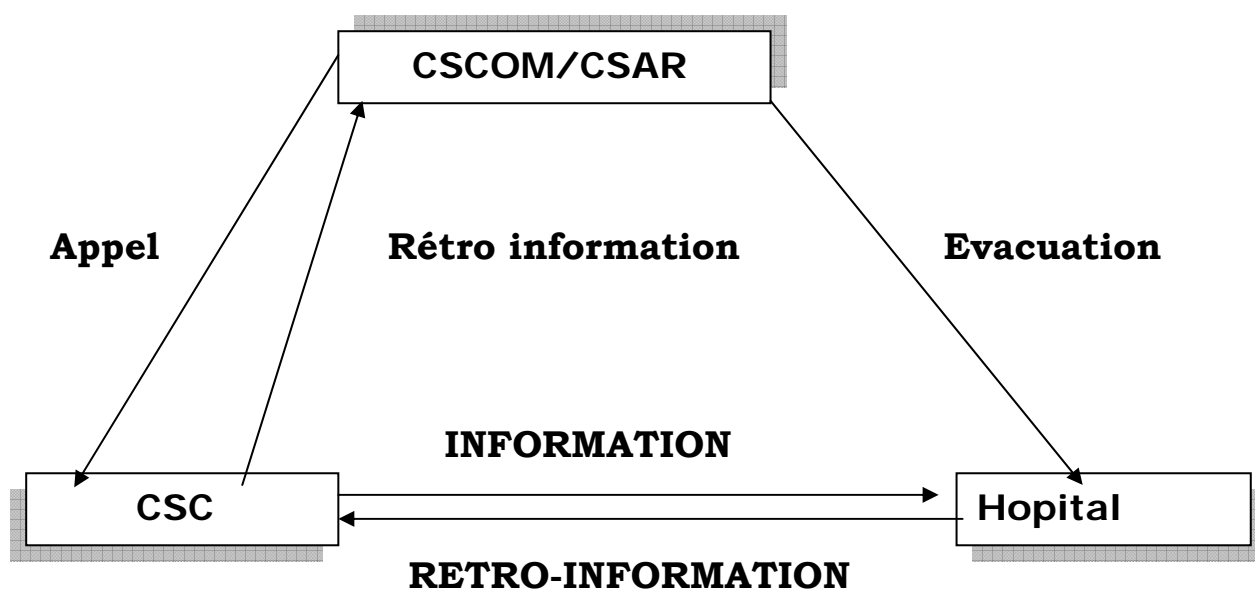
Ce transport est rendu possible par l'amélioration de l'état des pistes entre les **csc** et le centre de référence et l'existence de moyens de communication.

- le coût élevé des différentes ordonnances qui n'est pas à la portée de toutes les familles d'où la longue attente (trois heures de temps voire plus).

3. Evacuation après la mise en place du système

Depuis la mise en place du système de référence au Mali, les référées suivent un itinéraire bien défini par le circuit suivant :

Schéma : organisation du système de référence au Mali



Le **csc** qui réfère sur décision du chef de poste médical saisit le centre de santé de cercle (**csc**) par le réseau administratif de communication (**RAC**) afin que l'ambulance lui soit envoyée.

Le chef de poste dans son message **RAC** donne des précisions sur la nature de la pathologie. Il établit une fiche de référence, la malade est référée directement sur l'hôpital.

A l'arrivée de la patiente un examen gynécologique ou obstétrical est effectué par l'équipe de garde, en cas de nécessité d'intervention la patiente est directement conduite au bloc opératoire ou les dispositions ont été déjà prises (préparation de salle, kit d'urgence).

La sage femme gère la situation s'il n'y a pas nécessité d'intervention chirurgicale sur les recommandations du gynécologue obstétricien.

La sage femme, sur instruction du gynécologue établit une fiche de rétro information qui sera transmise au médecin chef du cercle qui à son tour envoie une copie au **cscom** concerné.

4. Mécanisme de financement du système de référence

L'organisation du système de référence a identifié deux problèmes majeurs :

- l'accessibilité financière des populations aux soins ;
- l'accessibilité géographique des référées au centre de référence.

Le cadre conceptuel du système de référence a recommandé un système solidaire entre les aires de santé afin d'assurer une prise en charge correcte des urgences en général et les urgences gynéco obstétricales en particulier.

Ce système repose sur la mise en place d'une caisse de solidarité et un partage de coût entre différents partenaires du système qui sont : les collectivités, les **asaco** et le **Csref**.

Tableau I : Coût d'une référence dans le cercle de Sikasso
(Milieu rural)

N °	Eléments Coût	Eléments de calcul	Coût Moyen
1	<p>Carburant</p> <p>a. Distance moyenne à parcourir par référence</p> <p>b. Consommation moyenne</p> <p>c. Carburant pour une référence</p>	<p>180km aller et retour</p> <p>20l par 100km (gaz oïl)</p> <p>180x0.20x510F</p>	<p>180</p> <p>0.20l par km</p> <p>18360</p>
2	<p>Entretien véhicule</p>	<p>15% du carburant</p>	<p>2754</p>
3	<p>Gros entretien</p> <p>Pièce de rechange : Pneus, Batterie, Filtre à Huile et Gaz Oïl</p>		<p>9095</p>
4	<p>Indemnité de l'équipe de garde</p> <p>(3000Fcfa x 2personnes)</p>	<p>2pers.x3000F par référence</p>	<p>6000</p>
5	<p>Total coût direct</p>		<p>36209F</p>

Tableau II : Répartition des coûts réels d'une référence entre les partenaires

N°	Types de Coût	Partenaires	Montant	Pourcentage
1	Coûts liés au transport	Asaco	18360	60%
		Collectivités	18360	40%
2	Coûts liés à l'entretien	Collectivités	2754	70%
		CSRéf.	2754	30%
3	Coûts liés aux indemnités de garde	CSRéf	6000	100%
Total			48228f	

5. Mode de partage du coût imputé à la caisse de solidarité

Toutes les malades payent le même montant, suffit quelles soient du milieu rurale et toutes les asaco payent le même quota quelle que soit la taille de la population couverte par le cscom.

6. Mode de gestion

6.1-Recouvrement : A Sikasso le recouvrement est sans délai fixe, tous les partenaires doivent payer leur quote-part au cours de l'année à partir de la date de budgétisation.

6.2- Circuit

Tous les partenaires payent leur quote-part au niveau du trésorier général du comité de gestion contre un reçu. Le trésorier du comité de gestion de la caisse de solidarité alimente chaque semaine, s'il y'a lieu, le compte bancaire de la référence à partir de ces fonds.

6.3- Gestion

L'équipe technique du centre de santé de référence exprime mensuellement les besoins qui seront soumis au comité de gestion. Après approbation le président du comité ordonne les décaissements. Il cosigne avec le trésorier le chèque. Le trésorier est responsable de la justification de ces fonds devant le comité. Le comité de gestion se réunit tous les 10 du mois pour analyser la situation du mois précédent.

7. Motifs d'évacuation

Les dystocies sont les motifs de référence les plus fréquemment rencontrés. Parmi ces motifs nous avons :

- la disproportion foeto-pelvienne,
- les dystocies dynamiques,
- les bassins pathologiques,
- les présentations anormales,
- d'autres motifs non moins importants : les hémorragies, la procidence du cordon, l'éclampsie.

7.1- Les dystocies

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

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

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

7.1.1- Dystocies d'origine fœtale

7.1.1.1 - Disproportion foeto-pelvienne

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

Selon DELECOUR M [9] à défaut d'échographie, une hauteur utérine supérieure à 36cm, un périmètre ombilicale supérieure à 106cm correspondent dans 95 % des cas à des enfants de plus de 4000grammes. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de la césarienne.

7.1.1.2- Les présentations anormales

La présentation du sommet est la plus eutocique.

Les présentations dystociques sont représentées par :

➤ la présentation du siège

- définition : on appelle présentation du siège lorsque le fœtus se présente au détroit supérieur par son extrémité pelvienne.

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie.

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

➤ **la présentation de la face**

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face est à risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. L'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines ou l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine.

Le pronostic maternel est relativement bon mais le pronostic fœtal est réservé.

➤ **La présentation du front**

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face.

Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours d'une césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution vers une rupture utérine.

➤ **Présentation transverse et oblique**

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

7.1.1.3- procidence du cordon

C'est un accident qui peut survenir à la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation les membranes rompues. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le risque de mort qu'il fait courir au fœtus.

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

7.1.1.4- la souffrance fœtale

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal.

Elle est suspectée aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne, soit par forceps, ventouse ou spatule.

7.1.2- dystocies d'origine maternelle

➤ Dystocie dynamique

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col.

Il peut s'agir :

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

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être constatées lors de la recherche d'obstacle mécanique parfois discrète de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

➤ **Bassin pathologique**

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont causes de dystocie mécanique.

Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins généralement rétrécis, et les bassins asymétriques.

Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse.

➤ **Les hémorragies**

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde, les hémorragies représentent la première cause de décès maternel. Les étiologies des hémorragies sont variées. Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta prævia, l'hématome retro-placentaire et la grossesse extra-utérine.

➤ **Rupture utérine**

Il s'agit de, toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. N'entrent pas dans cette définition les déchirures du col et les perforations utérines consécutives à une manœuvre abortive. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale. Elle est d'origine maternelle ou fœtale. Parmi les causes nous avons :

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

➤ **Placenta prævia**

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

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

➤ **Hématome rétro placentaire**

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. C'est un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse. C'est une urgence chirurgicale dont la complication majeure est l'afibrinogénémié qui est mortelle.

➤ **Prééclampsie et éclampsie**

L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail, rarement les suites de couche.

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

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce des toxémies gravidiques dont l'éclampsie est une des complications majeures.

8- Physiologie de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes.

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

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

Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvigénital, sous l'influence des contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

➤ **Phénomène dynamique**

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

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 oestrogènes augmentent le potentiel de repos, la progestérone a un effet contraire aux oestrogènes.

Les contractions ont pour effet :

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

➤ **Phénomène mécanique**

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

Le bassin osseux est composé de :

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

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

On peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. Ceci par l'indice de MAGNIN qui est la somme du diamètre antéropostérieur et du diamètre transverse médian.

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

8.1- Le travail de l'accouchement

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières rythmées dont l'intensité et la fréquence va en augmentant avec une modification du col (ramollissement et ouverture).

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêta mimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en trois périodes :

- Première période : (effacement et dilatation du col) commence au début du travail jusqu'à dilatation complète 10cm. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare, 2 à 10 heures chez la multipare ;
- Deuxième période :(expulsion) commence à dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus et dure en moyenne 30 minutes chez la primipare, 5 à 20 minutes chez la multipare ;
- Troisième période : c'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à celle du placenta, et dure 5 à 45 minutes.

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

- de réduire la durée du travail,
- de corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition,
- de contrôler de façon constante la vitalité du fœtus,
- de faire les pronostics.

8.2- Pronostic de l'accouchement

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

L'appréciation de la qualité des contractions utérines, de la dilatation et de l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal contribuent également à apprécier le pronostic de l'accouchement.

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

Les éléments de surveillance clinique du travail d'accouchement seront recueillis au terme d'examen obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partographe.

Ces éléments de surveillance sont :

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

9. THERAPEUTIQUE OBSTETRICALE

9.1- La césarienne

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

La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie, de traumatisme le rend beaucoup plus large sur l'indication de la césarienne.

Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

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

Nous avons d'autres indications :

- la procidence du cordon,
- la présentation de la face,
- la souffrance fœtale,
- l'utérus cicatriciel,
- les bassins limites.

9.2 Le forceps :

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction, destiné à tenir la tête du fœtus pendant le travail et l'extraire des voies génitales maternelles. Il est indiqué essentiellement dans l'arrêt de la progression de la tête fœtale, associé ou non à une souffrance fœtale.

9.3- La ventouse :

C'est un instrument de flexion et accessoirement de traction. Il s'agit de cupules en métal ou en plastique de 40, 50 et 60 mm de diamètre à l'intérieur desquelles on peut créer une dépression réglable.

Ses contres indications sont essentiellement :

- la prématurité,
- l'existence des troubles de la coagulation chez le fœtus,
- une présentation du front, de la face ou du siège,
- la présence de scarifications du cuir chevelu du fœtus pendant le travail.

9.4- les spatules :

Ce sont des instruments d'orientation et de propulsion et non de traction, ce qui les différencie des forceps.

Elles sont composées de deux branches symétriques indépendantes, dont la cuiller est pleine et présente une courbure céphalique assez prononcée. Leur courbure pelvienne est pratiquement nulle. L'extrémité des manches présente des encoches qui permettent une bonne préhension. Elles sont manipulées indépendamment. Les cuillers prennent appui sur la région temporo-malaire, elles créent des surfaces de glissement en écartant les parties molles devant la présentation ; la tête est libre de ses mouvements de flexion et de rotation.

9.5 Quelques manœuvres obstétricales

-la manœuvre de Mauriceau

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médius d'une main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant bras, les doigts de l'autre main sont répartis de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

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

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

- Manœuvre de Bracht

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

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

➤ **La grande extraction du siège**

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

○ **Le premier temps :**

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

○ **Deuxième temps :**

L'accouchement du siège, il faut orienter, s'il y'a lieu, le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs.

Au moment du dégagement, orienter le bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche antérieure. La traction 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 deuxièmes et troisièmes doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéropostérieur.

Pour dégager les bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médius le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de 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 2^{ème} et 3^{ème} doigt le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face postérieure du fœtus.

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

○ **Quatrième temps**

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

II. PROBLEMATIQUE :

La mortalité et la morbidité maternelles sont élevées dans notre pays. Quelques études hospitalières l'ont démontré. Cependant, ces études ne concernent que certaines pathologies et certaines villes [10]. Elles ont souligné que la mortalité et la morbidité fœto-maternelle sont fonctions de la qualité des soins donnés aux femmes dans les maternités, pendant les consultations prénatales, lors de l'accouchement ou dans le « post-partum ». Les consultations prénatales sont indispensables pour identifier les femmes susceptibles de développer les complications obstétricales. Malheureusement, elles ne permettent pas d'identifier toutes les femmes ni même la plupart des femmes qui feront les complications obstétricales [7]. Certains auteurs révèlent que les 2/3 de dystocies proviennent des femmes à faible risque [19, 2]. Les complications pendant l'accouchement ou dans le post-partum sont souvent inopinées et exigent des solutions urgentes. Il s'agit de la chirurgie, de l'anesthésie et réanimation, de la ventouses ou forceps, de la transfusion sanguine et du traitement médical.

Ces solutions ne peuvent pas être trouvées dans toutes les maternités car elles exigent un matériel médical adéquat et un personnel qualifié [8].

Ainsi, les maternités les moins équipées, dites périphériques, transfèrent aux plus équipées, dites de référence ou de premier niveau de recours.

Tout retard dans le transfert péjore le pronostic de la mère et de du fœtus malgré la qualité des soins attendus au centre de référence.

Plusieurs études africaines sur la mortalité maternelle [18] citent la défaillance dans le système de référence comme aggravant le pronostic maternel et fœtal, car s'effectuant en retard.

Les centres de premier niveau de recours manquent de matériel d'intervention disponible en permanence. Une étude sur la mortalité maternelle dans la ville de Kinshasa en 1992 [1] a montré que 72,2% de décès maternels étaient des transférées. Une autre étude analysant la fréquence et les facteurs déterminant le transfert des femmes de certaines maternités de Kinshasa vers l'hôpital Mama Yemo en 1988 [5] a montré que 80% sont tardifs. L'issue maternelle n'était pas bonne. En effet, en 4 mois sur 111 transférées, on avait enregistré 19 décès périnataux et maternels.

Ces deux études n'ont pas analysé les causes du retard dans le transfert et la pertinence du transfert lui-même.

D'autres études, menées dans les maternités périphériques de Kinshasa, montrent que ces centres hospitaliers sont tenus dans 90% de cas par des infirmiers auxiliaires, qui ont peu d'entraînement en obstétrique [6, 7, 8].

Malgré les instructions du ministère de la santé à travers la direction nationale de la santé de l'existence des facteurs de risque au cours de la grossesse et des complications de l'accouchement, les références des malades pour la plupart restent tardives et non systématiques[6,7,8].

De ce constat, nous pouvons croire que le personnel soignant sous-estime le risque.

CHAPITRE III :

METHODOLOGIE

I. MATERIEL ET METHODES

1- Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital de Sikasso. Situé au centre ville, l'hôpital de par sa situation géographique, est d'accès facile.

1.1 Présentation de la région de Sikasso

Sikasso encore appelée Kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali. Elle est située dans la partie sud du territoire. Elle est limitée:

- au Nord par la région de Ségou
- au Nord-Ouest par la région de Koulikoro
- au Sud par la république de Côte d'Ivoire
- à l'Est et au Nord-est par le Burkina-Faso
- au Sud-Ouest par la république de Guinée

A cause de cette situation la région est un véritable carrefour commercial et d'échanges culturels.

Elle couvre une superficie de 71.790Km²; elle compte 2.189.074 habitants dont 48,6% d'hommes et 51,4% de femmes (source : DRPS/Sikasso ; 2006).

Les principales ethnies sont: Sénoufo, Bambara, Minianka, Samogo, Peulh.

Les principales religions sont : l'islam, le christianisme et l'animisme.

C'est une région qui s'étend entre 12°30 Nord et 10°30 Nord et entre 8°30 Ouest et 5°30 Ouest. Elle comprend deux grandes zones climatiques:

- La zone nord guinéenne, la pluviométrie y est longue (1 150mm à 1 400mm de pluie/an).

La saison des pluies est relativement longue (plus de six mois, d'avril à octobre); avec environ 90 jours de pluie; la température maximale est de 41°C.

- La zone soudanienne couvre essentiellement le nord des cercles de Sikasso, Kadiolo, Kolondièba, les cercles de Bougouni et Koutiala. La pluviométrie varie de 750mm à 1 150mm. L'hivernage dure quatre à six mois (de mai à octobre) avec un maximum de pluie en août, avec environ 75 jours de pluie. La température moyenne est de 27°C.

La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galerie forestière.

Les voies de communication routières sont essentiellement constituées par quatre axes routiers:

- Axe Zegoua-Bamako
- Axe Koury-Koutiala
- Axe Koury-Kimparana-San
- Axe Sikasso-Koutiala-kimparana

Sur le plan administratif la région comprend:

- **7 cercles** : Bougouni, Kadiolo, Kolondièba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila, Yorosso
- **46 arrondissements;**
- **425 secteurs de développement;**
- **1 821 villages;**
- **3 communes de plein exercice:** Bougouni, Koutiala et Sikasso.

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce.

Dans la région il existe des unités industrielles qui sont: six (6) usines d'égrainage de coton (SIKASSO, KOUTIALA, BOUGOUNI, KOUMANTOU, KIGNAN, 2 huileries (HAWYT à SIKASSO et HUICOMA à KOUTIALA), une usine de thé à FARAKO.

On y trouve de nombreuses zones d'exploitation aurifères: Morila, Kalana, Siama.

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine. La région comprend un seul hôpital situé dans la capitale régionale, des CSREF, des CSCOM, des dispensaires de quartier, des cabinets médicaux, et deux (2) cliniques.

Sikasso est une zone où sévit fortement le paludisme. Les IST y sont courantes, cas du Sida avec une fréquence de 4 à 6% selon le programme national de lutte contre le sida en 2002.

1.2 Présentation de l'hôpital de Sikasso :

L'hôpital de Sikasso est l'un des centres de référence de deuxième niveau dans la pyramide sanitaire du Mali.

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques.

Il est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation des agents de santé et la recherche médicale.

L'hôpital de Sikasso est bâti sur 4 hectares et situé en 'plein' centre ville. Il est limité:

- au Sud par le grand marché,
- au Sud-Ouest par le centre social de la mission catholique,
- au Nord-Ouest par le dispensaire central,
- à l'Est par le groupe scolaire A, la BNDA, la Direction Régionale des Impôts, la poste et la SOTELMA.

Créé depuis 1930, l'établissement a évolué sous plusieurs appellations:

- Assistance médicale indigène (AMI)
- Assistance médicale africaine (AMA),
- Hôpital secondaire et Hôpital régional en 1972
- Etablissement Public Hospitalier depuis 2004.

Ces différents changements nominatifs n'ont pas été suivis de construction ou de rénovation d'infrastructure, raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments datant de temps colonial.

❖ **L'hôpital comprend :**

- un bloc administratif,
- un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire,
- un bâtiment pour la gynécologie obstétrique et le cabinet dentaire,
- un pavillon d'hospitalisation de médecine,
- deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie,
- deux bâtiments pour la pédiatrie,
- un bloc comportant l'ophtalmologie, le bureau du Directeur, une salle consultation et la salle pour les conseillers psychosociaux.
- un bâtiment pour le bloc opératoire, la radiologie et la réanimation,
- un pavillon d'hospitalisation de première catégorie:
- un pavillon d'hospitalisation mixte dénommé nouveau pavillon (NP) et service d'information hospitalier (SIH),
- Quatre salles de 3^{ème} catégorie appelé '**verry important personality**' (VIP),
- le bureau des entrées,

- un bâtiment pour le service social et la chambre du gardien,
- une cuisine,
- des latrines,
- un bâtiment abritant la morgue et le garage,
- un bâtiment pour le bloc des urgences,
- un cabinet pour l'O.R.L.

Le service de **gynécologie obstétrique** comprend :

- une salle d'accouchement à trois lits,
- une salle de travail communiquant avec la salle d'accouchement avec cinq lits,
- une salle de consultation externe,
- une salle pour planification familiale,
- trois salles d'hospitalisation de vingt un lits,
- une salle de garde pour sage femme communiquant avec la salle d'accouchement,
- un bureau pour chef de service,
- un bureau pour sage femme maîtresse,
- un bureau pour infirmière

Le personnel du service de gynéco obstétrique dans lequel s'est déroulée cette étude est composé de :

- trois gynécologues obstétriciens dont deux chinoises et un malien qui est le chef de service,
- quatre sages femmes,
- trois aides soignantes,
- quatre étudiants faisant fonction d'interne,
- et des élèves stagiaires de l'école secondaire de santé et de l'institut de formation en science de la santé.

2. type d'étude

Notre travail est une étude transversale et descriptive.

3. Période d'étude

Il s'agit d'une étude qui s'est étendue sur 10 mois allant du 19 avril 2006 au 19 février 2007.

4. Lieu

Elle s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital de Sikasso et dans 46 maternités périphériques.

5. Population d'étude

Il s'agit de toutes les femmes enceintes en travail ou en post partum admises en urgence à la maternité de l'hôpital de Sikasso du 19 avril 2006 au 19 février 2007.

6. Echantillonnage

- Critères d'inclusion :

Toute femme enceinte, parturiente ou en post partum adressée en urgence au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso avec une fiche d'évacuation par une structure sanitaire du cercle de Sikasso.

- Critère de non inclusion :

Ont été exclus de l'étude :

- les femmes référées ou non sans fiche de référence,
- les femmes admises pour pathologies gynécologiques.

- Taille de l'échantillon :

Elle a été calculée par la formule suivante :

$$n = \varepsilon \alpha^2 pq / i^2 \text{ pour } i = 0,05; \varepsilon \alpha = 1,96 = 2$$

i = précision de l'étude (marge d'erreur = 5%)

p=proportion des femmes exposées au phénomène étudié

(référence obstétricale)

q=1-p

n=taille de l'échantillon

p=10% selon le rapport d'activité du service en 2005

$n=4pq/i^2=4 \times 0,10 \times 0,09 / 0,5^2$

n=202

7. Recueil des données de la référence

Le recueil de données a été fait à partir des questionnaires servant de fiche d'enquête tenue par le chercheur lui-même.

8. Supports des données : du carnet de santé de la mère, du registre d'accouchement, du registre d'hospitalisation, du registre du bloc opératoire et des supports de référence :fiche de référence, partogramme, cahier de référence.

9. Paramètres étudiés :

- l'âge, profession patiente et profession conjoint ;
- la situation matrimoniale, le niveau d'étude ;
- le motif de la référence, la distance parcourue ;
- la prise en charge par le système, l'utilisation du partogramme ;
- qualification des agents qui réfère, la gestité, la parité ;
- les CPN, l'âge gestationnel
- le poids, la tension artérielle, la coloration des conjonctives ;
- le type d'accouchement, le pronostic fœtal ;
- le pronostic de la patiente, les suites de couches ;
- la contre référence.

10. Définition opérationnelle :

- Référence= transfert d'un malade d'un centre de santé à un autre plus équipé.

- Evacuation= transfert rapide à chaud à l'aide d'une ambulance d'un patient d'un centre de santé à un autre plus équipé.

- Contre référence= retro-information de la référence.

- gestité= nombre de grossesse conçue.

- Parité= nombre d'accouchement effectué.

- Consultation prénatale= l'ensemble des visites médicales à effectuer au cours de la grossesse y compris le bilan pour la surveillance de la grossesse en vue d'un accouchement normal.

11. Test statistique utilisé :

La saisie des données a été effectuée avec le logiciel Word version 2000 et l'analyse a été effectuée sur Epi-info6.0.

Le test statistique de comparaison utilisé a été le Khi2.

RESULTATS

1- Fréquence

Nous avons enregistré 3284 cas d'admission dont 202 cas soit 6,15% référées des maternités périphériques à l'hôpital de sikasso. Parmi celles-ci, nous avons enregistré 128 parturientes et 74 femmes présentaient des pathologies liées à la grossesse non à terme.

Tableau III : fréquence des références enregistrées à la maternité de l'hôpital de Sikasso du 19 avril 2006 au 19 février 2007.

Mois	Nombre d'admission	Effectif	Fréquence (%)
Avril	154	7	4,54
Mai	300	10	3,33
Juin	293	15	5,11
Juillet	380	17	4,47
Août	406	20	4,92
Septembre	300	12	4
Octobre	201	10	4,97
Novembre	291	23	7,90
Décembre	370	31	8,37
Janvier	309	33	10,67
Février	280	24	8,57
Total	3284	202	100

Janvier a été le mois où le taux de référence a été le plus élevé avec 10,67% des cas.

2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes référées

Tableau IV : Répartition des référées selon l'âge

Age	Effectif	Fréquence (%)
< 20Ans	43	21,28
20 à 34 ans	129	63,86
> 34 ans	30	14,85
Total	202	100

La tranche d'âge de 20 à 34 ans a été la plus représentée avec 63,86% des cas.

Tableau V: Répartition des référées selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	164	81,18
Elève	9	4,45
Vendeuse	17	8,41
Autres	12	5,94
Total	202	100

8 patientes sur 10, soit 81,18% des patientes référées sont mariées.

Tableau VI: Répartition des référées selon la profession des conjoints

Profession des conjoints	Effectif	Pourcentage
Paysan	145	71,78
Commerçant	7	3,46
Fonctionnaire	2	0,99
Autres	48	23,76
Total	202	100

71,78% des conjoints des patientes référées sont paysans.

Tableau VII : Répartition des référées selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	171	84,65
Célibataire	25	12,37
Divorcée	5	2,47
Veuve	1	0,49
Total	202	100

Les mariées ont représenté 84,65% des référées de notre étude.

Tableau VIII : Répartition des référées selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Aucun	109	53,96
Primaire	55	27,22
Alphabétisation fonctionnelle	19	9,40
Secondaire	8	3,96
Supérieur	1	0,49
Total	202	100

Les référées non alphabétisées ont représenté 53,96% des cas.

Tableau IX: Répartition des référées selon le nombre structure de référence et de la distance parcourue

Distance parcourue	Centre	Effectif	Fréquence
< 15km	4	27	13,36
15-50km	14	65	32,17
51-100km	19	87	43,06
>100km	9	23	11,38
Total	46	202	100

43,06% des patientes référées ont parcouru une distance comprise entre 51-100km et provenaient de 19 maternités périphériques. La distance moyenne parcourue est de 71km et les extrêmes ont été de 2km au cscom de wayerma à 140km au cscom de Dogoni.

Tableau X: répartition des référées selon qu'elles soient prises ou non en charge par le système de référence

Système de référence/évacuation	Effectif	pourcentage
Prise en charge par le système	158	78,21
Non prise en charge par le système	44	21,78
Total	202	100

Parmi ces référées 78,21% ont été prise en charge par le système de référence.

Tableau XI: Répartition des référées selon la qualité de la fiche de référence

Fiche bien remplie	Effectif	Pourcentage
Oui	51	25,24
Non	151	74,75
Total	202	100

3/4 soit 74,75% des patientes ont été référées avec des fiches bien remplies.

Tableau XII : répartition des référées selon l'utilisation du partogramme dans le centre qui réfère

Utilisation du partogramme	Effectif	Pourcentage
Correcte	22	17,18
Non correcte	39	30,46
Non utilisé	67	52,34
Total	128	100

Parmi les référées en travail d'accouchement 47,64% nous sont parvenues avec un partogramme.

Dans la moitié des cas les parturientes ont été reçues sans partogramme.

Tableau XIII: Répartition des référées selon la qualification de l'agent qui transfère

Qualification de l'agent	Effectif	Pourcentage
Médecin	10	4,95
Sage femme	32	15,84
Infirmière obst/matrone	160	79,20
Total	202	100

Les infirmières obstétriciennes et les matrones ont référé 79,20% des patientes.

Tableau XIV : Répartition des référées selon la gestité

Gestité	Effectif	Fréquence
Nulligeste	11	5,45
Primigeste	72	35,64
Paucigeste	31	15,35
Multigeste	36	17,82
Grande multigeste	32	15,84
Total	202	100

35,64% des patientes sont des primigestes alors que 38,11% des patientes sont des nullipares.

Tableau XV : Répartition des patientes référées selon la parité

Parité	Effectif	Fréquence
Nullipare	77	38,11
Primipare	37	18,31
Paucipare	20	9,90
Multipare	36	17,82
Grande multipare	32	15,84
Total	202	100

38,11% des patientes référées n'ont jamais fait dans le passé.

Tableau XVI: Répartition des référées selon le motif de référence

Motif de référence	Effectif	pourcentage
Dystocie mécanique	53	26,23
Anémie/grossesse	23	11,38
Infection/grossesse	23	11,38
Grossesse extra-utérine	16	7,92
Hémorragie antépartum	11	5,44
Dystocie dynamique	10	4,95
Hémorragie de la délivrance	10	4,95
Souffrance fœtale	10	4,95
Utérus cicatriciel	9	4,45
Eclampsie	8	3,96
Hypertension artérielle/grossesse	6	2,97
Procidence du cordon	4	1,98
Mort fœtale in utero	4	1,98
Rétention placentaire	4	1,98
Rupture prématurée des membranes	2	0,99
Infection du post partum	2	0,99
Rupture utérine	4	1,98
Grossesse triple	2	0,99
Mole hydatiforme	1	0,49
Total	202	100%

Le motif de référence a été dominé par les dystocies mécaniques dans 26,23% des cas.

Tableau XVII: Répartition des référées selon le moyen de transport utilisé pour le transfert.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance sans personnel	100	49,50
Ambulance avec personnel	40	19,80
Taxi	32	15,8
Transport en commun (moto)	17	8,4
Personnel	13	6,4
Total	202	100

Le moyen de transport le plus utilisé a été l'ambulance dans 69,3% des cas. 19,80% des patientes référées ont eu l'assistance d'un personnel de santé au cours de leur transfert.

Il n'existe pas d'ambulance médicalisée pour la référence à sikasso.

Tableau XVIII: répartition des référées selon la coloration des conjonctives

Coloration des conjonctives	Effectif	pourcentage
Bien colorées	111	54,95
Moyennement colorées	58	28,71
Pâles	33	16,33
Total	202	100

La plupart (54,95%) des référées avaient une bonne coloration des conjonctives.

Tableau XIX : répartition des référées selon la pression artérielle à l'entrée.

Pression artérielle	Effectif	Pourcentage
<90/60	36	17,82
100/70 à 130/90	124	61,38
>140/90	42	20,79
Total	202	100

La plupart soit 61,38% des référées avaient une pression artérielle normale.

Tableau XX: Répartition des référées selon la réalisation de la consultation prénatale (C P N)

Consultation prénatale	Effectif	pourcentage
Faites	151	74,75
Non faites	51	25,25
Total	202	100

74,75% des patientes ont effectué les consultations prénatales.

Tableau XXI : répartition des référées en fonction de la hauteur utérine (cm) à l'admission.

Hauteur utérine (cm)	Effectif	Pourcentage
<26	31	21,37
26-30	69	47,58
31-35	34	23,44
>35	11	7,58
Total	145	100

47,58% des patientes référées avaient une hauteur utérine comprise entre 26 et 30cm.

Tableau XXII : répartition des patientes référées en fonction des bruits du cœur fœtal (BDCF).

Bruits du cœur fœtal	Effectif	Pourcentage
Absent	49	33,79
<120	36	24,82
120-160	46	31,72
>160	15	10,34
Total	145	100

33,79% des BDCF étaient absents.

Tableau XXIII : répartition des patientes référées selon le terme de la grossesse

Terme grossesse	Effectif	Pourcentage
Pré Terme	74	39,94
A terme	110	59,13
Post terme	2	1,07
Total	186	100

Plus de la moitié des gestantes soit 59,13% présentaient une grossesse à terme.

Tableau XXIV : Répartition des patientes référées selon la concordance motif de référence/diagnostic retenu.

Diagnostic	Motif de référence		Diagnostic retenu	
Dystocie dynamique	10	4,95	3	1,48
Eclampsie ou HTA	6	2,97	22	10,89
Utérus cicatriciel	9	4,45	9	4,45
Anémie ou infection/grossesse	46	22,76	39	19,30
Dystocie mécanique	53	26,23	44	21,78
Procidence du cordon	4	1,98	5	2,47
Hémorragie antépartum	12	5,93	6	2,97
G E U	16	7,92	21	10,39
Mort in utero	4	1,98	6	2,97
Souffrance fœtale	10	4,95	5	2,47
Rétention placentaire	4	1,98	2	0,99
Rupture utérine	4	1,98	8	3,96
Hémorragie de la délivrance	10	4,95	10	4,95
R P M	2	0,99	6	2,97
Infection post partum	2	0,99	16	7,92
Total	202	100	202	100

Khi2 (32,33), P=0,050325.

Pour 26,23% de motif de référence de dystocie mécanique, 21,78% concordait soit 4,45% de discordance.

Tableau XXV: Répartition des patientes selon la cause de la référence tardive

Causes de la référence tardive	Effectif	pourcentage
Manque de prise décision du personnel Soignant	72	66,05 %
Manque de moyen de transport	37	33,94 %
Total	109	100 %

Le manque de décision du personnel soignant à la périphérie a été la cause de la référence tardive dans 66,05% des cas.

Tableau XXVI: Répartition des référées selon la prise en charge

Prise en charge	Effectif	pourcentage
Médicale	54	26,73
Obstétricale	61	30,19
Chirurgicale	67	33,16
Médocochirurgicale	20	9,90
Total	202	100

Parmi les référées 33,16 % ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.

Tableau XXVII : Répartition des patientes référées en fonction de la complication maternelle selon qu'elles soient prises ou non par le système de référence/évacuation

Système de référence	Effectif	Complication
Prise en charge	158[78,21]	71[77,17]
Non prise en charge	44[21,78]	21[22,83]
Total	202	92

Chi2=0,4 P=0,961354

77,17% des patientes référées ont été prise en charge par le système de référence

Tableau XXVIII: Répartition des référées selon le type d'accouchement

Type d'accouchement	Effectif	pourcentage
Voie basse	47	36,72
Césarienne	73	57,03
Laparotomie	8	6,25
Total	128	100 %

La césarienne a été le type d'accouchement le plus représentatif avec 49,22%.

Tableau XXIX: Répartition des référées selon leur état à la sortie

Etat à la sortie	Effectif	Pourcentage
Satisfaisant	187	92,57
Non satisfaisant	3	1,48
Sans avis	4	1,98
Décédée	8	3,96
Total	202	100

92,57% des patientes référées étaient satisfaisant de la prise en charge à leur sortie.

Tableau XXX: Répartition des référées selon la durée de séjour à l'hôpital

Durée de séjour	Effectif	pourcentage
< 7	150	74,26
7 – 10	40	19,80
11 – 30	11	5,44
> 30	1	0,49
Total	202	100

La plupart des référées soit 74,26% ont fait moins de 7 jours d'hospitalisation à l'hôpital.

Tableau XXXI: évolution maternelle selon la distance du centre qui réfère à l'hôpital.

Distance du centre	Effectif	Complication
<50 km	92[45,53]	10[19,24]
51-100km	87[43,07]	23[44,23]
>100km	23[11,38]	19[36,53]
Total	202	52

Khi²=22,97 P=0,000010

44,23% des cas compliqués ont parcouru une distance comprise entre 51 et 100km.

La distance moyenne parcourue est de 71km et les extrêmes ont variées entre 3km et 140km.

Tableau XXXII: Répartition des référées selon le type de complication maternelle

Type de complication	Effectif	Pourcentage	Décès
Anémie sévère	17	32,69	4
Endométrite	13	24,99	0
Hémorragie	12	23,07	2
Septicémie	4	4,69	1
Pelvi-péritonite	2	3,84	0
Suppuration pariétale	4	4,69	0
Choriocarcinome	1	1,92	0
Insuffisance rénale	1	1,92	1
Total	52	100	8

Dans notre étude 32,69% des cas de complication étaient de l'anémie sévère. Il noter 8 décès soit 3,96% des patientes.

Tableau XXXIII : Répartition des référées en fonction de la complication maternelle selon la qualification de l'agent qui réfère

Evolution		maternelle		
Agent		Favorable	Non favorable	décès
Matrone	n=90	65[43,33]	25[48,07]	5[62,50]
Infirmier	n=70	50[33,33]	20[38,46]	2[25]
Sage femme	n=32	30[20]	2[3,84]	0
Médecin	n=10	5[3,33]	5[9,61]	1[12,50]
Total	202	150	52	8

Khi2=9,94 P=0,019198

48,07% des patientes référées par les matrones ont fait des complications au cours de leur prise en charge.

Tableau XXXIV : Répartition des nouveaux-nés des patientes référées en fonction des complications foétales selon le moyen de transport utilisé

Moyen de transport	Effectif	Complication nnés
Ambulance	73 [54,07]	41[44,56]
Taxi	32[15,8]	7[7,60]
Transport commun	17[8,4]	3[3,26]
Personnel	13[6,4]	1[1,09]
Total	135	92

Khi2=10,28 P=0,163353

44,56% des nouveaux-nés des patientes référées par ambulance ont fait des complications après leur accouchement.

Tableau XXXV : Répartition des patientes référées en fonction de la complication selon le moyen de transport utilisé

Moyen de transport	Effectif	Complication mater
Ambulance	140[69,3]	32[61,53]
Taxi	32[15,8]	10[19,23]
Transport en commun	17[8,4]	7[13,46]
Personnel	13[6,4]	3[5,76]
Total	202	52

Khi2=1,80

P=0,615100

61,53% des patientes référées par ambulance ont fait des complications au cours de leur prise en charge.

Tableau XXXVI : répartition des référées en fonction du temps mis entre la prise de décision de césarienne et l'extraction du foetus

Temps (heures/ mn)	Effectif	Pourcentage
0-30mn	25	18,51
31-1H	42	31,11
1H01mn-1H30mn	20	14,81
1H31mn-2H	31	22,96
>2H	17	12,59
Total	135	100

31,11% des foetus ont été extrait avant 1heure de la prise de décision.

Tableau XXXVII: répartition des référées selon l'Apgar de leur nouveau-né

Statut Apgar	1 ^{ère} minute		5 ^{ème} minute	
	Fréquence	%	Fréquence	%
0	51	37,78	0	0
1 à 3	18	13,33	6	7,14
4 à 7	20	14,81	30	35,74
>8	46	34,07	48	57,14
Total	135	100	84	100

Plus de 3/4 soit 41,48% des nouveaux-nés étaient morts à la 5^{ème} minute.

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveaux-nés des patientes référées en fonction de l'Apgar à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minute prise en charge par le système référence/évacuation.

PEC Apgar	Effectif	Oui	Non
	Morbide	57[42,22]	55[40,74]
Passable	30[22,22]	15[11,11]	5[3,70]
Bon	48[35,55]	40[29,63]	6[4,44]
Total	135	110	25

Khi2=1,61**P=0,446165**

51,11% des nouveaux-nés ayant décédé sont issue des mamans qui ont été prise en charge par le système.

Tableau XXXIX : Répartition des nouveaux-nés des patientes référées selon la complication en fonction de la distance parcourue

Distance	Effectif	Complication
≤50km	47[34,81]	28[30,43]
51-100km	56[41,48]	38[41,30]
≥100km	32[23,70]	26[28,26]
Total	135	92

Khi2=0,76 P=0,682894

41,30% des nouveaux-nés dont leur maman ayant parcourue entre 51-100km ont fait des complications.

Tableau XXXX: Répartition selon la complication des nouveaux-nés des référées

Complication des nouveau-nés	Effectif	Pourcentage
Décès périnatal	49	53,26
Infection	7	7,60
Souffrance périnatale	19	20,65
Malformation	2	2,17
Souffrance périnatale et infection	6	6,52
Prématurité	9	9,78
Total	92	100

Le décès périnatal a représenté 53,26% des complications chez les nouveau-nés.

Tableau XXXXI : Répartition des patientes référées en fonction de la complication fœtale selon que la référence soit prise ou non par le système de référence/évacuation

Système	Effectif	Complication foet
Prise en charge	158[78,22]	85[92,39]
Non prise en charge	44[21,78]	7[7,61]
Total	202	92

Khi2=0,4

P=0,961354

92,39% des nouveaux-nés dont leurs mamans ont été prises en charge par le système ont fait des complications.

Tableau XXXXII : Répartition selon l'évolution des nouveau-nés des référées

Issue de la grossesse	Effectif	pourcentage
Décès périnatal	51	37,78
Vivants non référés	46	34,07
Vivants référé	38	28,15
Total	135	100

Sur les 135 naissances 51 soit 37,78% sont décédés avant leur sortie de l'hôpital.

Tableau XXXXIII : Répartition des patientes référées en fonction du délai de la référence selon l'agent ayant effectué la référence

Agent	Référence tardive		Référence à temps	
	Fréq.	%	Fréq.	%
Matrone	65	43,33	25	48,07
Infirmier	50	33,33	20	38,46
Sage femme	30	20	2	3,84
Médecin	5	3,33	5	9,61
Total	150	100	52	100

Khi2=9,93

P=0,019198

43,33% des références tardives ont été faite par les matrones

Tableau XXXXIV : répartition des référées selon l'effectivité de la contre référence

Contre référence	Effectif	Pourcentage
Non effective	49	24,2
Effective	153	71,8
Total	202	100

La contre référence a été effective dans 71,8% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Commentaires et discussion

1- Fréquence

Durant la période d'étude (10 mois) 3284 accouchements ont été effectués à la maternité de l'hôpital de Sikasso dont 202 référées soit une fréquence de 6,15%. Cette fréquence est inférieure à celle rapportée par THIERO [30] à l'hôpital Gabriel Touré 11,5% et FALL [17] au Sénégal 12,9%. Elle est voisine de celle rapporté par BALDE [4] en Guinée konakry 5,82% pour la même période.

La fréquence des références est diversement appréciée, cela dépend du mode de recrutement et de la zone, surtout du niveau du centre dans la pyramide sanitaire.

Les références sont exceptionnelles dans les pays développés car il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [5].

2-Characteristiques sociodémographiques

2-1- Age

L'âge des patientes référées de notre étude variait entre 13 et 49 ans, avec une moyenne de 25,6 ans. La majorité des patientes référées (63,86 %) avait un âge compris entre 20 à 34 ans et 21,28% était des adolescentes. Cela s'explique par la simple raison que c'est la tranche d'âge où l'activité génitale est la plus accrue [6]. Dans cette même tranche d'âge FALL [17] a obtenu 55,6%.

Nous pensons avec SANGARET et COL [6] en Cote d'Ivoire que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile tant que le mariage des jeunes nubiles demeurera en Afrique Noire.

Près de 9 patientes sur 10 étaient mariées (84,65%) elles étaient majoritairement ménagères (81,18%). Quant à l'activité principale exercée les ménagères sont les plus représentées avec 81,18%. Ces taux sont voisins de ceux trouvés par FALL [14] :81,16% pour les femmes mariées, et inférieur à 92,24% pour les ménagères.

2-2- Le suivi des consultations prénatales (CPN)

Quoiqu'elles n'arrivent pas à identifier toutes les femmes qui feront les complications, les consultations prénatales restent l'intervention la plus fréquemment recommandée dans les publications sur la mortalité foeto-maternelle dans les pays en voie développement [27]

La quasi-totalité des malades de notre étude soit 74,75 % ont suivi les consultations prénatales. Certaines d'entre elles avaient des facteurs de risque depuis les consultations prénatales ; mais elles ont été référées le plus souvent vers la fin du travail d'accouchement.

Malgré qu'il soit difficile d'évaluer la qualité des soins dans le contexte d'hôpital africain [14], ce constat montre la mauvaise qualité des consultations prénatales chez les malades de notre étude. Ceci a d'ailleurs été stigmatisé dans plusieurs études africaines [4].

Il ne suffit pas de suivre les consultations prénatales, il faut que celles-ci soient de bonne qualité, sinon les gestantes se sentent à tort protégées [10]. Il convient aussi de noter que les services médicaux et les consultations prénatales ne garantissent pas à eux seuls une naissance sans risque, il faut des soins intégrés [27].

L'analyse de nos résultats a montré que 25,25% des référées n'avaient pas fait de CPN. Ce taux est largement supérieur à celui de FALL 5,8% [17] et voisin de celui de THIERO 21,3% [36].

2-3- Motifs de référence

Les motifs les plus fréquemment rencontrés sont :

- la dystocie mécanique 26,23%,
- l'anémie sur grossesse 11,38%
- infection sur grossesse 11,38%
- Grossesse extra utérine 7,92%
- Hémorragie antépartum 5,44%,
- Les cause évoquées pour 4,95% sont : dystocie dynamique, hémorragie de la délivrance, souffrance foetale utérus cicatriciel,
- L'éclampsie 3,96%.

Les autres motifs moins de 1% chacun.

Ces résultats diffèrent de ceux de SANKARE [6] au Csref commune V ou les références étaient motivées par :

- Le retard à l'expulsion 13,6%,
- La disproportion foeto-pelvienne 12,9%,
- Les hémorragies du troisième trimestre 11%.

Dans le cercle de Bla la disproportion foeto-pelvienne était le motif le plus rencontré avec 88,8%.

2-4- Provenance et distance parcourue

La plupart de nos référées venaient de très loin (25 à 140km), le plus souvent des maternités périphériques du cercle de Sikasso. Cela est dû à l'inexistence d'une équipe chirurgicale capable de pratiquer la césarienne d'où la nécessité de former les médecins

généralistes « compétents » pour la pratique de l'opération césarienne dans les maternités périphériques.

Dans d'autres villes comme à Bobo Dioulasso au Burkina Faso elles venaient de plus loin, de 3 à 225km et de 5 à 190km à Cocody en Côte d'Ivoire [14].

2-5- Mode et moyen de référence

Le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance soit 69,3 %. Il existe donc un système de transport des malades des maternités périphériques vers l'hôpital 24h sur 24, comme à Bobo Dioulasso au Burkina Faso [6] par *Burkina secours* et les sapeurs pompiers qui sillonnent la ville 24 h sur 24.

Les référées étaient assistées d'un agent de santé pendant le parcours dans 19,80% des cas.

Il faut également noter que le centre de santé de référence pilotant le système de référence du cercle de Sikasso ne dispose que de deux ambulances pour les 41 maternités périphériques. A Cotonou au Bénin [5], c'est les bicyclettes et les motocyclettes qui sont utilisées pour la référence obstétricale d'urgence.

3- Aspects cliniques

3-1- Caractéristiques générales

L'examen général des référées a révélé que les femmes qui ont une coloration conjonctivale pale ont représenté 16,33% de la population de notre étude. Dans l'étude de MACALOU [1] elles ont représenté 5,55%.

La tension artérielle était anormalement élevée (> 40/90mmHg) dans 20,79 % des cas.

3-2- Les antécédents

La gestité et la parité jouent un rôle important dans la cause des références. 38,11% des référées étaient à leur première accouchement, pendant que 15,84% avaient conçu une grossesse au moins 4 fois.

En tenant compte de la silhouette des référées en fonction de la parité, les nullipares représentent la tranche d'âge la plus importante. Ce taux important confirme la notion de risque de la gravido-puerpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition. Ce taux est voisin de celui de MACALOU [8] 37,7% et supérieur à celui de THIERO [30] 30,6%.

Les grandes multipares représentaient 15,84% dans notre série. Ce résultat est supérieur à ceux de CAMARA [5] 9,2% et inférieur à celui de THIERO [30] 30,6%. Le risque chez ces parturientes est du à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesse multiples et rapprochées.

3-3- Type de référence

La référence sanitaire en obstétrique est souvent tardive. La référence intervient après que le personnel soignant en périphérie ait tenté toute thérapeutique en leur connaissance [10].

Nous constatons dans cette étude que malgré le manque de moyen financier et de transport soit signalé, la décision de référence par le personnel soignant intervient en retard. C'est plus donc la méconnaissance du risque obstétrical par le personnel soignant dans les centres périphériques qui est à la base de ce retard.

Dans notre série, ce sont les matrones et les infirmières obstétriciennes qui sont à la base du retard à la prise de décision.

Cette affirmation semble être prouvée au regard du temps moyen de séjour en maternité périphérique (44 heures) qui est de loin supérieur à la durée moyenne de la référence (2 heures 30 minutes).

3-4- Diagnostic retenu

L'examen des patientes référées admises dans la salle d'accouchement nous a permis de poser le diagnostic dont les plus fréquents sont :

- La dystocie dynamique 21,78%,
- L'anémie et ou les infection 19,30%,
- L'éclampsie et ou hypertension artérielle 10,89%,
- Les grossesses extra-utérines 10,39%,
- Les infections du post partum 7,92%,
- L'hémorragie de la délivrance 4,95%,

Ces résultats sont différents de ceux de THIERO [30] qui a trouvé dans le même ordre :

- dystocie osseuse 13,8%,
- éclampsie 3,1%,
- disproportion foeto-pelvienne 11,9%.

L'analyse de nos résultats montre qu'il y a une grande discordance entre le motif de référence et le diagnostic 116/ 202 cas soit un taux de 57,42%.

Sur 26 cas où le diagnostic retenu était la dystocie mécanique, le motif de référence était : 15 cas de disproportion foeto-maternelle, 5 cas de dystocie de démarrage et 2 cas de dilatation stationnaire. Le motif était indéterminé dans 4 cas.

Dans 8 cas la rupture utérine était retenue comme diagnostic, le motif de référence était : dilatation stationnaire dans 5 cas, dystocie mécanique dans 2 cas, dans 1 cas le motif est indéterminé.

Cette discordance est aussi retrouvée de THIERO [30] avec un taux de 51,25%.

Sur les 8 cas où le diagnostic de rupture utérine était retenu à l'hôpital les matrones avaient décidé de la référence dans 5 cas, les ICPM dans 2 cas, le médecin généraliste dans 1 cas.

4- Prise en charge

L'attitude thérapeutique dépend du diagnostic à l'admission et de l'état général de la référée.

Nous avons eu recours à une intervention chirurgicale dans 71,88% des cas dont 49,22% de césarienne, 6,25% de laparotomie pour rupture utérine, 16,40% de laparotomie pour grossesse extra-utérine.

L'accouchement s'est terminé par la voie basse dans 28,12% des cas. Il s'agissait : accouchement par forceps dans 21,03%, par ventouse dans 2,40%, la manœuvre par version interne dans 4,69%. Dans l'étude de THIERO [30] à l'hôpital Gabriel Touré les interventions chirurgicales ont représenté 57,5% dont 50,63% de césarienne pendant que l'accouchement se terminait par la voie basse dans 42,5% des cas avec 39,12% d'accouchement normaux.

➤ **Temps écoulé entre la prise de décision de
césarienne et l'extraction du fœtus**

En moins de 60 minutes l'extraction du fœtus était intervenue après la décision de césarienne dans 31,11% des cas.

Elle est intervenue dans 50,36% 1heure après la prise de décision. Ce retard s'expliquait par :

- la non disponibilité du bloc opératoire, car d'autres interventions était en cours par le service de chirurgie et une autre césarienne en cours dans les deux blocs.
- L'éloignement du bloc opératoire de la salle d'accouchement de plus de 100m,
- La mobilisation de l'équipe d'intervention chirurgicale (anesthésiste, aide de bloc)
- la non disponibilité de sang en permanence.

La gratuité de la césarienne a amoindri considérablement ce retard de moyens financier qui s'y ajoutait.

Le temps de prise en charge pourrait être réduit si :

- Le bloc opératoire se trouve dans le même bâtiment que la salle d'accouchement,
- Une mini banque de sang avec est disponible,
- Une équipe de césarienne sur place à tout moment.

4-1- Coût de la prise en charge

Les femmes référées dans le cadre du système de référence sont prises en charge par la caisse de solidarité. Une somme de 36209F CFA (cf. tableau) est directement amputée au niveau de la caisse pour le transport de la référée du dit centre à l'hôpital.

Pour les référées non prises en charge par le système de référence le coût du transport variait entre 1000F et 50000F CFA.

Ainsi la mise en place du système de référence a permis d'alléger la charge des parturientes. Cependant des efforts doivent être faits pour améliorer cette situation en révisant à la baisse les 48228 du coût réel de la référence que l'ensemble des partenaires paye.

4-2- Contre référence

A l'hôpital de Sikasso la contre référence est effective et faite par la sage de garde après consultation du dossier en collaboration souvent avec le gynécologue de garde.

La retro-information constitue un système de formation continue des agents de santé à la périphérie. Elle permet le recyclage et le perfectionnement du personnel en périphérie.

Dans notre étude 71,8 % des fiches de référence ont été joint des fiches de contre référence et retourné à l'origine de la référence.

5- Pronostic

5-1- pronostic foetal

5-1-1- Score d'Apgar : 37,38% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar nul.

28,15% avaient un score morbide : de 1 à 6.

34,07% avaient un score bon : de 7 à 10.

Ces taux sont différents de ceux de THIERO [30] 26,6% avait un Apgar >6 pendant que 37,65% avait un score <7.

5-1-2- Morbidité et mortalité périnatale

Dans notre série nous avons enregistré 51 mort-nés soit 37,78% . Ce taux est voisin à celui rapporté par THIERO 37,5%, et supérieur de celui de MACOULOU 31,44% [5].

Les causes de cette mortalité étaient des urgences qui demandaient une prise en charge rapide.

Les facteurs tels que la mauvaise surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui réfèrent, le retard enregistré dans la référence et la prise en charge, le mauvais état des routes reliant les formations sanitaires à l'hôpital qui rallonge la durée du parcours ont contribué à augmenter le taux de mortinatalité.

5-2- Pronostic maternel

5-2-1- les suites de couches

L'étude des suites de couche nous a permis de recenser 52 cas de complication soit 25,74%. Ces complications étaient représentées par :

- l'anémie sévère 32,69%,
- l'endométrite 24,99%,
- la suppuration pariétale, hystérectomie et choc septique 11,53% chacun,
- pelvipéritonite et choc septique 3,84% chacun,
- Choriocarcinome et insuffisance rénale 1,92%.

Ces complications pouvaient être évitées si : une banque de sang fonctionnelle en permanence était en place, le délai de référence était réduit permettant une prise en charge rapide des référées ayant rompu la poche des eaux pour éviter ces infections en post partum.

- la durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours avec les extrêmes de 1 et 32 jours.

5-2-2- Mortalité maternelle

L'état général altéré des référées aggravé par le retard dans la référence et la prise en charge et surtout dans notre contexte l'absence de banque de sang disponible en permanence explique le taux élevé de mortalité maternelle dans la population de notre étude 3,96%.

Ce taux est inférieur à ceux de THIERO [30] 7,3%, de LANKOANDE [20] 11,3% et de OUEDRAOGO [28] 16,6%.

Rapporté à l'ensemble des accouchements effectués à la maternité de l'hôpital de Sikasso ce taux est 244,3 pour 100000 naissances vivantes.

Ce taux de mortalité obtenu est supérieur à ceux du :

- Bénin : 161 pour 100000 naissances vivantes [3],
- Gabon : 152 pour 100000 naissances vivantes [30],
- Egypte : 255 pour 100000 naissances vivantes [19],
- Mali au Csref CV district de Bamako 351,5 pour 100000 naissances vivantes.

Les référées sur 158 prise en charge par le système de référence 3 sont décédées soit 1,89%. Ce taux est inférieur à celui des référées non prise en charge 5 sur 44 soit 11,36%.

Cette tendance est maintenue chez OYESOLO [29] que l'organisation du système de référence dans l'état de Kebbi au nord du Nigeria a contribué à faire chuter le taux de mortalité parmi les malades consultants pour complications obstétricales de 20% à 10%.

Les causes de décès les plus retrouvées sont :

- L'anémie 4/8 soit 50%,
- La coagulation intraveineuse disséminée par hémorragie 2/8 soit 25%,
- La septicémie et l'insuffisance rénale 1/8 chacun soit 25%.

Les causes de décès les plus rencontrées au Csref CV [30] et à l'hôpital Béclère sont les complications rénales et la septicémie. Ces pathologies correspondent aux situations les plus urgentes en maternité telle que décrite par FERNANDEZ [18].

Ces résultats sont différents de celui de THIERO [5] qui indiquait dans son étude que les dystocies avec un taux de 22,3% étaient les causes de décès les plus retrouvées.

CONCLUSION

IV- CONCLUSION :

La référence sanitaire en obstétrique est une pratique courante et se déroule sans horaire au cours de l'année. Elle a concerné plus les femmes à faible revenu.

Dans le cadre de notre étude qui s'est déroulée du 19 avril 2006 au 19 février 2007 soit une période de 10 mois, 202 référées ont été recensées parmi 3274 femmes admises à l'hôpital de Sikasso. Les femmes référées provenaient de toutes les maternités du cercle de Sikasso et étaient transportées le plus souvent par l'ambulance et exceptionnellement par les transports en commun.

La référence s'est réalisée dans la grande proportion en retard et ce retard était dû au manque de décision du personnel soignant. C'est plus les matrones et infirmiers qui sont concernés.

Le diagnostic de la référence reste dominé par la disproportion foeto-pelvienne, l'anémie, l'infections/grossesse et la grossesse extra-utérine. Les diagnostics de la référence étaient discordants à 42,57 % à l'arrivée au service de gynéco obstétrique à l'hôpital de sikasso.

Elle a concerné d'abord les matrones puis les infirmiers et les sages femmes et enfin les médecins généralistes.

La voie d'accouchement était dominée par la voie haute à 71,98 % contre 28,12 % pour la voie basse.

La morbidité maternelle était surtout caractérisée par l'anémie et l'infection. Les deux ont été cause de 6 décès soit 75 % des décès de notre étude.

Les complications chez les enfants étaient plus élevées que celles des mères. Elles étaient dominées par les décès périnatal dans 53,26 %, la souffrance périnatale dans 27,17 %, les infections dans 7,60 %, la prématurité dans 9,78 % et les malformations dans 2,17 %.

C'est le nouveau-né qui a payé le grand tribut des références sanitaires en obstétrique à l'hôpital de sikasso.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Pour alléger la souffrance des référées et évacuées et améliorer leur pronostic nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Au personnel**

- Bien surveiller le travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du partogramme,
- Enseigner à la population les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement par les IEC.

➤ **A la population**

- Suivre correctement les consultations prénatales,
- Se présenter au centre de santé dès qu'apparaissent les signes de danger pendant la grossesse tels que les saignements, contractions utérines, les pertes des eaux,

➤ **Au autorités politico administratives**

- La formation continue des chefs de postes médicaux,
- Doter le centre de santé de référence de Sikasso d'un plateau technique chirurgicale,
- Faire en sorte que chaque 50km à parcourir recouvre un centre doté d'un plateau technique chirurgical,
- Doter la maternité de l'hôpital de Sikasso d'un bloc chirurgicale à part entière.

BIBLIOGRAPHIES

Références bibliographiques :

1. Diarra O.:

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du Point-G,

Thèse med 2000 N° 17 Bamako.

2. H. Ghislain F. H:

Étude de la mortalité néonatale due à l'asphyxie dans le district sanitaire de Kolokani, thèse med 2005 N° 181 Bamako.

3. N. J. Armelle :

Santé maternelle et infantile, analyse des systèmes médicaux ordinaires et savants (le cas de l'association villageoise de Manale à l'office du Niger), thèse med 2001 N° 92 Bamako.

4. Maiga B. :

Étude de la référence dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré, thèse med 2003 N°31 Bamako.

5. Macalou B. :

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Fousseini Daou de Kayes, thèse med 2002 N°142 Bamako.

6. Grégoire K. :

Référence sanitaire à la clinique universitaire de Kinshasa, mémoire de spécialisation en Gynéco obstétrique, Université de Kinshasa 2000.

7. Barbara J., Jo Ann. L., Nadine B. et Peter L. :

Santé reproductive en Afrique sub- saharienne : les questions et les choix. F.H.I., Recherch. Triangle Park N.C. USA 1984.

8. Bashir A :

La mortalité maternelle au Pakistan. Succès dans le District de Faisalabad, Bul .Méd. I.P.P.E., 1991, 25(2) :1-3.

9. Bernardi J.C., Richard A., Djanhan Y., Papiernik E.:

Evaluation of benefit of setting up a decentralised obstetric-surgical structure in order to reduce maternal mortality and transfers in the Ivory Coast; Int. J.Gynaecol. Obstetric. 1989, 29(1):13-7.

10. BONI S., Bokossa M.,Aboleth Y.,Kaba S., GONDO D.,Kodjo R.Anongba M.,KoneN.,Bohoussou K . :

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de deux années d'études dans un service de référence : la maternité CHU COCODY ; 3ème congrès de la S.A.G.O.,
Décembre 1994, Yaoundé (Cameroun).

11. Cardoso U .F. :

Mettre un enfant au monde:les risques s'amenuisent, forum mondial de la santé 1986; 7 :371-375.

12. Déborah M. :

Programmes pour la maternité sans danger : options et problèmes. Center for population and family health, school of public health, Columbia University, Nueva York, 1992.

13. Diadhiou F.:

Expérience Sénégalaise sur la mortalité dans le pays en développement (A propos de 3 études menées en 1986-1987), In : Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement pour un programme d'action, INSERM-CIE, 1989,135-145.

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

Caractéristique de la mortalité maternelle dans les pays en développement : situation africaine et stratégie de prévention ; Afr. Méd., 1991,30(299) :345-350.

15. DIALLO M .S. SIDIBE M., KEITA N:

La mortalité maternelle. A propos de 212 observations en sept ans à la maternité Ignace-Deen de Conakry (Guinée). Rev. fr. Gynécol. Obstét., 1989,84(5) :419-422.

16. EKOUNDJOLA J.R., BUAMBO S., POUEHET T.D. :

Péritonites post-césariennes à la maternité de l'hôpital général de Brazzaville ; Afr. Méd., 1987,26(251) :217-218.

17. FERNANDEZ H., DJANHAN Y., PAPIERNIK E.:

Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de développement .Quelle politique proposer ? J. Gynécol.-Obstét. Biol. Reprod., 1988,17 :687-692.

18. FERNANDO C. B., CEASAR G .V.VAUGHAN J P., MARCIA M. C. :

Le risque périnatal dans les villes du Tiers-Monde, Forum Mondial de la santé 1985, 6 :365.

18. LOMPO K., HUTIN Y. J .F. TRAORE G., TALL F., GUIARD-SCHMID J B., YAMEOGO J. et FABRE-TESTE B :

Morbidité et mortalité liées aux évacuations sanitaires Obstétricales à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Ann. Soc. Belge Méd. Trop., 1993, 73 :153-163.

19. OMS :

Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal. Chronique OMS, 1986, 40(5) :193-202.

20. OMS :

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

21. Baldé M.D, Bastet G;:

Decrease in uterine rupture in Conakry, Guinea by improvements in transfer management. Int J Gynécol. obstet 1990; 31:21-24.

22. Camara S:

Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique : bilan de deux années d'étude. These Med, Bamako, 2000, N°714.

23. Dembelé R, Diabaté L, Hachemi M, Sidibé D H, Ba S A, Shesoko E. :

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

24. Fall G:

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

25. Lankoandé J, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Bouaré B, Dao B, Soudo B, Koné B. :

Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité foeto-maternelle au Burkina-Faso. Med Trop 2000 ; 60,3.

26. Merger R, Lévy J, Melchior J.:

Précis d'obstétrique. Edit Masson, Paris, 6^{ème} Edit, 1995 .597p.

27. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées : cellule de planification et de la statistique

Enquête démographique de santé au Mali, 1995-1996.

28. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées :

Cadre conceptuel du système de référence au Mali.

Atelier national d'harmonisation des systèmes de référence et contre référence, 2000.

29. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées :

Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population 1990.

30. Thiero M. :

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

These Med, Bamako, 1995, N°17.

ANNEXES:

Fiche analytique

N° d'identification du dossier..... N° de la fiche d'enquête.....

Renseignement démographique

Q1-Nom..... Q3-Age.....
 Q2-Prénom..... Q4-Profession.....
 Q5-Adresse..... Q6-Résidence.....

Situation matrimoniale

Q7-Célibataire..... Q9-Marié.....
 Q8-Divorcé..... Q10-Veuve.....
 Q11-Coépouse Oui.....Non..... Q12-Nombre.....
 Q13-Niveau d'instruction
 a- Primaire b- Secondaire
 c- Supérieure d- Alphabet. Fonctionnelle
 e- Aucun

CARACTERISTIQUE DU PROCREATEUR :

Q14-Nom..... Q17-Age.....
 Q15-Prénom..... Q18-Profession.....
 Q16-Adresse..... Q19-Résidence.....
 Q20-Niveau d'instruction
 a- Primaire b- Secondaire
 c- Supérieure d- Alphabet. fonctionnelle
 e- Aucun

MODE DE REFERENCE

Q21-Provenance de la structure sanitaire.....
 Q22-Prise en charge par le système de référence Oui.... Non.....
 Q23-Appel avant référence Oui..... Non.....
 Q24-Si oui mode de la communication RAC..... Autres.....
 Q25-Frais de référence.....
 Q26-Evacuée avec fiche Oui..... Nom.....
 Q27-Partogramme Oui..... Non.....
 Q28-Fiche bien remplie Oui..... Non.....
 Q29-Qualification de l'agent qui réfère.....
 Q30-Qualification de l'agent qui reçoit.....
 Q31-Motif de référence:.....
 Q32-Traitement reçu avant référence:.....
 Q33-Temps mis entre prise de décision et référence:.....
 Q34-Evacuation médicalisée Oui..... Non.....
 Q35-Date et heure de départ du centre.....
 Q36-Moyen de transport
 a- Pied.... ,b- Taxi....,C- Voiture personnel....,d- Ambulance.....
 e- Charrette....,f- Bicyclette....,g- Transp. en commun

- Q37-Temps mis en cours de route.....
- Q38-Distance parcourue.....
- Q39-Temps mis avant de recevoir les soins à l'hôpital.....
- Q40-Raison du retard.....

IV- ANTECEDANTS OBSTÉTRICAUX

- Q41-Gestité..... Q42-Parité..... Q43-IIG.....(mois)
- Q42-Nombre d'enfant vivantQ43-Nombre de fausse couche....
- Q44-Nombre d'enfant décède

V- EXAMEN GENERAL

- Q45-Etat général..... Q46-poids.....kg
- Q47-Taille..... m
- Q48-Conjonctives.....

VI- SITUATION OBSTÉTRICALE A L'ENTREE

- Q49-TA Q50-Température...°c Q51-OMI...
- Q52-Poulsbatt/mn
- Q53-CPN Q54-Auteur Q55-Age gestationnel
- Q56-DDRQ57-Hauteur utérine.....cm
- Q58-BDCF.....bat/mn Q59-MAF.....

EXAMEN DU COL AU TOUCHER

- Q60-Longueur.....cm Q61-Dilatation.....cm
- Q62-Position..... Q63-Consistance.....
- Q64-Présentation
 - a- céphalique....,b- siège....,c- épaule....,d- face....,e- autres....
- Q65-Niveau a- engagée..... b- non engagée....
- Q66-Hauteur..... ;Q67-Poche des eaux a- intacte...b- rompue.....
- Q68-Si b, délai en heure.....
- Q69-Etat du bassin.....
- Q70-Aspect du liquide amniotique.....
- Q71Hémorragie Oui... Non....
- Q72-Si oui Quantité.....

Q73-Hypothèse diagnostique.....

VII- EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Q74-Groupage rhésus.....
- Q75-Taux d'hémoglobine.....
- Q76-Taux d'hématocrite.....
- Q77-Echographie d'urgence.....
- Q78-Diagnostique retenu.....
- Q79-Concordance entre motif de référence et diagnostique....**
- Q80-Prise en charge
 - a- Médicale
 - b- Obstétricale
 - c- Chirurgicale

- Q81-Type d'accouchement 1- voie basse Oui..., Non.....
a- naturel...
b- instrumental
c- forceps d- ventouse
Q82-Manoeuvre obstétrical Oui....., Non.....
Q83-Césarienne : Urgence Oui... Non.....
Q84-Laparotomie Oui..... Non.....
Q85-Rupture utérine..... ; G E U.....
Q86-Autres.....

IX- RESULTATS

A- Pronostic maternel

- Q87-Etat à la sortie a- satisfaisant b- non satisfaisant
Q88-Durée du séjour jours
Q89-Suite de couche: a- simple b- complications
Q90-Si complication:type
Q91-Si décédé cause:

B- Pronostic fœtal

- Q92-Poids:..... Grammes
Q93-Sexe:
Q94-Taille:cm PC:..... PT:
Q95-Apgar: 1ere mn 5eme mn 10eme mn
Q96-Traumatisme: Oui..... Non.....
Q97-Prématuré: Oui..... Non.....
Q98-Devenir du nouveau ne jusqu'a la sortie de l'hôpital
Q99-Référée à la pédiatrie: Oui.....Non.....
Q100-Cause
Q101-Décédé pourquoi
Q102-Coût de la prise en charge.....FCFA

X- CONTRE RÉFÉRENCE

- Q103-Effective Oui..... Non.....
Q104-SUPPORTS DE CETTE RÉFÉRENCE
Q105-Existe-t-il des imprimes.....
Q106-Elle a été assurée par qui
Q107-Moyens.....

MEILLEURE SANTÉ

Fiche signalétique

Nom : GUINDO

Prénom : SIDIKI B.

Titre de la thèse : les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso

Année universitaire : 2007-2008

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé de la thèse :

La référence sanitaire en obstétrique est une pratique courante et se déroule sans horaire au cours de l'année. Elle a concerné plus les femmes à faible revenu.

Dans le cadre de notre étude qui s'est déroulée du 19 avril 2006 au 19 février 2007 soit une période de 10 mois, 202 référées ont été recensées parmi 3274 femmes admises à l'hôpital de Sikasso. Les femmes référées provenaient de toutes les maternités du cercle de Sikasso et étaient transportées le plus souvent par l'ambulance et exceptionnellement par les transports en commun.

La référence s'est réalisée dans la grande proportion en retard et ce retard était dû au manque de décision du personnel soignant. C'est plus les matrones et infirmiers qui sont concernés.

Le diagnostic de la référence reste dominé par la disproportion foeto-pelvienne, l'anémie, l'infections/grossesse et la grossesse

extra-utérine. Les diagnostics de la référence étaient discordants à 42,57 % à l'arrivée au service de gynéco obstétrique à l'hôpital de sikasso.

Elle a concerné d'abord les matrones puis les infirmiers et les sages femmes et enfin les médecins généralistes.

La voie d'accouchement était dominée par la voie haute à 71,98 % contre 28,12 % pour la voie basse.

La morbidité maternelle était surtout caractérisée par l'anémie et l'infection. Les deux ont été cause de 6 décès soit 75 % des décès de notre étude.

Les complications chez les enfants étaient plus élevées que celles des mères. Elles étaient dominées par les décès périnatal dans 53,26 %, la souffrance périnatale dans 27,17 %, les infections dans 7,60 %, la prématurité dans 9,78 % et les malformations dans 2,17 %.

C'est le nouveau-né qui a payé le grand tribut des références sanitaires en obstétrique à l'hôpital de sikasso.

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.