

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRES SUPÉRIEURES
ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un but - une foi



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N° /M

**evacuation obstétricales au SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE DU CSREF de
la commune II du DISTRICT de Bamako**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Madame KONE Aïssata NIARE

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

PRESIDENT Pr Mamadou Traore

MEMBRES : Dr Niani Mounkoro

Dr Youssouf Traore

DIRECTEUR DE THESE : Pr Sy Assitan Sow

Dédicace

A Allah le tout puissant pratique de l'union,

A toi l'honneur la puissance et la gloire. Par ta Puissance ta Grâce et sous ta direction, j'ai pu réaliser ce travail.

*Oh toi qui écoutes les prières, protèges moi tout au long de ma vie.
Amen !*

Au prophète Mohamed paix et salue sur lui.

Remerciements

Mon père Massaman NIARE :

Les mots n'expriment pas assez tout ce que j'éprouve aujourd'hui. Merci pour tous les efforts consentis pour l'épanouissement de la famille, nous sommes fiers de vous avoir comme père et d'avoir reçu de vous une éducation de bonne qualité. Tu nous as toujours guidé et accompagné dans nos choix. Ton souci majeur à toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as accepté des sacrifices sans limites. Que ce travail récompense tous les sacrifices et prières que vous avez consentis durant toutes ces longues années.

Ton esprit d'unité, ton grand attachement à ta famille, ton amour pour le prochain, le travail bien fait et ta sincérité ont fait de toi un homme admiré de tout ton entourage. Que Dieu vous garde encore longtemps auprès de nous. Amen ! Merci Ba.

Ma mère Fatoumata TRAORE

Mère irréprochable, tu es pour moi, une immensité, une vraie source de vie et d'inspiration. Ton affection, tes multiples prières et bénédictions m'ont permis de surmonter jusque là les difficultés de la vie. Ton grand courage ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde font de toi une femme admirée et respectée de tous.

A tes pieds je dépose respectueusement cet humble travail en gage de ma profonde affection. Que Dieu t'accorde longévité pour que tu puisses bénéficier du fruit de ce long travail. Je t'aime Ana.

A ma grand-mère feu Tenindjè dite Yè NIARE :

Tes tendresses, tes affections et tes bénédictions incessantes ont été pour moi une force incalculable dès le début de mes études.

Qu'Allah le tout puissant t'accepte dans son paradis.

A mon très cher et tendre Epoux Bakary KONE :

Merci pour ta patience, ta tendresse, pour ton soutien inconditionnel tout au long de ce travail.

Tu ne t'es jamais lassé de m'encourager, de me donner toujours la force d'aller de l'avant. Puisse Dieu m'ouvrir les portes du bonheur pour que tu en bénéficie pleinement. Profond attachement.

A mes enfants Ibrahima, Fanta et Massaman KONE :

Vous m'avez toujours donné le sourire et la joie même quand je suis découragée que Dieu vous donne longue vie, bonne santé pour que vous puissiez un jour être meilleure à votre mère.

A mes sœurs et frères : Kadiatou, Boubacar, Abibatou, Maïmouna, Salimata, Ibrahima, Nouhoun, Mariam dite Tenindjè Drissa et Faran.

Aucun mot ne pourra exprimer ce que j'éprouve pour vous, vous n'avez jamais douté de ma réussite.

Merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années, ce travail est le fruit de vos efforts.

Que Dieu renforce la cohésion familiale et faire que nous restons unis.

A toutes la famille CAMARA :

Vous m'avez accepté comme faisant partie des vôtres.

Vous êtes ma deuxième famille, je vous aime beaucoup.

A mes oncles et tantes : Maritie, Tiecoura, Mariam, Aminata

Merci pour vos bénédictions. Vous m'avez toujours considéré aidé à être une fille exemplaire.

A mes oncle et tante de Yirimadio : Sidi, Niamato, Daouda et leur épouses.

Votre amour, votre affection et vos soutiens incalculables durant toutes ses années.

A ma tante Belko DIALLO et ses enfants :

Vous m'avez toujours accueilli et bien traité comme votre fille et votre sœur. Je vous remercie pour votre soutien depuis le Lycée jusqu'à la faculté de médecine.

A mon amie Fanta Gouro DIALL :

Aucun mot ne pourra exprimer l'étendue de notre longue amitié. J'espère que l'avenir te rendra fière de m'avoir choisie comme amie.

Au Dr DIARRA Soumaïla et à ma sœur Dr DIARRA Yvonne DIARRA :

Merci infiniment pour votre soutien indéfectible.

A ma Belle mère Feu Fanta SAMAKE :

Ton amour et tes bénédictions m'ont accompagné durant ces longues années. Qu'Allah t'accepte dans son paradis.

A tous mes beaux parents de Kalaban et Hamdallaye :

Pour nous avoir accepté et aimé comme votre propre enfant.

A tous les amis de mon mari :

Merci pour votre attachement et votre soutien.

A tous mes camarades de promotion de la FMPOS : Dr Koreissi, Dr Aminata, Dr Djenebou, Dr Tenin, Dr Saly, Dr Zeinabou, Dr Wadjou, Dr Binta , Oumou, Dr Kadi, Kihatou, Dr Mouna.

A tous les Internes et Docteur du service de gynéco obstétrique du CSREF CII : Nieriba, Dr DIABY, Alassane, Togola, Bintou, Sali, Djeneba, Dr Aïcha, Dr Awa, Koné, Konaté, Diabaté, Niabelé, Fane , Boy, Sory, Dr Amgoïba, Dr Thiery, Dr Kouyaté, Dr Samba.

Pour votre accompagnement et collaborations franches.

A tous les DES de la CSREF CII :

Pour votre encadrement et vos conseils éclairés.

A toutes les sages femmes infirmière et personnel du CSREF de CII :

Pour votre sympathie et votre collaboration sans faille.

A mes promotionnel du Lycée Bâ Aminata DIALLO :

A tous mes maîtres de la faculté.

A tous mes enseignants depuis le fondamental.

A Dr KONE Danaya :

Pour ton accompagnement constant tout le long de la rédaction de cette thèse.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Mamadou TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie-obstétrique**
- **Médecin chef du centre de sante de référence de la commune V du District de Bamako,**
- **Secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)**
- **Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre rigueur scientifique, vos compétences et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Veillez recevoir cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Niani MOUNKORO

- **Spécialiste en Gynécologie et d'obstétrique au CHU Gabriel TOURE**
- **Maitre Assistant en gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS**

Cher maître,

Nous sommes très honorées de vous compter parmi les juges de ce travail malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et intellectuelles et surtout votre sens élevé de responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionnées. Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments distingués.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Youssouf TRAORE

- **Spécialiste en Gynécologie et d'obstétrique au CHU Gabriel TOURE**
- **Maitre Assistant en gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS**
- **Secrétaire général de la SOMAGO**

Cher maître,

Nous sommes très honorées par votre présence dans ce jury malgré vos nombreuses taches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Veillez recevoir, cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur Sy Assitan SOW

- **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique a la FMPOS**
- **Chevalier de l'ordre national**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique au centre de sante de référence de la commune II du District de Bamako**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**

Cher maître,

c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre simplicité, votre disponibilité, l'esprit de tolérance et la compréhension sont au tant de qualités que vous incarnez, faisant de vous un encadreur d'une rareté étonnante. Passionnée du travail bien fait, soucieuse de notre formation et de notre réussite vous été pour nous un model de référence. Merci chère tante pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Puisse Allah le tout puissant vous accorder sante et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de gynécologie et d'obstétrique.

Sigles et Abréviations

- ASACO** : Association de sante communautaire
BDCF : bruits du cœur foetal
BiP : Bipariétale
CHU : Centre hospitalier Universitaire
CSREF: Centre de sante de référence
Cm : Centimètre
CmHg : Centimètre de mercure
CPN : Consultation prénatale
CPON : Consultation post-natale
CSCOM : Centre de sante communautaire
DCI : Dénomination commune internationale
EDSM : Enquête démographique de santé du Mali
FIGO : Fédération internationale de gynécologie obstétrique
FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
HRP : Hématome retro placentaire
HTA : Hypertension artérielle
HU : Hauteur utérine
IOTA : Institut ophtalmologique tropicale de l'Afrique
IEC : Information éducation communication
Km : Kilomètre
Km² : Kilomètre carré
LA : Liquide amniotique
MI : Millilitre
Mn : Minute
OMS : Organisation mondiale de la sante

ORL : Otorhinolaryngologie

PEV : Programme élargie de vaccination

PF : Planification familiale

PMA : Paquet minimum d'activité

PP : Placenta praevia

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

RPM : Rupture prématurée des membranes

SFA : Souffrance fœtale aigue

SIS : Service d'information sanitaire

SSP : Soins de santé primaire

SPSS : Statistical package for social sciences

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VIP : Véritable important personality

UNICEF : Fond des nations unies pour la protection de l'enfance

USAID : Aide internationale des états unis pour le développement.

% : Pourcentage

°C : Degré Celsius

< : Inférieur

> : Supérieur

≥ : Supérieur ou égal

≤ : Inférieur ou égal

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Objectifs.....	5
Généralités.....	6
Méthodologie.....	27
Résultats.....	32
Commentaires discussion.....	69
Conclusion.....	77
Recommandations.....	78
Références.....	80
Annexes résumé.....	88

1-INTRODUCTION

L'évacuation sanitaire d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide d'un malade d'un centre médical vers un autre plus équipé ou mieux spécialisé. [43]

Dans toutes les cultures Maliennes, la grossesse est généralement considérée comme un état sain (un phénomène normal) et une cause de joie dans la famille. La majorité des grossesses se déroulent sans problème et bon nombre de femmes ne se rendent même pas compte que la grossesse peut être la cause directe d'un certain nombre de complications menaçant leur vie ou celle du fœtus ; elle peut être un facteur aggravant des problèmes médicaux préexistants (cardiopathies etc.) pouvant entraîner la mort.

Chaque minute dans le monde aujourd'hui, 380 femmes débutent une grossesse et pour 190 d'entre elle cette grossesse est non désirée ou non planifiée ; 110 femmes vivent une grossesse compliquée, 40 femmes subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et une femme décède d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement [34]

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

Au Mali, les femmes représentent 51% de la population, le taux de croissance annuel de la population est de 2,7%, et le pays devra atteindre 23 millions d'habitants d'ici 2025 avec un indice synthétique de fécondité de 0,6 enfants par femme. Selon l'EDS IV 2006 (l'Enquête Démographique et de Santé), le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mort néonatale est de 57 pour 1000 et l'accessibilité de CSCOM est de 51% dans un rayon de 5 Km et 76% dans un rayon de 15 Km (annuaire du système d'information sanitaire 2006) et à partir du 31 décembre 2006, le pays comptait 785 CSCOM, 59 CSREF dont 6 (six) CSREF dans le District de Bamako, des établissements publics régionaux et des établissements publics nationaux au nombre de trois (3) et l'hôpital mère/enfant.

En 1963, Fendall dit que le système de référence est la seule voie qui permet aux populations des pays à ressources limitées d'avoir accès à des soins de qualité[36]

Selon ADAMSON PETER 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 fréquence des évacuations 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 obstétricale du CHU Aristide le Dantec de Dakar [16]
- En 1993, 11,5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako étaient des référées
- Du 1^{er} janvier 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 référés. Les référés ont représenté 71,8% des urgences obstétricales admises à la maternité de l'hôpital régional de Kayes en 2000
- 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

Pourtant de 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 les évacuations. Au Mali mais non au centre de santé de référence de la commune II.

Il nous a paru alors nécessaire d'effectuer cette étude au CSREF de la commune II en nous fixant les objectifs suivants :

2- OBJECTIFS

2-1- Objectif Général :

Contribuer à l'étude des évacuations dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

2-2- Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence des évacuations obstétricales
- Déterminer le caractéristique socio démographique des patientes évacuées.
- Déterminer les motifs des évacuations
- Préciser, le pronostic materno-foetal des parturientes évacuées au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako

3- GENERALITES

3-1 Définitions opératoires

3-1-1- Evacuer : du latin evacuere, c'est-à-dire sortir une personne ou un objet de son milieu d'origine pour le transférer dans un autre endroit plus apte à le recevoir [17] ;

Cette notion rapportée au domaine de la médecine revêt un caractère particulièrement important.

3-1-2- Référence : Se traduit par la nécessité de transférer un patient ou patiente d'un centre de santé à un autre sans notion d'urgence. Ces deux notions traduisent que l'acte de référence/évacuation doit répondre à une nécessité ou à une motivation dont la finalité est concernée. Les implications médico-sociales et la portée économique méritent de profondes réflexions tendant à en déterminer le contenu exact et apporter les solutions qui s'imposent.

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

- le mauvais suivi prénatal
- insuffisance de la prise en charge dans les CSCOM (centres de santé communautaires de Référence)
- problème de l'accessibilité géographique des centres de santé de références
- manque de moyen logistique, matériel et financier.

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

3-1- 3- Selon Maine D et Col; il y a 3 retards :

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

Dans la politique « Santé et Population » l'objectif des plus hautes autorités du pays a demeuré et demeure toujours, l'amélioration de l'état de santé des populations, afin qu'elles participent pleinement au développement socio-économique de la patrie.

Pour cela le Mali a adopté depuis 1991 une déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Parmi les solutions proposées par cette déclaration, on retient :

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

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

- 1^{er} échelon : est représenté par des centres de santé communautaires (CSCOM), offrant le paquet minimum d'activité (PMA), et géré par les associations de santé communautaires (ASACO) ; composées de déléguée représentant les populations des villages, ou communes d'une aire de santé définie.

Ils ont pour objectifs de:

- Rapprocher aux populations les soins ;

- Faire participer la population à la prise en charge de ses propres problèmes de santé définie dans la résolution de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (SSP) en 1979 ;
- Encourager l'installation des jeunes médecins dans les structures de premier niveau de soins.
- 2^{ème} Echelon : représente le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence.

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

3-2-Physiologie de l'accouchement :

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

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

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile foetal doit progresser à travers un élément statique: Le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active: les contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi 2 phénomènes :

3-2-1- Phénomène dynamique :

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions par les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actinomyosine 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 œstrogènes.

Les contractions ont pour effet :

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

3-2-2- Phénomène mécanique :

A travers la filière pelvienne le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose de :

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

Dans l'étude du bassin plusieurs plans et diamètres sont décrits. Leur connaissance est nécessaire pour le bon déroulement de l'accouchement. Parmi ces diamètres nous avons essentiellement le diamètre antéropostérieur et les diamètres transverses. L'appréciation de la perméabilité pelvienne est déterminante pour le pronostic de l'accouchement.

L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéropostérieur et du diamètre transverse médian. Le pronostic de l'accouchement est favorable si sa valeur est supérieure ou égale à 23. Celui-ci est incertain entre 21 et 22 mais franchement mauvais pour les valeurs inférieures à 20.

3-3- Le travail d'accouchement

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, marqué par l'apparition des contractions utérines régulières et rythmées dont l'intensité et la fréquence croissantes. Par ailleurs le col se raccourcit et s'ouvre. Ces contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses.

L'administration d'un antispasmodique, d'un tranquillisant ou d'un bêta mimétique arrête les contractions dans le cas d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes [28]

-1^{ère} Période : elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 6 Heures à 18 Heures Chez la primipare; 2 à 10 chez la multipare.

-2^{ème}. Période : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne 30 minutes à 1 Heure chez la primipare; 5 à 30minutes chez la multipare.

-3^{ème} Période : C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du mobile fœtal à la sortie du placenta et dure 5 à 30 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

- corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- contrôler de façon constante la vitalité fœtale
- faire les pronostics

3-3-1-Pronostic maternel :

- Le travail est en général plus rapide chez la multipare que chez la primipare
- l'âge de la mère peut avoir une influence sur la facilité du travail .S'agissant de primipares les femmes de moins de trente ans sont en général celles qui accouchent le mieux.
- Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation , que le volume du fœtus est plus voisin de la normale, que la position du fœtus est plus eutocique
- L'excès de longueur du travail (au-delà de 18 heures) est nuisible à la mère, et plus encore à l'enfant. Son excès de brièveté expose aux lésions traumatiques cervico-périnéales, et peut aussi nuire à l'enfant.

3-3-2- Pronostic fœtal :

La vitalité fœtale est appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet doppler ou d'un cardiotocographe.

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

L'obstétricien «aux mains nues» selon Delecour M. et thoulon J.M[14] a l'habitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques :

- Les contractions utérines.

- Les modifications du col.

Le col doit être souple, dilatable de longueur inférieure à 1,5cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice

- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique.

La poche des eaux à un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus.

Si la présence du méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [45]

- L'évolution de la présentation :

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur. Dans les présentations céphaliques, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduit dans le plan sagittal entre elle et la concavité sacrée : c'est le signe de **FARABEUF** [23]

-L'état du fœtus :

Les bruits du cœur sont bien audibles en dehors des contractions utérines. Le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par

minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modification des bruits du cœur en intensité et/ou en fréquence.

A ces 5 éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle, la température, la fréquence des contractions utérines. Il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

3-4-Thérapeutiques Obstétricales :

3-4-1- La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. **[33]** Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie et du traumatisme rend beaucoup plus large son indication. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée. Les principales indications sont les disproportions foeto-pelviennes, les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, les présentations vicieuses et la souffrance fœtale

3-4-2- Le forceps :

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

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

3-5- Quelques manœuvres obstétricales :

3-5-1-La manœuvre de Mauriceau :

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

- Fléchir la tête,
- tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant,
- abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse,
- fléchir lentement la tête pour 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 médullo-bulbaire).

3-5-2-La manœuvre de Bracht:

Elle est indiquée pour prévenir les retentions de la tête défléchie au niveau du détroit inférieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante : Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

3-6-La grande extraction du siège:

Les indications sont rares. La meilleure indication est la rétention du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps :

1^{er} temps: c'est le temps d'abaissement d'un pied. S'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible, il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^e 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 un 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.

3^e Temps: accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^e et 3^e doigt 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. Les dégagements des épaules sont fait suivant le diamètre antéropostérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médius le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face intérieure du

thorax fœtal. La faute sera de saisir l'humérus perpendiculaire à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^e et le 3^e doigt le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face antérieure du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

4^e 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 inférieur. L'expression abdominale est pendant ce 4^e temps particulièrement indiquée

3-7- Les motifs d'évacuation:

3-7-1. 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 praevia ou anomalie de partie molle.

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

3-7-1-1- Dystocies d'Origine Fœtale :

- Disproportion fœto-pelvienne :

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

Selon Delecour M [14]une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95 % des cas à des foetus de plus de 4.000 g à défaut d'échographie. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne

- Présentations anormales :

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

. La présentation du siège :

Définition : C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus.

- Le siège est dit complet lorsque les jambes sont flétries sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen. Ainsi les membres inférieurs sont repliés devant la présentation, dont ils font partie et dont ils augmentent les dimensions.

- le siège est dit décomplété mode des fesses lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extension totale, de sorte que les pieds sont à la hauteur de la tête du fœtus. Ainsi les fesses sont à elles seules toute la présentation. Cette variété est la plus fréquente.

Variété de position : Le sacrum étant pris comme repère, on distingue par ordre de fréquence, les :

- Sacro- iliaque gauche antérieure (SIGA)
- Sacro- iliaque droite postérieure (SIDP)
- Sacro - iliaque gauche postérieur (SIGP)
- Sacro - iliaque droite antérieure (SIDA)

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (foetus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes (11 à 12%) [14] et 18% [33]. Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque qui doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon le pronostic foetal est incertain.

. La présentation de la face :

Définition : c'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la 1^{ère} est la face tout entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position. L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. L'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel et foetal est réservé.

. La présentation du front :

Définition : On dit que la tête foetale se présente par le front lorsque sa position pendant l'accouchement est intermédiaire à celle du sommet et à celle de la face, intermédiaire à la flexion et à la déflexion.

La présentation du front est de beaucoup la plus dystocique des présentations céphaliques.

Variété de position. Le nez sert de point de repère pour distinguer les diverses variétés de position, suivant habituels, on décrit les variétés suivantes :

- naso - iliaque droite postérieure
- naso - iliaque gauche antérieure
- naso - iliaque droite antérieure
- naso - iliaque gauche postérieure
- naso - iliaque transverse droite et gauche

Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique.

Le seul traitement convenable est la césarienne.

. La présentation transverse et oblique :

Définition : lorsque à la fin de la grossesse ou pendant le travail , l'aire du détroit supérieur n'est occupée ni par la tête , ni par le siège du fœtus , celui-ci , au lieu d'être en long , se trouve en travers ou en biais . IL est en position transversale ou plus souvent oblique. Ces faits sont habituellement décrits sous le nom de <<**présentation de l'épaule**>> .L'expression est consacrée, mais critiquable.

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.

3-7-1-2- 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 de contraction utérine ou hypocinésie.
- d'une anomalie par relâchement utérine insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- d'une anomalie par arythmie contractile.
- d'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine.

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

- Bassin pathologique :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic par la sage femme est nécessaire avant le travail pendant la consultation du troisième trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radio pelvimétrie.

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leurs bassins:

- Celles dont l'état nécessite une césarienne,
- Celles chez qui l'épreuve du travail est indiquée,
- Celle pour laquelle on autorise l'accouchement par voie basse.

Pour un enfant de poids normal si:

- le diamètre promonto-rétropubien à moins de 8 cm: la voie basse est impossible et la césarienne s'impose,

le diamètre promonto-rétropubien entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring. Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve sont :

- La femme dite être en travail,
- Le col dilaté 4 à 5 cm,
- La présentation céphalique.

L'épreuve de travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'une heure la décision de l'échec de l'épreuve de travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables:

- Chez la mère de :

- Rupture utérine,
- Hémorragie de la délivrance,
- Travail prolongé avec infection amniotique.

- Chez le fœtus :

- Souffrance fœtale,
- Mort fœtale in utero,
- Mortalité néonatale précoce,
- Un nouveau-né déprimé

3-7-2- procidence du cordon

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

Si le cordon bat, 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.

3-7-3- Souffrance fœtale :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, suspectée aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus par césarienne ou par extraction instrumentale.

3-7-4- Hémorragies:

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

3-7-5-Rupture utérine:

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus mais l'usage a prévalu d'écarter les déchirures du col et celles consécutives à une manœuvre abortive [33]. 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 de col

- obstacles prævia
- les présentations pathologiques
- les dystocies dynamiques
- l'hydrocéphalie.

Le traitement est fait par suture de la rupture et hystérectomie.

3-7-6-Placenta prævia:

Le placenta prævia est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. La rupture des membranes à une influence favorable sur les hémorragies en supprimant une des causes : le tiraillement des membranes. Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation, mais elle peut être la cause de la procidence du cordon.

3-7-7-Hématome rétro placentaire:

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. C'est un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse.

Sa complication majeure est l'afibrinémie très mortelle.

3-7-8-Hémorragies de la délivrance :

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement ; anormal par leur abondance (plus de 500ml) et leur effet sur l'état général [33].

Toutes ces causes d'hémorragies provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et d'hémorragies. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre

obstétrical et chirurgical avec un service de réanimation. On distingue selon l'importance de l'hémorragie :

- Hémorragie abondante : supérieure 1000 ml de sang
- Hémorragie moyenne : 500 à 1000 ml de sang
- Hémorragie petite : inférieure à 500 ml de sang

3-7-9-Utérus cicatriciel :

On peut définir L'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenue pendant ou en dehors de la puerpéralité ; ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine ayant été suturée ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel constitue un risque impliquant une surveillance prénatale particulière et indiquant un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

3-7-10-Prééclampsie et Eclampsie :

La consultation prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce des prééclampsies, dont l'éclampsie est la complication majeure.

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

Pour le traitement de la gestose le régime sans sel n'est plus justifié.

Le repos au lit reste la plus efficace pour lutter contre l'œdème aidé en cela par le diazépam, et autres sédatifs.

Quand à l'HTA elle répond aux antihypertenseurs et aux sédatifs (diazépam).

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

4- METHODOLOGIE

4-1- CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

4-1-1-Situation géographique et services :

La commune II couvre une superficie de 17 Km² soit environ 7% de la superficie totale du District de Bamako.

Elle est limitée :

- Au nord par le pied de la colline du Point G.
- Au sud par le fleuve Niger
- A l'est par le marigot de Korofina
- A l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut d'Ophthalmologie tropicale d'Afrique : IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des Martyrs).

La commune II du District de Bamako comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, Téléphone sans fil (TSF), Zone industrielle, N'gomi)

Le centre de santé se trouve à Missira

Il comporte plusieurs services :

- L'administration
- La pharmacie
- Le service d'oto-rhino-laryngologie
- Le service d'ophtalmologie
- Le service de médecine
- Le service de gynécologie obstétrique

- Le service d'odontostomatologie
- Le service de pédiatrie
- Le service du PEV (Programme Elargie de Vaccination)

4-1-2- Description du service de gynécologie obstétrique du CSREF CII

Le service gynécologie obstétrique occupe le réez de chaussée

A l'étage se trouvent l'administration et certains services

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement
- Une salle d'attente et de suite de couche immédiate avec trois lits
- Une salle de garde pour les sages femmes
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides soignantes
- Un Bureau pour la sage femme maîtresse
- Une toilette externe pour le personnel
- Une unité de consultation prénatale
- Une unité de planning familial
- Une unité post natale
- Une Unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)
- Une salle d'échographie
- Une unité de gynécologie obstétrique
- Trois salles d'hospitalisation

Le personnel comprend :

- Un professeur en gynécologie obstétrique, qui est le chef de service
- Six médecins
- La sage femme maîtresse
- Dix neuf étudiants faisant fonction d'interne

- Vingt neuf sages femmes
- Quatre infirmières obstétriciennes
- Vingt aides soignantes
- Quatre chauffeurs
- Cinq manœuvres

4-2- TYPE D'ETUDE :

Nous avons mené une étude rétrospective et prospective transversale descriptive et comparative

4-3- PERIODE D'ETUDE:

Notre étude s'est déroulée sur 12 mois allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007.

4- 4- POPULATION D'ETUDE :

- Echantillonnage:

Nous avons recruté de façon exhaustive les femmes évacuées vers le centre de santé de référence de la commune II pendant la période d'étude.

- Critères d'inclusion :

Toute femme prise en charge dans le service à la suite d'une évacuation pendant la période de l'étude pour une cause obstétricale.

- Critères de non inclusion :

Les femmes prises en charges dans le service sans être évacuées ou admises pour des problèmes non obstétricaux.

4-5- Collecte et analyse des données.

Les données ont été recueillies sur des questionnaires individuels remplis suivant les dossiers des patientes évacuées.

Les données ont été saisies sur le logiciel Epi info version 6.0 et analysées sur SPSS version 12.0.

4-6- Variables étudiées :

Age, profession, statut matrimonial, provenance, niveau d'étude, distance parcourue , la gestité, parité, antécédent chirurgicaux, les motifs d'évacuation, diagnostic, coloration des conjonctives, tension artérielle, type d'accouchement, suite de couche, pronostic maternel et fœtal, les CPN ,l'utilisation du partogramme ,qualification des agents qui évacue ,type d'accouchement

4-7- Considérations éthiques :

Pour les considérations éthiques nous avons gardé anonymes toutes les parturientes retenues dans notre étude. Les données recueillies au cours de cette étude ne seront pas utilisées pour des fins personnelles.

4-8- Tests statistiques :

Pour les comparaisons nous avons utilisé le test de Khi2 de Pearson et nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $P < 0,05$.

4-9- Définitions opérationnelles :

Référence : Transfert d'un malade d'un centre hospitalier vers un autre plus équipé.

Evacuation : Transfert d'un malade d'un centre hospitalier vers un autre plus équipé dans un contexte d'urgence.

Gestité : Nombre de grossesses conçues

Parité : Nombre d'accouchement effectué

Consultation prénatale (CPN) : L'ensemble des visites médicales effectuées au cours de la grossesse y compris le bilan pour la surveillance de la grossesse en vue d'un accouchement normal.

5-RESULTATS

Tableau I: Fréquence des évacuations dans le centre de santé de référence de la commune II

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Evacuation	244	6,8
Venue d'elle même	3339	93,2
Total	3583	100

De janvier à décembre 2007, nous avons enregistré 244 évacuations sur un ensemble de 3583 accouchements soit un taux de 6,8%.

5. 1 Fréquence

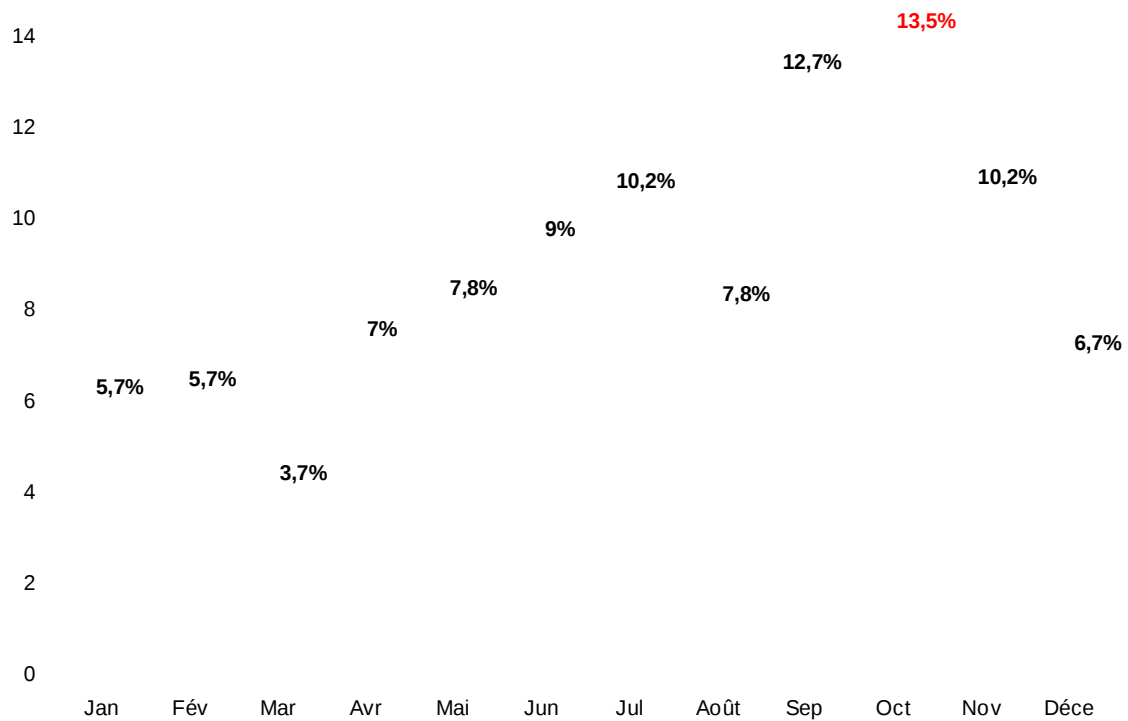


Figure 1: Fréquence relative d'admission des patientes par mois

Le plus grand taux d'évacuation a été enregistré au mois d'octobre. Par ailleurs le plus faible taux a été observé dans le mois de Mars.

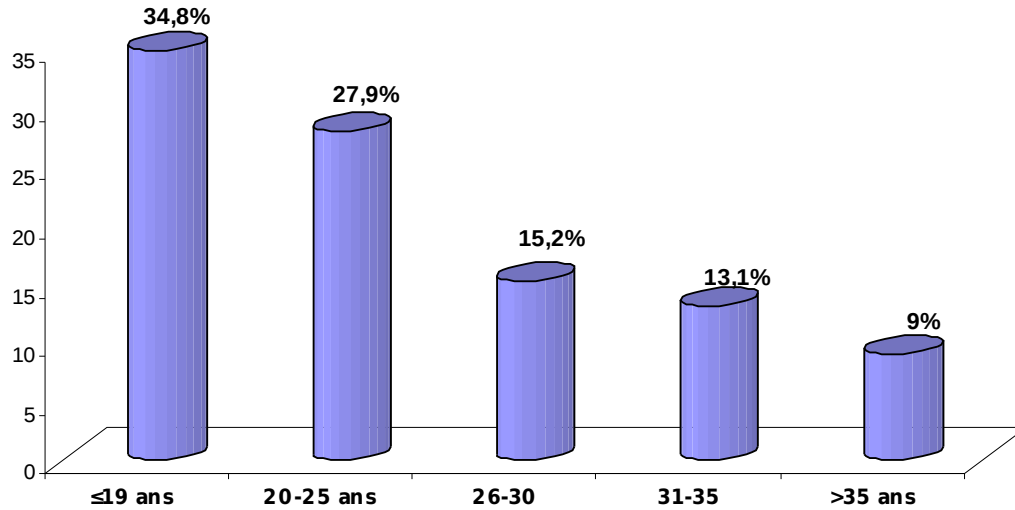


Figure 2: Répartition des parturientes selon l'âge
La tranche d'âge de moins de 19 ans a été majoritaire avec un taux de 34,8%. L'âge moyen a été $23,8 \pm 6,5$ avec une médiane de 23 ans pour des extrêmes de 15 et 43.

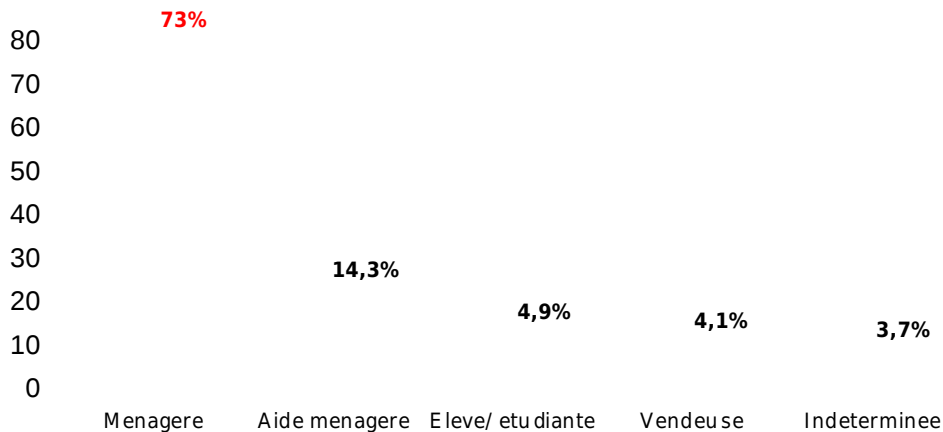


Figure 3: Répartition des parturientes selon la profession
Les ménagères étaient les plus représentées avec un taux de 73%, suivies des aides ménagères 14,3% puis des élèves ou étudiantes et des vendeuses.



Figure 4: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

La quasi totalité des femmes étaient mariées soit un taux de 93% puis viennent les célibataires 7%.

Tableau II: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Sans instruction	143	58.61
Primaire	63	25.82
Secondaire	23	9.43
Autres	15	6.14
Total	244	100

Près de 60% (58.61%) des femmes n'avaient pas été à l'école; 25.82% étaient de niveau primaire et 9.43% de niveau secondaire.

Tableau III: Répartition des parturientes selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
ASACOH	87	35.7

BONIABA	49	20.1
ABOSAC	25	10.2
ASACO Benkadi	22	9.0
Mutuel Benkan	20	8.3
CSREF CI	12	4.9
ASACOME	8	3.4
Centre évangélique	3	1.2
CHU Gabriel Touré	3	1.2
ASACO N'Gomi	2	0.8
PMI Niarela	2	0.8
ASACOBABA	2	0.8
Cabinet Sandely	2	0.8
Maternité camp de base	2	0.8
ASACODJAN	1	0.4
ASACOSA	1	0.4
Cabinet nana	1	0.4
Clinique Djiguiya	1	0.4
Infirmierie SOMADIX	1	0.4
Total	244	100

Près d'une parturiente sur 3 (35,7%) avait été évacuée par l'ASACOH

Tableau IV: Répartition des parturientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	85	34.8
Sarakole	39	16.0
Dogon	33	13.5
Peulh	35	14.3
Malinke	19	7.8
Minianka	12	4.9
Sonrahi	11	4.5
Somono	3	1.2
Bobo	2	0.8
Bozo	2	0.8
Senoufo	3	1.2
Total	244	100

L'ethnie bambara a été majoritaire avec un taux de 34,8%.

Tableau V: Répartition des femmes selon la profession du conjoint.

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Ouvrier	58	23.8
Commerçant	45	18.4
Cultivateur	39	16.0
Fonctionnaire	25	10.2
Indéterminée	37	15.2
Autres	40	16.4
Total	244	100

Les ouvriers ont été prédominants dans notre étude avec un taux de 23,8%, suivis des commerçants et des cultivateurs.

5.2. Antécédents obstétricaux

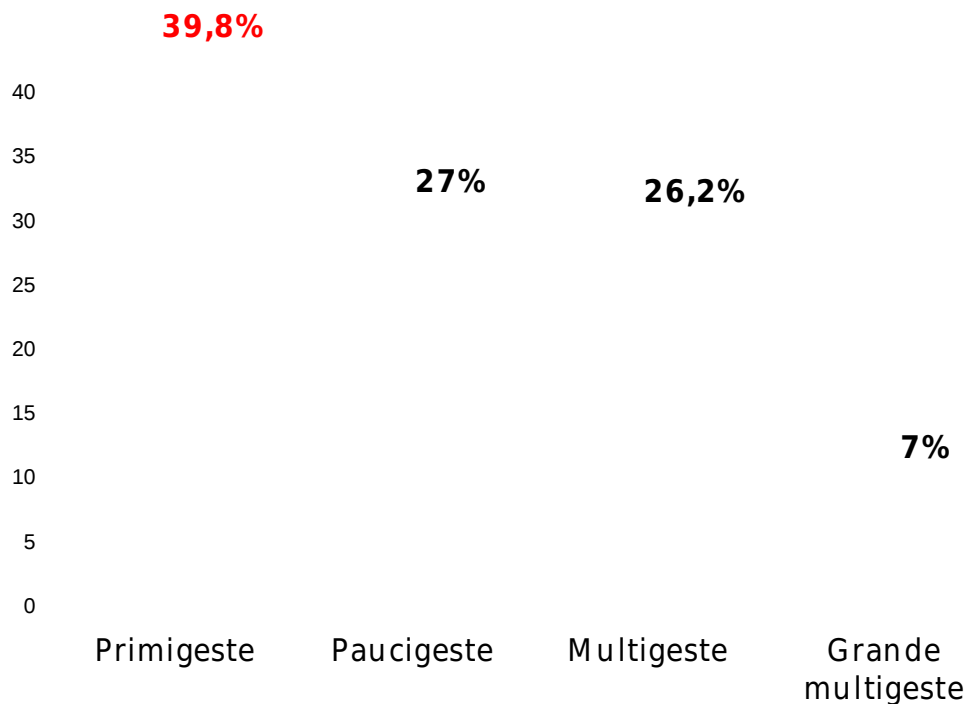


Figure 5: Répartition des parturientes selon la gestité

Les primigestes étaient les plus représentées avec un taux de 39,8%.

Primigeste=c'est la première grossesse

Paucigeste= c'est la deuxième et troisième grossesse.

Multigeste=c'est du quatrième au sixième grossesse

Grande multigeste=c'est la septième grossesse et plus

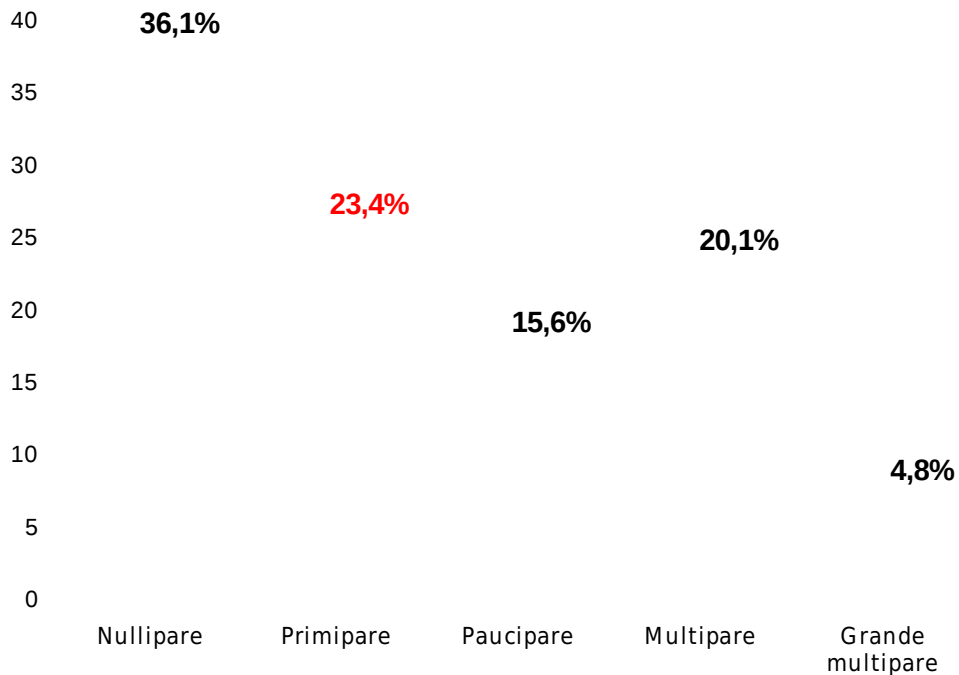


Figure 6: Répartition des parturientes selon la parité

Les nullipares étaient les plus représentées avec un taux de 36,1%.

Nullipare=c'est une femme qui n'a jamais accouché

Primipare= c'est une femme qui a accouché une seule fois *Pauci*

pare= c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois

Multipare=c'est une femme qui a accouché quatre à six fois

Grande multipare=c'est une femme qui a accouché sept fois ou plus

Tableau VI: Répartition des parturientes selon l'intervalle intergénéral

Intervalle inter génésique	Effectif	Pourcentage
Non applicable	98	40.2
≤12 mois	60	24.6
]12 - 24] mois	58	23.8
]24 -36] mois	22	7.8
>36 mois	19	3.7
Total	244	100

Près de la moitié des parturientes avaient un intervalle inter génésique d'un ou de deux ans.

Tableau VII: Répartition des patientes selon les antécédents de mort-né.

Antécédents de mort-né	Effectif	Pourcentage
Oui	6	2.5
Non	238	97.5
Total	244	100

Près de 3% des femmes (2,5%) avaient des antécédents de mort-né.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	10	4.1
Appendicectomie	2	0.82
Grossesse extra-utérine	2	0.82
Aucun antécédent	230	94.26
Total	244	100

Seul 5.74% des patientes avaient des antécédents chirurgicaux.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le suivi prénatal.

Consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
Aucune	80	32.8
1-3	126	51.6
≥4	38	15.6
Total	244	100

Près de 33% (32,8%) des femmes n'avaient effectué aucune consultation prénatale.

Tableau X: Répartition des patientes selon les moyens de transfert

Transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance	94	38.5
Taxi	105	43.0
Transport en commun	2	0.8
Voiture personnelle	43	17.7
Total	244	100

L'ambulance a été utilisée par environ 4 patientes sur 10 soit un taux de 38,5%.

Tableau XI: Répartition des patientes selon la distance parcourue

Distance parcourue	Effectif	Pourcentage
1-5Km	222	90.99
>5Km	22	9.01
Total	244	100

La distance moyenne était de 2 Km avec des extrêmes de 1 et 7 Km.

Tableau XII: Répartition des patientes selon la durée du trajet parcouru

Durée du trajet	Effectif	Pourcentage
15-30 mn	93	38.2
30-60 mn	127	52.0
>60 mn	24	9.8
Total	244	100

Dans environ la moitié des cas les parturientes avaient mis 30 à 60 mn pour parvenir au CSREF avec des extrêmes de 15 minutes à 120 mn soit une moyenne de 38 mn.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la notion de traitement avant évacuation.

Traitement avant évacuation	Effectif	Pourcentage
Oui	157	64.3
Non	87	35.7
Total	244	100

La majorité des parturientes (64,3%) avaient reçu un traitement avant l'évacuation

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le traitement reçu.

Traitement reçu	Effectif (n=157)	Pourcentage
Buthyl hyoscine injectable	63	40.1
Spasfon injectable	18	11.5
Epilate capsule	3	1.9
Methyldopa comprimé	2	1.3
Sérum glucosé	6	3.8
Ringer lactate	1	0.6
Oxytocine injectable	5	3.2
Amoxicilline injectable	6	3.8
Indéterminé	57	36.3

Le buthyl hyoscine a été la molécule la plus utilisée avec un taux de 40,1%.

Tableau XV: Répartition des patientes selon la notion de prise de voie veineuse.

Abord veineux	Effectif	Pourcentage
Sans abord veineux	196	80.3
Présence d'abord veineux	45	18.5
Abord veineux et perfusion	3	1.2
Total	244	100

Environ une parturiente sur 5 (19,7%) était parvenue dans le centre de référence avec un abord veineux.

Tableau XVI: Répartition des parturientes selon les supports nécessaires pour l'évacuation.

Support d'évacuation	Effectif (N=163)	Pourcentage
Partogramme	29	11.8
Partogramme et fiche référence/évacuation	56	23.0
Fiche de référence/évacuation	58	23.8
Evacuation verbal	20	8.2
Aucun	81	33.2
Total	244	100

L'évacuation verbale a concerné environ une parturiente sur dix soit un taux de 8,2%.

Tableau XVII: Répartition des parturientes selon la qualification de l'agent ayant procédé à l'évacuation.

Qualification de l'agent de l'évacuation	Effectif	Pourcentage
Médecin	8	4.8
Etudiant	17	10.4
Sage femme	41	25.2
Infirmière obstétricienne	41	25.2
matrone	7	4.3

Non précisée	49	30.1
Total	163	100

La grande majorité des parturientes avaient été évacuées par les infirmières ou les sages femmes avec des taux de 25,2%

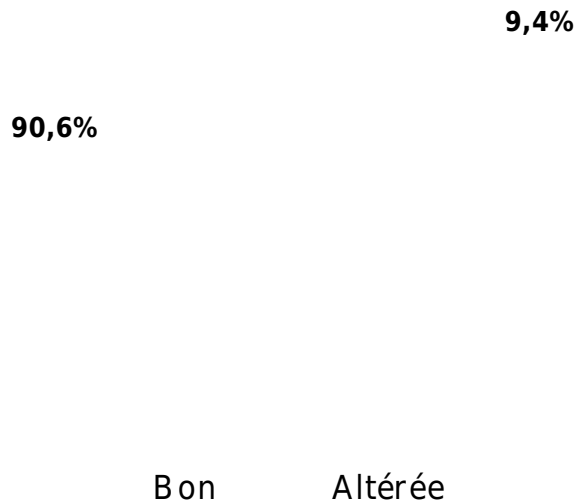


Figure 7: Répartition des patientes selon l'état général à l'admission. La plupart des patientes présentait un bon état général à l'admission soit 90,6%.

15,2%

84,8%

colorees Pales

Figure 8: Répartition de la population selon la coloration des conjonctives

Dans 15,2% des cas l'examen des conjonctives avaient révélé une pâleur.

Tableau XX: Répartition de la population selon la tension artérielle

Tension artérielle	Effectif	Pourcentage
<14/9 Cm hg	215	88.1
≥14/9 Cm hg	29	11.9
Total	244	100

Près d'une parturiente sur 10 (11,9%) avait une tension artérielle supérieure ou égal à 14/9 Cm hg à l'admission.

Tableau XXI: Répartition de la population selon la température corporelle à l'admission.

Température	Effectif	Pourcentage
≤37,5	128	52.4
37,6-37,9	76	31.1
≥38	10	4.1
Non précisé	30	12.4
Total	244	100

Plus de la moitié des parturientes avait une température corporelle <37,6°C.

Tableau XXII: Répartition de la population selon la fréquence du pouls à l'admission.

Pulsation/min	Effectif	Pourcentage
<100	171	70.1
≥100	73	29.9
Total	244	100

Tableau XXIII: Répartition de la population selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
------------------------	-----------------	--------------------

≤35	194	79.5
≥36	27	11.1
Non précisé	23	9.4
Total	244	100

Près de 80% (79.5) des patientes avaient une hauteur utérine inférieure ou égale à 35 cm.

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission.

Phase du travail	Effectif	Pourcentage
Active	192	74.6
Latence	32	13.1
Non précisée	30	12.3
Total	244	100

La grande majorité des patientes (74,6%) étaient en phase active du travail d'accouchement à l'admission.

Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique pendant le travail.

Aspect du LA	Effectif	Pourcentage
Claire	197	80.7

Méconial	24	9.8
Non spécifié	23	9.5
Total	244	100

Près d'une parturiente sur dix (9,8%) avait le liquide amniotique méconial.

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'état des membranes à l'admission.

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage
Intacte	131	53.7
Rompue	113	46.3
Total	244	100

Un peu plus de la moitié des parturientes avaient les membranes intactes à l'admission.

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le type de présentation.

Type de présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	184	83.3
Siège	23	10.4
Transverse	6	2.7
Front	5	2.3
Face	3	1.3
Total	221	100

La grande majorité des présentations au cours de l'étude était céphalique avec un taux de 83,3%

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la perception des BDCF à l'admission.

BDCF	Effectif	Pourcentage
Perçus	208	85.2
Non perçus	13	5.3
Non applicable	23	9.4
Total	244	100

A l'admission les BDCF ont été perçus chez 85.2% des patientes. Cependant cette perception n'était pas possible chez 5,3%

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon la réalisation du groupage avant l'admission

Groupage rhésus	Effectif	Pourcentage
Groupées	147	60.2
Non groupées	97	39.8
Total	244	100

Près de 4 patientes sur 10 n'avaient pas été groupée (39,8%).

Tableau XXX: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine à l'admission

Taux d'hémoglobine (g/dl)	Effectif	Pourcentage
<7	24	9.8
7-8	27	11.1
9-10	64	26.2
≥ 11	22	9
Non fait	107	43.9
Total	244	100

Le taux d'hémoglobine n'était pas quantifié chez près de la moitié des parturientes.

5.3. Facteurs de risque

Tableau XXXI: Répartition des parturientes selon la taille.

Taille	Effectif	Pourcentage
<150Cm	5	2.0
≥150Cm	239	98.0
Total	244	100

Seules 2% des femmes présentaient un facteur de risque en rapport avec la taille (taille inférieure à 150cm).

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon l'état du bassin

Bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	201	82.38
Limite	35	14.34
BGR	8	3.28
Total	244	100

Les cas de bassins limites et de bassin généralement rétrécis ont été rencontrés avec des taux respectifs de 14,34 et 3,28%.

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif (N=244)	Pourcentage (N=100)
Dystocie dynamique	43	17.62
Dystocie mécanique	31	12.70
Présentation vicieuse	30	12.30
Hémorragie	21	8.61
Pré éclampsie	14	5.73
Souffrance fœtale aigue	8	3.28
HTA /grossesse	11	4.51
Placenta praevia	11	4.51
Syndrome de pré rupture	6	2.46
Utérus cicatriciel	10	4.10
Disproportion foeto pelvienne	8	3.28
Anémie sur grossesse	8	3.28
Hématome rétro placentaire	6	2.46
Procidence du cordon	5	2.05
Rupture prématurée des membranes	5	2.05
Rétention placentaire	4	1.64

Menace d'accouchement prématurée	3	1.23
Rupture utérine	1	0.41
Rétention du 2 ^{èm} jumeau	2	0.82
Eclampsie	2	0.82
Perte de connaissance	1	0.41

Les cas de dystocie dynamique mécanique, présentation vicieuse et hémorragie sont les plus citées comme motif d'évacuation avec des taux respectifs de 17.62 ; 12.70 ; 12.30 et 8.61%

Tableau XXXIV: Répartition patientes selon le motif d'évacuation et la voie d'accouchement.

Motif d'évacuation	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse (n=183)	Voie haute (n=61)	
Menace d'accouchement prématuré (n=3)	100	0.0	100
Anémie sur grossesse (n=8)	100	0.0	100
Dystocie dynamique (n=43)	90.7	9.3	100
Dystocie mécanique (n=31)	80.7	19.3	100
Eclampsie (n=2)	100	0.0	100
Hauteur utérine excessive (n=14)	71.4	28.6	100
Hématome rétro placentaire (n=6)	66.7	33.3	100
Hémorragie (n=21)	90.5	9.5	100
Placenta prævia (n=11)	72.7	27.3	100
Présentations vicieuses (n=30)	50.0	50.0	100
Procidence du cordon (n=5)	40.0	60.0	100
Rétention 2 ^e jumeau (n=2)	50.0	50.0	100
Rupture prématurée des membranes (n=5)	80.0	20.0	100

Rupture utérine (n=1)	0.0	100	100
Souffrance fœtale aigue (n=8)	25.0	75.0	100
Utérus cicatriciel (n=10)	80.0	20.0	100
Syndrome de pré rupture (n=6)	0.0	100	100
HTA sur grossesse (n=11)	90.9	9.1	100
Prééclampsie (n=14)	85.7	14.3	100
Disproportion fœtopelvienne (n=8)	62.5	37.5	100
Rétention placentaire (n=4)	100	0.0	100

Khi²=0,82 P=0,366

Sur l'ensemble des patientes reçues pour dystocie dynamique environ une patiente sur dix avait accouché par voie haute.

Tableau XXXV: Concordance entre motif d'évacuation et le diagnostic retenu_

Diagnostic	Motifs d'évacuation		Diagnostic retenu	
	n	%	n	%
Dystocies dynamiques	43	17.62	38	15.57
Présentation vicieuse	30	12.30	37	15.16
Hémorragie	21	8.61	12	4.92
Pré éclampsie	14	5.74	10	4.10
SFA	8	3.28	12	4.92
HTA/grossesse	11	4.51	13	5.33
Dystocies mécaniques	31	12.70	24	9.83
Placenta prævia	11	4.51	9	3.69
Syndrome de pré rupture	6	2.46	9	3.69
Utérus cicatriciel	10	4.1	10	4.10
Disproportion fœto-pelvienne	8	3.28	12	4.92
Anémie sur grossesse	8	3.28	10	4.10
HRP	6	2.46	7	2.87
Procidence du cordon	5	2.05	7	2.87
RPM	5	2.05	8	3.28
Rétention placentaire	4	1.64	2	0.82
Menace d'accouchement prématuré	3	1.23	4	1.64
Rupture utérine	1	0.41	2	0.82
Rétention du 2 ^e jumeau	2	0.82	3	1.23

Eclampsie	2	0.82	3	1.23
HU excessive	14	5.74	12	4.92
Total	244	100	244	100

Khi²=0,37 P=0,542

Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, dans beaucoup de cas le nombre de motif d'évacuation ne correspondait pas toujours au diagnostic retenu.

Tableau XXXVI: Répartition des patientes selon la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu

Corrélation entre le motif et le diagnostic	Effectif	Pourcentage
Concordance	181	74.2
Discordance	63	25.8
Total	244	100

Il y'a eu discordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CSREF de la commune II dans 25.8% des cas.

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

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	183	75.0
Césarienne	59	24.18.0
laparotomie	2	0.81

Total	244	100
--------------	------------	------------

Trois femmes sur quatre ont accouché par la voie basse.

Tableau XXXVIII: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar.

Score Apgar (N=244)	1^e min %	5^e min %	10^e m %
0	5.3	6.6	6.6
1-3	7.2	1.1	0.1
4-7	18.2	2.5	1.2
8 et plus	62.3	82.9	86.4
Non précisé	7.0	7.0	5.74
Total	100	100	100

62,3% des nouveau-nés avaient un score d'apgar supérieur à 7 à la première minute, 82,9 à 86,4% de la 5^e à la 10^e minute

Tableau XXXIX: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar et la voie d'accouchement.

Score Apgar	Voie d'accouchement	
	Voie basse (n=183)	Voie haute (n=61)
0	8.6	3.2
1-3	3.4	7.6
4-7	20.5	19.2
8 et plus	67.5	70.0
Total	100	100

Khi²=0,16 P=0,690

Il n'existait pas de différence statistiquement significative du score d'Apgar des nouveau-nés et la voie d'accouchement.

Tableau XL: Répartition de la population selon le poids de naissance

Poids de naissance	Effectif	Pourcentage
<2500	25	10.2
[2500-4000[202	82.8
≥4000	17	7.0
Total	244	100

La grande majorité des nouveau-nés (82.8%) avaient un poids de naissance entre 2500 et 4000 g, cependant près de 17,2% étaient prématuré hypotrophe et macrosome
Le poids moyen était de 2900 avec des extrêmes de 1300 et 4600

Tableau XLI: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance et la voie d'accouchement.

Poids de naissance (en grammes)	Voie d'accouchement			
	Voie basse (n=183)		Voie haute (n=61)	
	%		%	
	n	%	n	%
<2500	17	9,2	8	13.1
2500-4000	157	85,9	45	73.8
>4000	9	4.9	8	13.1
Total	183	100	61	100

Khi2=37,24 P<0,001

Soixante treize pour cent des interventions portaient sur les fœtus de poids compris entre 2500 et 4000 grammes.

Tableau XLII: Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
Favorable	242	99.2
Décès	2	0.8
Total	244	100

La quasi-totalité des gestantes avaient un pronostic favorable.

Tableau XLIII: Répartition des patientes selon le pronostic périnatal

Pronostic Périnatal	Effectif	Pourcentage
Favorable	210	86.07
Décès périnatal	34	13.93
Total	244	100

L'évolution favorable a été observée chez la grande majorité des nouveau-nés 86.07%.

Tableau XLIV: Répartition des patientes selon le sexe du nouveau-né

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	142	58.2
Masculin	102	41.8
Total	244	100

Le sexe-ratio a été estimée à 1,6 en faveur du sexe féminin

Tableau XLV: Répartition des patientes selon le délai de prise en charge.

Délai	Effectif	Pourcentage
<5 min	187	76.6
5-10 min	35	14.4
10-15 min	22	9.0
Total	244	100

Tableau XLVI: Répartition des patientes selon le délai entre l'arrivée et le début de la césarienne.

Délai	Effectif	Pourcentage
<1 heure	27	45.8
1-6 heures	25	42.3
>6 heures	7	11.9
Total	59	100

Dans 45.8% la césarienne a débuté en moins d'une heure.

Tableau XLVII: Répartition des patientes selon la durée de la césarienne.

Durée	Effectif	Pourcentage
30-60 min	57	96.6
>60 min	2	3.4
Total	59	100

Dans 96.6% des cas la césarienne s'est déroulée entre 30 et 60 minutes.

Tableau XLVIII: Répartition des nouveau-nés selon le pronostic foetal et la parité.

Parité

Pronostic foetal	Primipare (n=93)	Paucipare (n=87)	Multipare (n=49)	Grande multipare (n=15)
Décès	9.8	16.9	21.7	12.2
Favorable	90.2	83.1	78.3	87.8
Total	100	100	100	100

Khi2=0,73 P=0,39

L'évolution défavorable a été surtout constatée dans le groupe des multipares.

Tableau XLIX : Répartition des évacuées selon le type de complication maternelle

Type de complication	Effectif	Pourcentage	Décès
Anémie	10	28,57	0
Hémorragie	12	34,28	2
Endométrite	8	22,86	0
Suppuration pariétale	4	11,43	0
Pelvi péritonite	1	2,86	0
Total	35	100	2

Dans notre étude 34,28% des cas de complication étaient de l'hémorragie. Elle a noté dans les 2 cas de décès.

Tableau L : Evolution maternelle selon la distance du centre qui évacue.

Distance du centre	Effectif	Complication
1-5 Km	222 [90,99]	29 [82,86]
> 5 Km	22 [9,01]	6 [17,14]
Total	244	35

82,86% des cas compliqués ont parcouru une distance comprise entre 1 et 5 Km.

Tableau LI : Répartition des patientes évacuées en fonction de la complication selon le moyen de transport utilisé

Moyen de transport	Effectif	Complication maternelle
Ambulance	94 [38,5]	8 [22,86]
Taxi	105 [43]	22 [62,86]
Transport en commun	2 [0,8]	0 [0]
Voiture personnelle	43 [17,7]	5 [14,28]
Total	244	35

Khi²=3,13 P=0,09

62,86% des patients évacuées par taxi ont fait des complications au cours de leur prise en charge.

Tableau LII : Répartition des patientes évacuées en fonction du délai de l'évacuation selon l'agent ayant effectué l'évacuation.

Agent	Evacuation tardive	Evacuation à temps
	Fréquence %	Fréquence %
Matrone	5 [7,35]	2 [4,35]
Infirmière obstétricienne	32 [47,06]	9 [19,57]
Sage Femme	24 [35,3]	17 [36,96]
Etudiant	5 [7,35]	12 [26,08]
Médecin	2 [2,94]	6 [13,04]

Total	60	100	46	100
--------------	----	-----	----	-----

Khi²=1,2 P=0,33

47,06% des évacuations tardives ont été faites par les infirmières obstétriciennes.

Tableau LIII : Répartition des évacuées en fonction de la complication maternelle selon la qualification de l'agent qui évacue.

Agent	Favorable	Complication	Décès
Infirmière obstétricienne n=41	27 [34,18]	14 [40]	1 [50]
Sage femme n=41	31 [39,24]	10 [28,57]	1 [50]
Interne n=17	13 [16,46]	4 [11,43]	
Médecin n= 8	7 [8,86]	1 [2,86]	
Matrone n= 7	1 [1,26]	6 [17,14]	
Total	114	79	2

Khi²=0,23 P=0,21

40% des patientes évacuées par les infirmières obstétriciennes ont fait des complications au cours de leur prise en charge.

Tableau LIV : Répartition des patientes décédées selon le moyen de transport.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Taxi	1	50
Ambulance	1	50
Total	2	100

Tableau LV : Répartition des patientes décédées selon la durée du travail.

Décès maternels/durée du travail	Effectif	Pourcentage
Imprécisé	1	50
8 heures	1	50
Total	2	100

Tableau LVI : Répartition de la population selon la cause de décès maternel.

Cause de décès	Effectif	Pourcentage
Hémorragie du Post Partum	1	50
Rupture utérine	1	50
Total	2	100

Tableau LVII : Répartition des patientes décédées selon la gestité

Décès maternels/gestité	Effectif	Pourcentage
6 ^e geste	1	50
5 ^e geste	1	50
Total	2	100

Les deux cas de décès concernaient les multi gestes

Tableau LVIII : Répartition des patientes décédées selon la parité

Décès maternels/Parité	Effectif	Pourcentage
3 ^e pare	1	50
5 ^e pare	1	50
Total	2	100

Les deux cas de décès concernaient une paucipare et multipare

Tableau LIX : Répartition selon la complication des nouveau-nés des évacuées

Complication des nouveau-nés	Effectif	Pourcentage
Décès périnatal	34	46,58
Infection	16	21,92
Souffrance périnatale	18	24,66
Prématurité	5	6,84
Total	73	100

Le décès périnatal a représenté 46,58% des complications chez les nouveau-nés.

Tableau LX : Répartition des nouveau-nés selon les causes de décès ;

Cause de décès	Effectif	Pourcentage
Souffrance néonatale	9	26,48
DPPNI	4	11,76
Procidence du cordon	4	11,76
Prématurité	2	5,88
Pré éclampsie	3	8,83
Rupture utérine	2	5,88
Malformation	1	2,95
PP	2	5,88
RPM	3	8,82
DFP	4	11,76
Total	34	100

26,48% des nouveau-nés sont décédés par souffrance néonatale.

Tableau LXI: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée	Effectif	Pourcentage
<1 jour	163	66.8
[1-4]jours	57	23.4
≥4 jours	24	9.8

Total	244	100
--------------	------------	------------

Près de 67% des patientes ont été exécutées en moins de 24 heures avec une durée moyenne de 2 jours pour des extrêmes de 6 heures à 2 semaines.

6- DISCUSSION

6-1-Fréquence

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007, nous avons enregistré 244 évacuations obstétricales sur un ensemble de 3583 accouchements réalisés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako soit un taux de 6,8%.

Ce taux est inférieur à celui de Broulaye [18] qui a enregistré à la maternité du CSREF de Koulikoro, 300 évacuations sur les 575 (52,17%) pour une période de 12 mois (juillet 2005 à juin 2006).

Cette fréquence est assez proche de celle de Macalou B [30] à l'hôpital régional de Kayes (6.14%) en 2001 et celle rapportée par Baldé en Guinée Conakry [3] 5.86%.

Cette fréquence peu élevée pourrait s'expliquer par la réalisation de la plupart des accouchements au niveau des CSCOM dont le personnel comporte dans la plupart du temps un médecin et une sage femme. En effet le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako était relativement nouveau pendant la période de notre étude donc semblait moins connu de la population générale. Ce service est assez proche de l'hôpital Gabriel Touré.

Ce taux est inférieur à 31.5% rapporté par Thiéro [45]¹ à l'hôpital Gabriel Touré. BALDE [3] en Guinée et Fall [22] au Sénégal avaient observé un taux de 32.9%.

Le plus grand taux d'évacuation a été enregistré au mois d'octobre. Par ailleurs le plus faible taux a été observé au mois de Mars.

Cependant, les évacuations sont exceptionnelles dans les pays développés à cause de la présence constante d'un plateau technique adéquat dans les maternités.

6-2-Age :

L'âge moyen a été $23,8 \pm 6,5$ avec une médiane de 23 ans pour des extrêmes de 15 et 43. La tranche d'âge majoritaire a été celle de moins de 19 ans avec un taux de 34,8%. Selon les études de Sidibé M [43] et de Broulaye [18], la tranche d'âge majoritaire a été celle de 20-35 ans avec des taux respectifs de 78,7% et 62%.

Dans l'étude de Broulaye [18], l'âge moyen des évacuées était de 24 ans avec les extrêmes de 14 ans et 47 ans. Dans l'étude de Sidibé M. [43], la tranche d'âge de 20 à 35 ans constituait la majorité avec 78.7%. Quant à la tranche d'âge de plus de 35 ans, elle représente 14,6%. La prédominance de la tranche d'âge de 19 à 35ans a été observée par Camara S [7] à Abidjan avec une proportion de 83,34%.

6-3-Niveau d'instruction :

Près de 60% ((58.61%) des femmes n'avaient pas été à l'école; 25.82% étaient de niveau primaire et 9.43% de niveau secondaire. Selon l'étude de Sidibé M [43]. Réalisée sur les évacuations sanitaires au niveau du centre de santé de référence de Bougouni, le taux de celles qui n'avaient pas été à l'école était de 84.2% et seulement 10% étaient de niveau

primaire ou secondaire. Le taux de scolarisation au Mali est assez bas et ce constat touche beaucoup plus les femmes que les hommes. Par ailleurs le niveau intellectuel permettrait un bon suivi de la grossesse.

6-4-Profession :

Les ménagères étaient les plus représentées avec un taux de 73%, suivies des aides ménagères 14,3% puis des élèves ou étudiantes et des vendeuses.

Ce taux est inférieur à ceux trouvés par Macalou [30] à Kayes au Mali et Fall [22] au Sénégal avec 92.8% des femmes ménagères.

6-5-La parité :

La parité joue un rôle dans les causes d'évacuation. En tenant compte de la silhouette des évacuées en fonction de la parité, les nullipares et les primipares étaient les plus représentées avec des taux respectifs de 36,1 et 23,4%.

Les grandes multipares représentaient 4,8% dans notre série. Ce résultat est inférieur à 9,2% de Camara S [7]. Le risque chez ces parturientes est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesses multiples et rapprochées. La prévention par la sensibilisation du danger inhérent au nombre élevé de grossesse doit être de rigueur.

6-6-Les consultations prénatales :

La consultation prénatale est une pratique indispensable au bon déroulement d'une grossesse. Cependant dans notre étude près de 33% (32,8%) des femmes n'avaient fait aucune consultation prénatale. Ce taux est inférieur à 43,5% et 48,1 respectivement de Diarra M [19] et de Macalou [30] ; mais supérieur à 19,41 de Altanata [2]. L'absence de CPN semblait liée au coût élevé des examens complémentaires et aux

occupations ménagères intenses. Les grandes multipares pensent avoir assez d'expériences et se croient capables de mener à bien la grossesse sans le secours d'un agent de santé.

6-7-Les moyens de transport :

Les conditions d'évacuations sont une grande importance, la notion de réanimation avant, au cours de l'évacuation, le confort des malades est indispensable

Moins de la moitié des cas d'évacuations sont arrivées dans notre structure sous la supervision d'un agent de santé le long du transfert. L'ambulance a été utilisée par environ 4 patientes sur 10 soit un taux de 38,5%.

Le déplacement de l'ambulance est pris en charge par la parturiente. Ces conditions de transfert prouvent que les évacuations se font dans des mauvaises conditions.

Les parturientes arrivent souvent anémiées, choquées ou infectées

6-8-Durée du trajet parcouru :

Dans environ la moitié des cas les parturientes avaient mis 30 à 60 mn pour parvenir au CSREF avec des extrêmes de 15 minutes à 120 mn. Dans l'étude de Diarra M [19]. 52,6% des parturientes étaient arrivées au centre après une durée moyenne de moins d'une heure. Selon l'étude de Altanata [2] le temps moyen a été de 125 minutes avec des extrêmes de 10minute et 4 heures. La réduction de la durée du parcours serait en rapport avec la disponibilité de l'ambulance ou des moyens de transport en commun.

Les parturientes évacuées ont toujours séjournés plus ou moins longtemps dans une maternité de CSCOM et nous arrivent après échec

d'une tentative d'accouchement par voie basse donc après un travail prolongé le plus généralement ce sont des patientes de <<seconde main>> la méconnaissance du risque obstétricale par le personnel soignant dans les centres périphériques est à la base de ce retard, qui est la cause de beaucoup de complications maternelles et néonatales.

6-9-Qualité de l'agent demandeur du transfert

La grande majorité des parturientes avaient été évacuées par les infirmières obstétriciennes ou les sages femmes avec un taux de 25,2% chacune. Par contre dans l'étude de Diarra

M [19]. La plupart des demandes de transfert avaient été formulées par des médecins ou des sages femmes. Cette différence pourrait s'expliquer par le site de l'étude. En effet le respect de la pyramide sanitaire exige que les CSCOM réfèrent vers les centres de référence et ceux-ci à leur tour vers les structures hospitalières.

6-10-Support d'évacuation :

Bien que les supports soient indispensables pour la compréhension d'une évacuation .Dans notre étude au moins une patiente sur 3 n'a pas bénéficié de ce support d'évacuation soit un taux de 33,2%. Notre taux est inférieur à celui de Diarra M. [19] selon laquelle 22,6% des parturientes étaient accompagnées d'un partogramme.

6-11-Les motifs d'évacuation :

Les motifs les plus fréquemment rencontrés sont :

- la dystocie dynamique 17.62 %
- la dystocie mécanique 12.70%
- présentations vicieuses 12.3 %
- hémorragie 8.61 %

- Pré éclampsie 5.73 %
- souffrance fœtale aigue 3.28 %
- HTA/grossesse 4.51%
- hauteur utérine excessive 5.73 %
- placenta praevia 4.51 %
- utérus cicatriciel 4.1 %
- La disproportion foeto-pelvienne et anémie/grossesse 3.28%
- HRP 2.46%
- Procidence du cordon et RPM 2.05%
- les autres motifs moins de 2% sont : rétention placentaire, menace d'accouchement prématuré, rupture utérine, rétention 2em jumeau éclampsie.

Ces résultats diffèrent de ceux de SANGARE [41] au CSREF de la 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 %.

6-12-Les facteurs de risque identifiés :

Seules 2% des femmes présentaient un facteur de risque en rapport avec la taille (taille inférieure à 150cm). Sidibé M[43] . Dans son étude avait observé 7,0% (soit 23 parturientes). La césarienne doit être envisagée systématiquement dès que l'épreuve du travail révèle l'échec. Elle doit être prophylactique en cas de BGR.

Les cas de bassins limites et de bassin généralement rétrécis ont été rencontrés avec des taux respectifs de 14.34 et 3.28%.

6-13-Pronostic maternel :

Morbidité : dans notre étude 14.34% des patientes ont développé des complications.

Elles sont dominés par : anémie 28.57%, hémorragie 34.28%, endométrite 22.86%, suppuration pariétale 11.43%, pelvi péritonite 2.86%

Mortalité : nous avons enregistré 2 cas de décès maternels soit 0.8%.

Ce taux est < 2.4% de Sidibé M[43],2.79% de Diarra M [19] ,11.95% pour Dougnon F [20].

Les causes de décès ont été :

- hémorragie du post partum 50%
- rupture utérine 50%.

L'état général altéré des patientes, aggravé par le retard, les conditions difficiles de l'évacuation expliqueraient le taux élevé de décès maternel dans notre étude

6-14-Pronostic fœtal :

Morbidité : nous considérons comme morbidité tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur ou égale à 7 comme définit par de nombreux auteurs

Dans notre étude, 30.7% des nouveau-nés avaient un Apgar morbide à la première minute de vie. Ces cas de morbidité ont fait l'objet d'une réanimation puis évacuation au service de néonatalogie de l'hôpital Gabriel Touré

Mortalité :

A la première minute de vie 5,3% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar nul, Le décès néonatale a été observé chez 34 d'entre eux soit un taux de 13.9%.

Plus de 60% (62.3%) des nouveau-nés avaient à la première minute un score d'Apgar supérieur à 7. Ce taux est proche de 56% de Diarra B, de 62.9% de Macalou[30] mais supérieur à 37.65% de Thiéro[45]

Les causes de décès ont été :

- souffrance néonatale 26.48%
- HRP 11.76%
- procidence du cordon 11.76%
- prématurité 5.88%
- pré éclampsie 8.83%
- rupture utérine 5.88%
- malformation 2.95%
- PP 5.88%
- RPM 8.82%
- DFP 11.76%

CONCLUSION

Les évacuations obstétricales constituent non seulement un problème médical mais aussi de santé publique. Dans le cadre de notre étude, du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2007 nous avons enregistré 244 évacuations sur un ensemble de 3583 accouchements soit un taux de 6,8%. L'âge moyen a été $23,8 \pm 6,5$ avec une médiane de 23 ans pour des extrêmes de 15 et 43. La tranche d'âge majoritaire a été celle de moins de 19 ans avec un taux de 34,8%.

Près de 60% (58.61%) des femmes n'avaient pas été à l'école; 25.82% étaient de niveau primaire et 9.43% de niveau secondaire.

Seules environ 4 patientes sur 10, soit un taux de 38,5% sont arrivées au CSREF par ambulance.

Seules 2% des femmes présentaient un facteur de risque en rapport avec la taille.

La prise en charge dans l'ensemble a été effective et efficace car 99,2% des gestantes avaient présenté un pronostic favorable.

La grossesse et l'accouchement sont des processus naturels qui comportent toutefois des risques multiples, cependant pour palier aux surprises désagréables, la référence évacuation semble la seule issue de secours EDS M III.2001 [21]

RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes

➤ **Au personnel**

- Continuer quotidiennement le staff au sein du service dans le cadre de la formation continue du personnel.
- Surveiller le travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du partogramme,
- Sensibiliser la population sur les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement par l'IEC.
- Référer ou évacuer les cas suspects de danger dans les meilleurs délais vers le niveau supérieur de la pyramide sanitaire.
- Référer les patientes à risque lors du suivi prénatal

➤ **A la population :**

- Suivre correctement les consultations prénatales,
- Se présenter au centre de santé dès qu'apparaissent certains signes pendant la grossesse : saignement, contractions utérines douloureuses, pertes des eaux, œdème
- Faire don de sang

➤ **Aux autorités de tutelle du CSREF de la CII**

- Equiper la maternité en appareil cardiotocographe
- Améliorer le système de rétro-information entre CSREF CII et les différents CSCOM
- Equiper le service de la pédiatrie d'une néonatalogie pour faciliter la prise en charge des nouveaux nés au sein du CSREF CII

-Doter la maternité du CSREF de la CII d'un deuxième bloc chirurgical pour augmenter sa capacité d'accueil car les référence /évacuation viennent de tous les CSCOM de la CII voir les autres CSREF et les hôpitaux.

-Doter le CSREF de CII d'une mini-banque de sang afin de répondre aux besoins de transfusions urgentes.

➤ **Au ministère de la santé :**

-Continuer et renforcer la gratuité de la césarienne

-Assurer la formation continue du personnel médical face aux urgences obstétricales.

-Renforcer le plateau technique des structures de référence pour la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales.

REFERENCES

1. Alain J. Cacault, J Lacande, J. Mane

Urgence en garde de gynécologie et de maternité

Paris 1986

Edition Malarion 1986

2. Altanata, S.A :

Evacuations obstétricales reçues à la maternité du CSREF CI du district de Bamako de Novembre 2003 à Octobre 2004 à propos de 371cas.

Thèse de médecine Bamako, 2005-65p ; 168

3. Balde M.D., Bastet G.,

Decrease in Uterine rupture in Conakry Guinea by improvements in transfer management.

Int J Gynecol. Obstetric 1990; 31: 21-24

4. Bohoussou. K. M. et col.

Grossesse et adolescence.

Afr. Med. 1982 ; N°21 (201) : 359 - 362.

5. Bohoussou K. M. et col.

Réflexion sur l'éclampsie

Etude médicale 1974 ; N° 3 : 167 - 173

6. Boutaleb. Y et col.

Mortalité maternelle à l'hôpital de Casablanca (Maroc)

J. Gyn .Obst. Rep 1982; N° 11 (1): 100 - 102.

7. Camara S. (Epouse Kaba)

Evacuation sanitaire d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude

Thèse med. Abidjan 1986 ; N° 7 : 14.

8. Colav J. C. et Uzans

Hématome rétro - placentaire ou DPPMI

Enc. Med. Chir. Paris (France) obstétrique 1985 ; N°10 : 5071 1 - 6.

9. Collectif

Conférence régionale sur la maternité sans risque en Afrique subsaharienne. Action pour la santé, élément prioritaire d'un cadre stratégique national de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle .Niamey 30 janvier 03.1989 ;4-112.

10. Collectif

Prévenir la mort tragique de la mère.

Rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque.

Nairobi Kenya. 1987 ; 82.

11. Conable. B.

La maternité sans risque.

Forum mondial de la santé.

O. M. S Genève 1978; volume 8 N° 2: 164 - 170.

12. Correa P. et col.

Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique à Dakar. Afrique médicale 1981. 20 (189)215-221

13. Delecour. M.

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves.

Entretiens de Bichat- chirurgie et spécialités. 1980; 177-179.

14. Delecour. M., Thoulon. J. M. et col.

Conduite à tenir au cours d'une dystocie.

Rapport du 27^e congrès de gynécologie et obstétrique de langue française.

Rabat 21-24 mai 1978.

15. Diadiou F :

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

16. Fernandez H, Djanhan Y, Papiernik E

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

17-Diarra O :

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du point G.

Thèse : med.2000 N 17 Bamako.

18- Diarra B.

Evaluation du système de référence évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de Juillet 2005 à juin 2006

Thèse med : Bamako, 2007. 67P ; 153

19. Diarra M.

Evacuation obstétricale au service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G a propos de 682 cas

Thèse de médecine Bamako 2008-07-30

20. Dougnon. F. (Epoque Ouologuem)

Contribution à l'étude des urgences gynécologique et obstétricale à la maternité de l'hôpital du Point G.

Thèse de médecine Bamako N°64 1989.

21. EDS M III.2001.

La mortalité maternelle en Afrique (2001).

22. Fall G

Problème posé par les parturientes évacuées dans un CSREF.

Recours d'Afrique sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996. Thèse Med Dakar ; 1996

23. Grall. F.

Présentation du sommet.

Enc. Med. Chir. Paris Obstétrique 1977 ; N° 6 : 5018, B10.

24. Guindo S. B : les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso.

Thèse de médecine Bamako 2008 95p

25. Keïta. N. et col

Rupture utérine à propos de 15 cas observés à Conakry.

J. Gyn - Obst. Biol. Rep. 1980, 1041.

26. Koné. F.

Contribution à l'étude du placenta prævia hémorragique à l'HGT (à propos de 56 cas)

Thèse med Bamako 1990 N ° 48.

27. Le Cannelier, R. Correa. P, Traissa. C. Djp

Contribution à propos de 55 ruptures utérines à la maternité africaine.
Bull Soc. Med Afrique noire. 1960 ; N°5 : 2 133.

28. Le Horrier. G. Solat. J.

Mécanisme général de l'accouchement.

Enc. Med. Paris Obst 1986 ; N° 1 : 5017 C 10.

29. 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.

30. Macalou B

Evacuation sanitaires obstétricales a l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.

Thèse de médecine Bamako 2002 N°142

31. Maguiraga M :

Etude sur la mortalité maternelle au Mali, causes et facteurs de risque au CSREF de la commune V. Thèse med. Bamako 2000 N110.

32. Magnin. G. Pierre. F. Ducroz. B. et Body. G.

La dystocie dynamique.

Enc. Med. Chir. (Paris Francs) obstétrique.

1989; N° 5: 5064. 13P.

33. Merger. Levy. J. Melchior. J.

Précis d'obstétrique.

5^e édition Masson paris 1989.

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

Cellule de planification et de statistique .EDS M 2001.

35. OMS

Rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque.
Prévenir la mort tragique de la mère.

Kenya février 1986 P 56.

36. OMS

La mortalité maternelle: Soustraire les femmes de l'engrenage fatale.
Chronique OMS, 1986,40(5) :193-202.

37. Panel. J. B de Meeus et col.

Utérus cicatriciel gros fœtus.

J. Gyn. Obst. Biol. Rep. 1981; N° 20 : 729.

38. Pehoua Pelena A. D.

Rupture utérine au cours du travail.

These med. R. 1980; N° 23.

39. Prual A:

Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest vers une maternité à
moindre risque ?

Santé publique 1999 ; volume11:2.

40. Renaud. R., Zahim J. B., Burgun P.

Les accidents périnataux évitables au cours de l'accouchement.

J. Gyn. Obst Biol. Rep. 1978; N° 7: 61 - 62.

41. Sangare I

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

42. Seve B. et Zaago J.

Présentation de l'épaule.

Enc. Med. Chir. (Paris) obstétrique 1980 ; N° 5028 A : 1011

43. SIDIBE M

Evacuations sanitaires obstétricales su CSREF de Bougouni

Etude prospective de 2005 à 2006 a propos de 329 cas

44. Tall F.S.

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la deuxième région.

These med 1980 Bamako, N° 15: 4.

45. Thiero. M.

Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'Hôpital Gabriel TOURE. (À propos de 160 cas).

Thèse de médecine. Bamako, Année 1992 - 1993.

46. Touré M. B.

Les hystérectomies de sauvetage et les ruptures utérines.

La formation des matrones rurales.

Afrique médicale 1975 ; N°14 (126) : 35 - 38.

47. Traoré A. F.

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE

Thèse med. Bamako 1989; N° 46.

48. Traoré H.

Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako.

Thèse med. Bamako 1976 N° 21

49. Welffens-E.C, Seni.K, Konan.B.

Urgence au quotidien.

Quelle stratégie de prise en charge des évacuations sanitaires obstétricales.

J.Gyn-obst. Biol.Rep.1981.N°: 40.

Fiche Signalétique

Titre: Evacuation obstétricales au centre de santé de référence de la Commune II (à propos de 244 cas)

Auteur : Mme Aïssata NIARE

Année : 2009

Ville de soutenance : Bamako **Pays d'origine :** Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS BP 1805 Bamako-Mali

Secteur d'intérêt : Gynéco - Obstétrique.

Résumé: Evacuation obstétricales au service de gynécologie – obstétrique du CSREF Commune II. C'est une étude rétrospective et prospective sur une période allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007. Les questions posées constituent un véritable problème de santé publique.

L'objectif principal était de contribuer à l'étude des évacuations.

Nous avons enregistré 244 évacuations obstétricales totalisant 6,8% des 3583 cas (93,2%) admissions obstétricales durant la période d'étude. Le moyen d'évacuation le plus souvent utilisé était le Taxi avec 43%.

Les adolescentes 15-19 ans étaient les plus représentées avec 34,8%. Les motifs généralement rencontrés se résument à la dystocie dynamique 17.62%, dystocie mécanique 12,7%, présentation vicieuse 12.3%, hémorragie 8.61%.

La césarienne a été privilégiée dans 24.18%, l'accouchement par voie basse de 75% des cas. Nous avons recensé 34 décès périnatal pour 210 naissances vivantes ; 0,8% de décès maternel dû essentiellement aux hémorragies.

Les femmes évacuées ont fait en moyenne 6 heures à 15 jours d'hospitalisation.

SERMENT D'HIPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE!