

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

**TITRE**

**Bilan des activités obstétricales au centre de santé  
de référence de la commune V du district de  
Bamako de 2018 à 2022 / Mali**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 23/12/2023 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Par : JEAN-PAUL COULIBALY**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**Président : Mr. Soumana Oumar Traoré**

**Maître de Conférences Agrégé**

**Directeur de thèse : Mr. Alassane Traoré**

**Maître de Conférences**

**Co-Directeur : Mr. Abdoulaye Sissoko**

**Maître Assistant**

**Membre : Mr. Saleck Doumbia**

**Médecin Gynécologue**

**Mme : Niagalé Sylla**

**Médecin Gynécologique**

**Dédicace :**

Oh mon Dieu !

Toi qui m'as donné la vie, toi qui as été pour moi un bouclier et mon protecteur.

Toi qui m'as donné la santé, toi qui as guidé mes pas.

Tu es pour moi un refuge et ma forteresse.

Oh mon Dieu !

Je te rends grâce pour tous tes bienfaits dans ma vie.

Tu as été avec moi du début à la fin, c'est pourquoi je te dis Merci.

Louange à toi créateur de l'univers l'omniscient et l'omniprésent, toi qui m'as permis de bien mener ce travail. Je dédie ce travail à mon Dieu, le fidèle compagnon.

**A mon père : Basile Coulibaly**

Cher père j'ai toujours cherché cette bonne occasion pour vous dire merci mais je pense que cette fois ci serait la meilleure.

Les mots me manquent pour vous dire combien de fois ce travail est le fruit de vos efforts, vos persévérances, vos rigueurs dans le travail, vos bénédictions et vos soutiens pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui. Reçois ici mes sincères remerciements et que Dieu te donne longue vie.

**A ma mère : Aline Kamaté**

Très chère mère, ma confidente vous qui êtes la source de ma vie, vous qui avez supporté mes caprices. Mère vous avez tout supporté et tout sacrifié pour notre éducation et notre bonheur.

Mère vous avez toujours cru en moi-même quand je traversais les périodes les plus sombres de ma vie et vous étiez là à travers les bénédictions, les conseils et ton amour. Je ne pourrais jamais vous rendre la monnaie mais je vous remercie très chère et tendre mère.

Que le Dieu tout puissant vous donne longue vie !

**A mon oncle : Feu Pobanou Coulibaly**

Oh mon oncle toi avec qui je me sentais comme avec un ami, à ta présence mais chagrin s'envolait !

Ce travail est le fruit de tes conseils, ton soutien et tes bénédictions.

Je ne t'oublierais jamais très cher oncle et ami. (DORS EN PAIX)

A mon oncle : Dr Emilien Diarra

Mon oncle votre personnage est l'incarnation de la sagesse, vous avez été une source inspiration, une lampe qui éclaire ma vie et un gouvernail qui dirige mes pensées.

Ce travail est le fruit de votre soutien, vos conseils et vos encouragements.

Que Dieu nous vient en aide dans l'exercice de la Médecine.

A mes frères et sœurs :

Chers frères et sœurs, ça toujours été une bénédiction divine pour moi d'être membre de la même famille que vous. Nous avons toujours su régler nos petites différences et se soutenir mutuellement. C'est l'occasion aussi de remercier mon frère jumeau Jean Pierre toi qui a accepté de rester près des parents afin de veiller sur eux, merci du fond du cœur pour tout.

Ce travail est le fruit de vos efforts collectifs.

## **Remerciements**

**A la famille SIA** : un grand merci à la famille Sia mon logeur depuis Koula, vous avez été un grand soutien pour moi. Merci pour l'hospitalité, les encouragements. Que dieu vous le rende en centuples.

A la famille de **Hama Ouologuem** du Point G : merci infiniment pour tous vos bienfaits pendant mon séjour au Point G.

**A la famille de feu Zie David Sogoba et Maman Ruth Koné** de Koulouba.

Vous avez été pour nous un père et une mère et vous avez veillé sur nous.

Ce travail est le fruit de vos prières et vos bénédictions. Merci infiniment pour tout.

**A tous les fidèles de l'église Koulouba :**

Merci pour vos prières, votre hospitalité et vos soutiens.

Aux personnels du centre de santé de référence de la commune V

Particulièrement à mes chers **maitre Dr Oumar M Traoré chef de service, Pr Soumana Oumar Traoré, Dr Saoudatou Tall, Dr Saleck Doumbia, Dr Niagalé Sylla, Dr Diakité Nouhoum, Dr Mamadou Traoré**, merci pour l'effort, les conseils et les enseignements que nous avons reçus de vous.

Aux sages femmes et particulièrement à la Sage-femme maîtresse.

A tous les internes et les externes du Centre de santé de référence de la commune V.

A mes amis

**Abraham Poudiogo, Philippe Coulibaly, Yaya Diarra et Aichata Niagaté**, vous avez été un Soutien inébranlable pour moi tout au long de mes études. Merci infiniment

### **Hommages aux membres du jury**

#### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Professeur Soumana Oumar TRAORE**

- **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

Cher Maître,

La spontanéité et l'amour de la profession avec lesquelles vous avez accepté de présider ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué. Votre sagesse, votre facilité de transmettre vos qualités d'homme de science qui n'ont d'égale que votre personnalité fait de vous l'idole de tous. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury malgré vos multiples sollicitations. Cher Maître, nous vous souhaitons encore du temps pour que nous puissions encore bénéficier de vos expériences. Que l'Eternel vous donne longue et heureuse vie !

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Alassane TRAORE**

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien,**
- ✓ **Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali,**
- ✓ **Maître de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie**
- ✓ **Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali**
- ✓ **Membre de la Société malienne de gynécologie-obstétrique (SOMAGO)**

Cher Maître,

C'est un privilège et un grand honneur que vous m'avez fait en me confiant ce travail. Nous avons été marqués par vos qualités de formateur, de chercheur et d'homme de science durant tout ce travail.

Cher maître, nous ne saurons jamais trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance. Soyez rassuré de notre très sincère et profonde gratitude. Qu'Allah vous donne une santé de fer et vous garde longtemps à nos côtés afin que nous profitons de vous.

## **À notre maître et Co-Directeur**

### **Docteur Abdoulaye Sissoko**

- **Maitre-Assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS.**
- **Chef de service Gynéco-Obstétrique de la clinique périnatale Mohammed VI.**
- **Membre de la société Malienne de**
- **Médecine Militaire.**
- **Médecin militaire.**
- **Ancien interne des hôpitaux.**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO).**
- **Capitaine des Forces Armées du Mali.**

Cher Maître,

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire.

Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

## **A notre Maître et juge**

### **Docteur Saleck DOUMBIA**

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au centre de santé de référence de la commune V (CSREF CV)**
- **Détenteur d'un DU (diplôme universitaire) en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'institut Africaine de Santé Publique ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en sénologie a la FMOS.**

Cher Maître, vous nous faites l'honneur d'être parmi nos juges.

Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que vous nous avez apportée à l'élaboration de ce travail. Vos qualités humaines et professionnelles qui font de vous un grand maître.

Veillez accepter, cher Maître, l'expression de mon profond respect et ma grande considération. Que Dieu vous donne une longue vie.



**A notre Maître et juge**

**Docteur Niagalé Sylla :**

- **Gynécologue-Obstétricien.**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV.**
- **Membre de la SOMAGO.**

Cher maître,

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre disponibilité et votre sens social élevé sont des qualités en vous qui nous ont beaucoup séduits.

Cher Maître vous nous avez cultivé l'esprit d'équipe. Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement.

Cher Maître l'éternel s'aura vous remercier. Acceptez cher maître notre sincère reconnaissance

### **Liste des abréviations**

**CSREF CV** : Centre de santé de référence de la commune V

**PDDSS** : Plan décennal de développement sanitaire social

**PRODESS I** : Programme de développement sociaux sanitaire I

**PRODESS II** : Programme de développement sociaux sanitaire II

**CSCR** : Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté

**CPN** : Consultation prénatale

**SP** : Sulfadoxine / Pyriméthamine

**TD** : Tétanos et Diphtérie

**TD<sub>r</sub>** : Tétanos et Diphtérie rappel

**HTA** : Hypertension artérielle

**GATPA** : Gestion active de la troisième période d'accouchement

**CHU** : Centre hospitalier universitaire.

**MAMA** : Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée

**DIU** : Dispositif intra utérin.

**ARV** : Antirétroviraux

**CSCOM** : Centre de santé communautaire.

**USAC** : Unité de soins et d'accompagnement

**SLIS** : Système local d'information sanitaire

**BGR** : Bassin généralement rétréci

**CNTS** : Centre national de transfusion sanguin

## Table des matières

<b>1. Introduction :</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Généralités :</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Méthodologie</b> .....	<b>14</b>
<b>4. Résultats</b> .....	<b>22</b>
<b>5. Discussion et commentaire</b> .....	<b>36</b>
<b>6. Conclusion</b> .....	<b>40</b>
<b>7. Recommandations :</b> .....	<b>41</b>
<b>8. Annexes</b> .....	<b>44</b>
<b>9. Références :</b> .....	<b>43</b>

**Liste des figures**

<b>Figure 1:</b> Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako .....	15
<b>Figure 2:</b> Répartition des patientes vues en CPN selon l'année. ....	23
<b>Figure 3:</b> Répartition des patientes ayant réalisées les CPN effectives. ....	23
<b>Figure 4:</b> Répartition des patientes selon les prises de la sulfadoxine et pyriméthamine. ....	24
<b>Figure 5:</b> Répartition des patientes ayant reçu les vaccins antitétaniques et antidiphthériques. ....	24
<b>Figure 6:</b> Répartition des patientes selon la prise de supplémentation en fer acide folique . ....	25
<b>Figure 7:</b> Répartition des patientes selon la voie d'accouchement .....	26
<b>Figure 8:</b> Répartition des patientes selon le nombre d'évacuations .....	31

**Liste des tableaux**

<b>Tableau I:</b> Répartition des patientes selon le motif de consultations .....	22
<b>Tableau II:</b> Répartition des patientes selon l'année d'activités .....	22
<b>Tableau III :</b> Répartition des patientes selon le lieu d'accouchements .....	25
<b>Tableau IV :</b> Répartition des patientes selon la voie basse opératoire .....	26
<b>Tableau V :</b> Répartition des patientes selon les activités chirurgicales .....	27
<b>Tableau VI :</b> Répartition des patientes selon le motif d'urgences obstétricales	27
<b>Tableau VII :</b> Répartition des patientes selon les indications de césarienne.....	28
<b>Tableau VIII :</b> Répartition des patientes selon le nombre de nouveau-nés.....	28
<b>Tableau IX :</b> Le nombre de fœtus selon le type de grossesse.....	29
<b>Tableau X :</b> Répartition des patientes selon le nombre de nouveau-nés réanimés .....	29
<b>Tableau XI :</b> Répartition des patientes selon le nombre de petits poids de naissance.....	30
<b>Tableau XII :</b> Répartition des patientes selon le type de complications obstétricales rencontrées dans le service.....	30
<b>Tableau XIII :</b> Répartition des patientes ayant été transfusées et contexte .....	31
<b>Tableau XIV :</b> Répartition des patientes selon les évacuations néonatales .....	32
<b>Tableau XV :</b> Nombre de décès maternels.....	32
<b>Tableau XVI :</b> Nombre de décès périnataux.....	33
<b>Tableau XVII :</b> Répartitions des patientes ayant reçu counseling PTME .....	33
<b>Tableau XVIII :</b> Répartition des patientes ayant reçu test PTME.....	34
<b>Tableau XIX :</b> Répartition des patientes dépistées séropositives .....	34
<b>Tableau XX :</b> Répartition des patientes dépistées positives ayant accouché au service et nouveau-nés ayant reçus ARV .....	35
<b>Tableau XXI :</b> Répartition des patientes selon le type de méthodes de contraception. ....	35

## 1. **Introduction :**

Le centre de sante de référence de la commune V (CSREF CV) est le second niveau d'accès aux soins socio sanitaire dans le district de Bamako selon la classification structurale de la pyramide sanitaire du Mali.

Malgré la présence de plusieurs services et unités de santé ,le service de gynéco obstétrique occupe en elle seul la plus grande partie des activités du centre de santé et classe parmi les premiers en termes d'accouchement avec un effectif annuel de plus 9000 quel que soit la fois d'accouchement dans le district de Bamako.

Les activités obstétricales représentent la plus grande partie des consultations dans le service de la gynéco obstétrique et beaucoup plus centré sur les consultations prénatales, les complications obstétricales pendant la grossesse et dans le post partum ,les accouchements quelques soit la voie d'accouchement ,la prise en charge du nouveau-né ,la prévention de la transmission mère enfant, les urgences obstétricales et leurs prises en charges ,les counseling et la mise à la disposition des femmes des méthode de contraceptions .Cependant toutes ses activités doivent être menés dans l'art de la médecine et selon les normes et les nouvelles recommandations nationales et internationales pour le bien-être de la population. Evaluer l'évolution des principaux activités obstétricales afin d'examiner les capacités d'accueils au niveau du service, exprimer les besoins et améliorer la prise en charges des patientes d'où l'intérêt de notre cette étude dans le service de la gynéco-obstétrique de la commune V du district de Bamako.

1) **Objectifs :**

1.1.1. **L'objectif principal :**

Evaluer le bilan des activités obstétricales de l'année 2018 à 2022

1.1.2. **Les objectifs spécifiques :**

Décrire l'évolution des CPN effectifs et les types de prophylaxies au cours de la période d'étude.

Décrire les types complications obstétricales rencontrées dans le service.

Décrire l'évolution de la transfusion des produits sanguins.

Décrire l'évolution de la mortalité maternelle et périnatale au cours de la période d'étude.

Décrire les activités spécifiques de l'unité de prévention de la transmission mère enfant.

Décrire l'évolution des méthodes de contraception dans l'unité de planification familiale.

## **2. Généralités :**

### **1) Définition**

#### **2.1.1. Bilan des activités :**

Est un compte rendu écrit d'une période précise qui reprend les chiffres, les stratégies et les objectifs.

#### **2.1.2. Obstétrique :**

C'est une spécialité médico-chirurgicale qui a pour objet l'étude et la prise en charge de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

### **2) Histoire :**

L'obstétrique comme dans la plupart des domaines de la médecine a bénéficié en 50 ans d'un bouleversement extraordinaire de l'approche diagnostique et thérapeutique. À l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, tout médecin doit dépasser le stade du clinicien accompli pour s'adapter à une technologie de plus en plus envahissante et tenir compte des implications sociales et économiques qui régissent la pratique de l'art médical. La surveillance de la grossesse et de l'accouchement, le mode d'accouchement, l'accueil du bébé, quasi-totalité a changé en 50 ans. Dans les années 50, l'obstétricien disposait de ses mains (manœuvres de Léopold et toucher vaginal I), d'un mètre ruban, d'un stéthoscope de Pinard et de son expérience pour essayer de mener au mieux une grossesse. Pour faire le diagnostic biologique de grossesse, il fallait sacrifier soit une souris impubère, soit une lapine, pour reconnaître une réaction ovarienne, ou bien provoquer chez le crapaud ou la grenouille mâle une réaction de production de spermatozoïdes en leur injectant soit de l'urine ou du sang de la femme présumée enceinte ; un laboratoire de gynécologie avait ses propres réserves d'animaux. Ce n'est qu'après 1960, qu'on eut recours aux tests immunologiques, d'abord sur les urines, puis plus tard à la radio-immunologie sur le plasma sanguin. Tout était basé sur l'expérience



clinique et la technologie était réduite à sa plus simple expression. Mettre un enfant au monde se passait dans la douleur ; les salles de travail et d'accouchement résonnaient des cris parfois insupportables émis au rythme des contractions par des patientes affolées et stressées. L'expulsion de l'enfant était souvent forcée par l'écrasement du fond utérin par les deux mains d'une matrone accoucheuse qui y mettait tout son cœur, toute son énergie et souvent tout son poids. À sa naissance, l'enfant était tenu par les pieds, tête en bas, puis enlevé au regard de sa mère pour qu'on puisse lui administrer les premiers soins et le revêtir de son premier vêtement. La mortalité maternelle avait déjà été fort réduite par rapport à ce qu'elle était au XIXe et au début du XXe siècle. Mais la mortalité périnatale était encore fort élevée, au-delà de 3 % en 1950, dans la plupart des pays du monde occidental [Le taux de césarienne se situait entre 3 et 5 % des accouchements].

Le forceps, instrument lié par excellence à l'image de l'obstétricien, a toujours été utilisé de façon préférentielle à la ventouse par l'école louvaniste ; mais, avec le temps, les indications ont changé ; l'application au détroit supérieur a été abandonnée car grevée de trop de complications graves pour le fœtus. Puis avec le temps, la technologie a pris le pas. Citons une surveillance prénatale beaucoup plus élaborée sur le plan de la recherche des maladies infectieuses et des autres pathologies médicales, la recherche des malformations fœtales et la surveillance de la croissance fœtale par l'échographie (l'échographie tridimensionnelle trouvera sa place vers la fin des années 90), le dépistage de la souffrance fœtale par le monitoring (cardiotocographe), l'amnioscopie, l'amniocentèse pour le diagnostic de certaines maladies chromosomiques ou métaboliques, les prélèvements au scalp, l'oxymétrie, une analgésie obstétricale qui a connu plusieurs étapes de développement. En 1950 c'était l'anesthésie à la reine avec un masque de chloroforme ou d'éther ou de trillée, puis l'ère de la dolantine, puis dès le début des années 70 l'ère de la péridurale. À Louvain, les premières analgésies péridurales eurent lieu en 1972 grâce à la collaboration du Pr B. Gribaumont du service d'anesthésie : elles se faisaient d'abord trois fois par

semaine, le travail étant obligatoirement induit puis progressivement les équipes d'anesthésie s'organisèrent pour offrir cette technique irremplaçable d'accouchement 24 h sur 24, et ainsi réduire le risque d'induction intempestive. Les conférences d'information du public sur l'évolution de la grossesse, les diverses techniques de préparation à l'accouchement, l'accueil du nouveau-né axé sur plus de douceur et plus de participation parentale, ont été autant d'éléments positifs qui ont rendu les salles d'accouchements et toute l'ambiance y afférente beaucoup plus sereines. Par ailleurs, une véritable entité mère-enfant s'est développée au fil des ans, obstétriciens et pédiatres réunis collaborant de plus en plus aux décisions anténatales et à l'accueil psychologique et médical vis-à-vis de la personne du nouveau-né. Mais toute cette technicité a d'une part ouvert un marché difficile à suivre sur le plan économique et d'autre part donna l'illusion que tout nouveau-né ne pouvait qu'être parfait à la naissance et que toute complication maternelle ou périnatale ne pouvait être imputée qu'à l'erreur médicale ; d'où la recrudescence dès les années 80 des poursuites médico-légales particulièrement fréquentes à charge des gynécologues obstétriciens. Ceci a entraîné des réactions de prudence et de défense de la part des médecins et a fait monter le taux de césariennes vers des sommets qui en l'an 2000 atteignaient 20 à 25 %. Le taux de césarienne a presque triplé en un quart de siècle, passant de 6,7% en 1990 à 19,1% en 2014. Cette hausse n'améliore pas le pronostique maternelle et périnatale. [5]

### **2.2.1. Consultation prénatale :**

C'est un examen médical qui suit la santé de la femme enceinte et le fœtus pendant la grossesse afin de détecter une éventuelle complication ou une affection grave du fœtus.

#### **2.2.1.1. Les objectifs de la CPN :**

- Faire le diagnostic de la grossesse
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère
- Surveiller le développement du fœtus
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse
- Préparer l'accouchement en faire le diagnostic
- Faire le pronostic de l'accouchement
- Eduquer et informer les mères.

#### **2.2.1.2. Calendrier de CPN :**

Les normes et procédure recommandent au moins 4 CPN

- 1ère CPN avant 3ème mois (pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risque)
- 2e CPN vers les 6<sup>ème</sup>s mois
- 3e CPN vers le 8<sup>ème</sup> mois (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse)
- 4e CPN vers le 9<sup>ème</sup> mois (pour faire le pronostic de l'accouchement)

### **2.2.1.3. Soins préventifs au cours de la grossesse :**

Prescrire les soins Préventifs :

- Vacciner la femme contre le tétanos
- Prescrire la sulfadoxine Pyriméthamine (SP) : La dose recommandée dans le traitement préventif lors de la CPN est de 3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, au moins 3 prises au cours de la grossesse ;
- Prescrire le fer acide folique.

### **2.2.1.4. Complication maternelle et prise en charges :**

#### **a) Pathologies obstétricales du premier trimestre :**

##### **-L'avortement spontané :**

Est l'élimination spontanée d'un fœtus avant la fin du 6ème mois. Il est en général un avortement facile peu douloureux, peu hémorragique, donnant rarement lieu à des complications infectieuses. L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur à 22 SA à partir du premier jour des dernières règles. Dans les menaces d'avortement, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale. Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection depuis l'avènement de l'échographie.

##### **-La Môle :**

Le trophoblaste fœtal est un tissu à moitié étrange à la mère qui semble pouvoir se conduire vis-à-vis d'elle comme une tumeur surtout dans l'Est Asiatique et l'Afrique central où les tumeurs du trophoblaste sont 5 à 10 fois plus fréquentes qu'en Europe et en Amérique. La môle (autrefois appelée hydatiforme ou vésiculaire) est un œuf pathologique, caractérisé outre son aspect macroscopique de villosités kystiques, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales.

L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif. L'œuf molaire est constitué macroscopiquement de villosités kystiques dont la confluence rappelle la grappe de raisin ou le frai de grenouille. La môle peut exister sur un placenta au terme d'une grossesse de 9 mois avec fœtus normal (d'où la nécessité d'examiner soigneusement la totalité du placenta après la délivrance). Elle peut aussi ne pas s'accompagner de développement fœtal.

### **-La grossesse Extra-utérine: (GEU)**

Elle est caractérisée par la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine, la grossesse ectopique est habituellement à l'origine d'accidents hémorragiques qui aboutissent d'une part à l'interruption de la grossesse, d'autre part à des risques parfois vitaux pour la femme. Ainsi elle doit être considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi. Son diagnostic clinique est quelque fois très difficile. Dans les formes aiguës l'échographie peut être faite en urgence et constitue à ce jour l'un des meilleurs examens complémentaires.

### **b) Les pathologies obstétricales**

L'hypertension artérielle et la grossesse :

L'HTA gravidique se caractérise par des chiffres tensionnels supérieurs ou égal à 140 mm Hg pour la systolique et/ou 90 mm d'Hg pour la diastolique prise en décubitus latérale gauche et après au moins 5 mn de repos. Ces chiffres doivent être retrouvés à 2 consultations différentes. Selon la classification du Collège Américain de Gynécologie Obstétrique nous avons quatre types d'hypertension artérielle au cours de la grossesse.

- La pré éclampsie ;
- L'hypertension artérielle chronique ;

- La pré éclampsie sur ajoutée ;
- L'hypertension artérielle gestationnelle ;

La prééclampsie se caractérise par une augmentation de la pression artérielle, l'apparition d'une protéinurie au cours de la 2ème moitié de la grossesse chez une primipare sans antécédent d'HTA, certains cas restent bénins tandis que d'autres peuvent s'aggraver. Parmi les signes de gravité figurent : les troubles visuels, les céphalées, une protéinurie massive, les vomissements, la douleur épigastrique en barre, l'oligurie etc. Le pré éclampsie courante chez les primipares, est plus rare chez les multipares, sauf si la femme présente une certaine prédisposition (obésité ; antécédent de diabète sucré ou d'HTA chronique, grossesse multiple). Elle est plus fréquente chez les femmes très jeunes et celles qui ont plus de 35 ans. L'étiologie de cette affection n'est toujours pas connue. Son traitement consiste à soulager les signes fonctionnels et à interrompre la grossesse dès que le fœtus est considéré comme viable ou lorsque le pronostic maternel est en jeu. Le repos au lit et les traitements par les antihypertenseurs sont également indiqués. L'éclampsie qui constitue une complication de la maladie se manifeste par des crises convulsives. En l'absence de traitement, la patiente peut mourir d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique ou d'hémorragie cérébrale, de complications respiratoires [4]

### **-Les dystocies :**

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quel que soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées en :

- La dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine.
- La dystocie mécanique en relation avec un rétrécissement de la filière pelvienne, un obstacle prævia ou anomalie des parties molles. Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle.

## **1. La disproportion Foteo pelvienne :**

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios. [Selon Delacour M] à défaut d'échographie une hauteur utérine supérieur à 36 cm, un périmètre ombilical à 106 cm correspond dans 95 % des cas à des enfants de plus de 4 000 g. La disproportion Foteo pelvienne est une indication de césarienne.

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

### **-Les présentations dystociques :**

La présentation du sommet est la plus eutocique. Celles dystociques sont représentées par :

- La présentation du siège : elle représente un trouble de l'accommodation du contenu (le fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie ce qui explique [le taux élevé des césariennes 11 à 12 % selon Delacour M. 18 % au Centre Foch]. 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 fœtal est incertain.
- La présentation de la face : C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a un risque celui de la rotation des variétés postérieures en mento-sacrées.

- La présentation du front : C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours d'une césarienne. Le seul traitement convenable est la césarienne.
- La présentation transversale ou présentation de l'épaule : 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 la césarienne.

### **-Dystocies d'origine maternelle :**

La dystocie dynamique : La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Exemple : l'agglutination du col, le syndrome de Shekel.

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 inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.
- D'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie. Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être diagnostiquées 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 évitées.

### **-L'hématome retro-placentaire : H R P**

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser. La cause de l'hématome retro-placentaire n'est pas connue avec précision. Classiquement considérée comme une complication de la toxémie



gravidique, en fait la diminution de la fréquence de la toxémie gravidique ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'H R P et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'H R P.

### **-Le placenta prævia hémorragique : PP**

C'est l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue pendant la grossesse caduque ou déciduale. Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables.

Anatomiquement nous avons trois variétés de P.P :

\* la variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.

\* la variété marginale : il arrive au bord supérieur du canal cervical.

\* la variété centrale : il recouvre l'orifice cervical. Pendant le travail, nous en distinguons deux types

: \* la variété non recouvrant : dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.

\* la variété recouvrant dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col. L'échographie obstétricale permet le diagnostic et précise la localisation placentaire. Dans la variété non recouvrant, la rupture de la poche des eaux entraîne en général l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à la dilatation complète. Le cas du placenta central est particulier : il donne des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col. Ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive.

Les hémorragies du post partum immédiat :

Les hémorragies de la délivrance sont une perte du sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les

24heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général. Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces patientes doivent bénéficier de soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec service de réanimation.

#### **2.2.1.5. La césarienne :**

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgical de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assuré. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les indications de la césarienne : Nous avons les complications hypertensives, l'hématome retro placentaire, placenta prævia, dystocie, présentation anormales (front, transversale, face). Souffrance fœtale, Antécédant de césariennes, Autres. (Macrosomie, BGR, RPM, procidence du cordon, sauvetage maternelle...)

### **3. Méthodologie**

#### **1) Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée au service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de santé de référence de la commune V de district de Bamako.

#### **3.1.1. Aspects géographiques :**

##### **3.1.1.1. Présentation générale de la commune V :**

La commune V fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
  - la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et
  - la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales ;
- construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux dont ceux de la commune V.

##### **3.1.2. Données socio – démographique :**

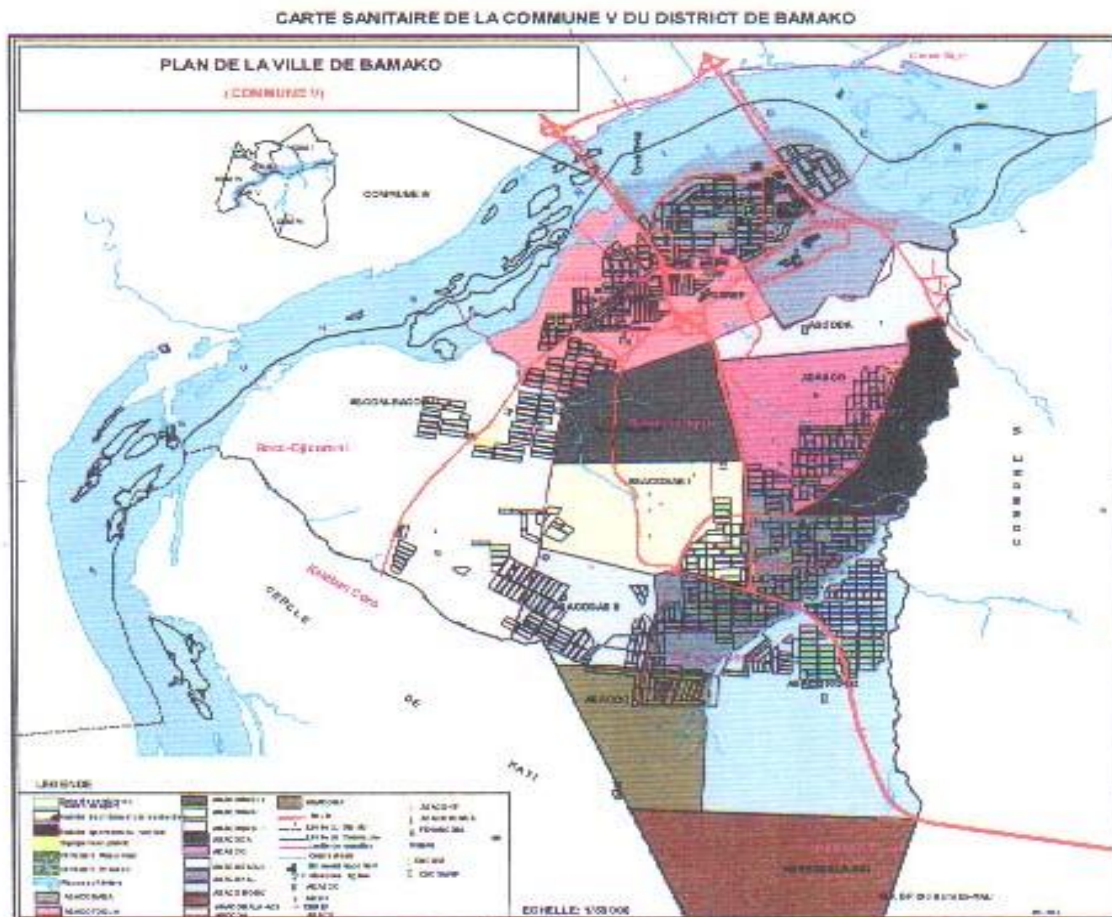
La Commune V couvre une superficie de **41,59** km<sup>2</sup> (EDS III DNSI 98) pour une population de 523.748 habitants en 2016 dont 272 349 femmes (52% de la population totale) et 251 399 hommes (48% de la population totale), avec un taux d'accroissement de **5,1** (DNSI, 1998). La densité de la population est de **11 204** habitants au Km<sup>2</sup>.

Située sur la rive droite du fleuve Niger, elle est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-ouest Kalaban-Coro (Kati), à l'Est par la commune VI. Les

ethnies dominantes sont les Bambaras, les Soninkés et les Peulhs. Elle représente **2,26%** de la population du Mali et **18%** de celle du district de Bamako. Le quartier le plus peuplé est Baco-djicoroni avec **43 889** habitants et le moins peuplé est la SEMA II secteur considéré comme quartier avec **47 137** habitants en 2016. Les quartiers sont dirigés par les chefs de quartier regroupés au sein d'une coordination avec à sa tête un coordinateur.

La commune V est constitué de huit quartiers qui sont :

Badalabougou, Daoudabougou, Kalaban-coura, Torokorobougou, Sabalibougou, Quartier-Mali, Bacodjicoroni, Sema I.



**Figure 1:** Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako

### **3.1.3. Centre de santé de référence de la commune V**

#### **3.1.3.1. Historique**

Le centre de santé (service socio sanitaire) de la Commune a été construit en 1982 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (PDSC), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 14 aires de santé (14 CSCOM) sur les 14 aires de santé, 9 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par l'International Multidisciplinary Change Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales

#### **3.1.3.2. Buts et missions**

Le centre de santé de référence de la Commune V à l'instar des centres de santé de référence de cercle est un établissement public de soins ayant pour mission de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé du gouvernement du Mali.

A ce titre, il est chargé de :

- assurer la prévention, le diagnostic, et la prise en charge des maladies courantes
- assurer la prise en charge des maladies et la protection du couple mères Enfants,
- assurer la prise en charge des urgences et les cas référés ou évacués des centres de santé communautaires,

- assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé,
- conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé.

### **3.1.3.3. Liste des services du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako**

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto-Stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;
- 6- Service de Comptabilité ;
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- 8- Service de l'USAC ;
- 9- Service de Chirurgie ;
- 10- Service d'Anesthésie-Réanimation

### **3.1.3.4. Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako**

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3 Unité Imagerie Médicale ;
- 4 Unité Médecine Générale ;
- 5 Unité Pharmacie ;
- 6 Unité Laboratoire ;
- 7 Unité Ressources Humaines ;
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9 Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10 Unité Néonatalogie ;

- 11 Unité Pédiatrie Générale ;
- 12 Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13 Unité Tuberculose ;
- 14 Unité Lèpre ;
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17 Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18 Unité Nutrition ;
- 19 Unité Suite de Couches ;
- 20 Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21 Unité Gynécologie ;
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23 Unité Ophtalmologie ;
- 24 Unité Odontostomatologie ;
- 25 Unité Planification Familiale (PF).
- 26 Unité de réanimation
- 27 Unité Urologie

### **3.1.3.5. Le Personnel du service de Gynécologie-Obstétrique :**

Il est composé de :

- Six médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- Des sage-femmes ;

- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

### **3.1.3.6. Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sage-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues-Obstétriciens. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré du lundi au samedi par deux sage-femmes et des infirmières aux nombres de trois ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur Vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours ouvrables à partir de huit heures quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le Chef de Service ou par un médecin Gynécologue-Obstétricien ou par un médecin en spécialisation.



Les ambulances assurent la liaison entre le Centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G, Kati, CHU Mère-Enfant le Luxembourg, Hôpital du Mali et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

## **2) Type et Période d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive.

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Décembre 2022 au 30 Novembre 2023 soit une période de 12 Mois

### **3.2.1. Population d'étude :**

La population d'étude était constituée de toutes les patientes ayants consultées dans le service pour des motifs obstétricaux au cours des 5 dernières années.

### **3.2.2. Echantillonnage :**

#### **▪ Critère d'inclusion :**

- ✓ Toutes les patientes ayants consultées dans le service pour des motifs obstétricaux pendant la période d'étude.
- ✓ Tous les dossiers obstétricaux complets ou les patientes enregistrées dans les registres du service.

#### **▪ Critère de non inclusion ;**

- ✓ Les patientes ayant consultées avant ou après la période d'étude.
- ✓ Toutes les patientes ayants consultées dans le service pour des motifs non obstétricaux pendant la période d'étude.
- ✓ Tous les dossiers obstétricaux incomplets ou les patientes non enregistrées dans les registres du service.

### **3.2.3. Collecte des données :**

- **Registres de référence /évacuations.**
- **Données informatiques de l'unité SLIS ;**
- **Les données des Sages-femmes maitresse.**
- **Registres unité SAA.**
- **Registres Unité CPN.**
- **Registres Unité PTME.**
- **Registres d'accouchement.**
- **Registre planification familiale.**

### **3.2.4. Taille de l'échantillon :**

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion cités ci-dessus.

Au total 136804 cas ont été retenus au cours de notre étude.

### **3.2.5. Traitement et analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 21. Les résultats ont été présentés sous forme tableaux et figures. Certaines variables ont été catégorisées et analysés comme telle. Pour les variables quantitatives la fréquence et les pourcentages ont été calculés.

#### 4. Résultats

##### A-Aspects cliniques des activités obstétricales dans le service

**Tableau I:** Répartition des patientes selon le motif de consultations

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
CPN	43716	32%
Complications obstétricales	6412	5%
Accouchement	50079	37%
PTME	20005	15%
Planning familial	16592	12%
<b>Total</b>	<b>136804</b>	<b>100%</b>

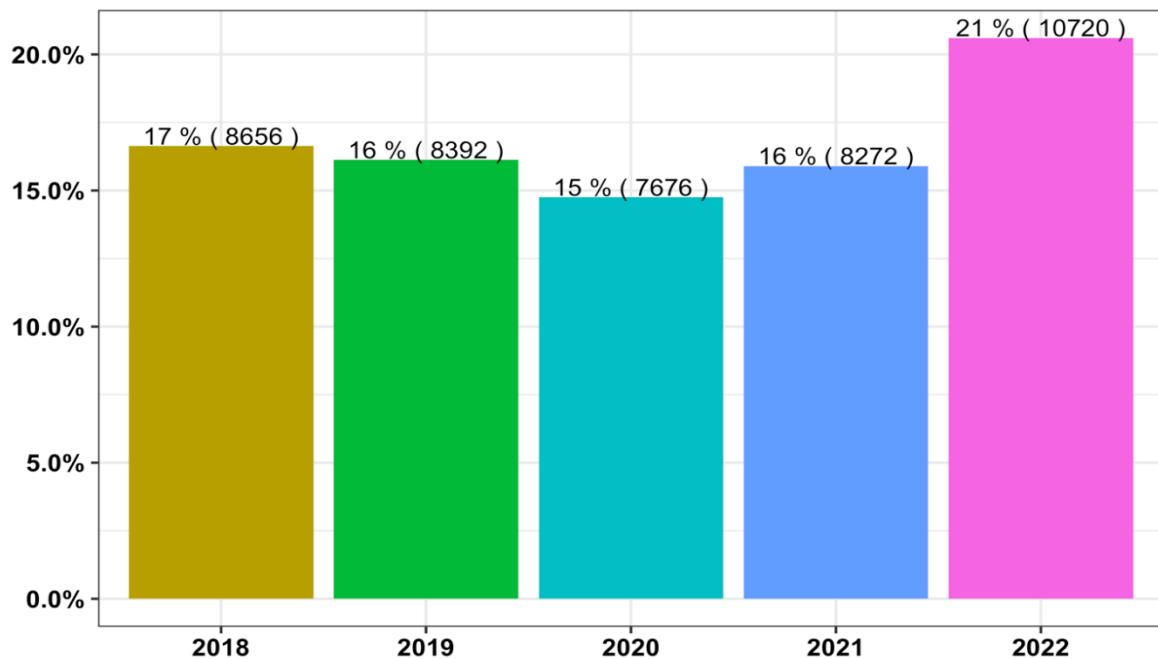
**L'accouchement était la plus dominante avec 50079 dont 37%**

**Tableau II:** Répartition des patientes selon l'année d'activités

<b>Année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
2018	28511	21%
2019	27071	20%
2020	25098	18%
2021	27610	20%
2022	28514	21%
<b>Total</b>	<b>136804</b>	<b>100%</b>

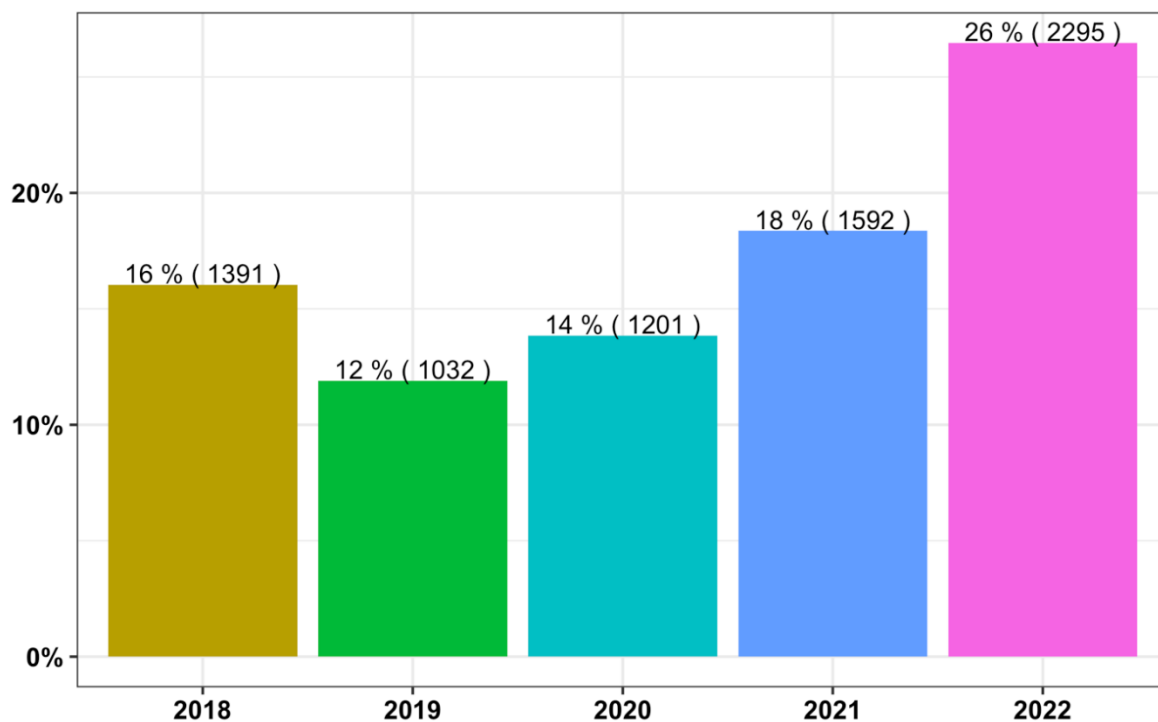
En 2022le service a enregistré le plus élevé d'effectif ; soit 28514

**\* Consultations prénatales :**



**Figure 2:** Répartition des patientes vues en CPN selon l'année.

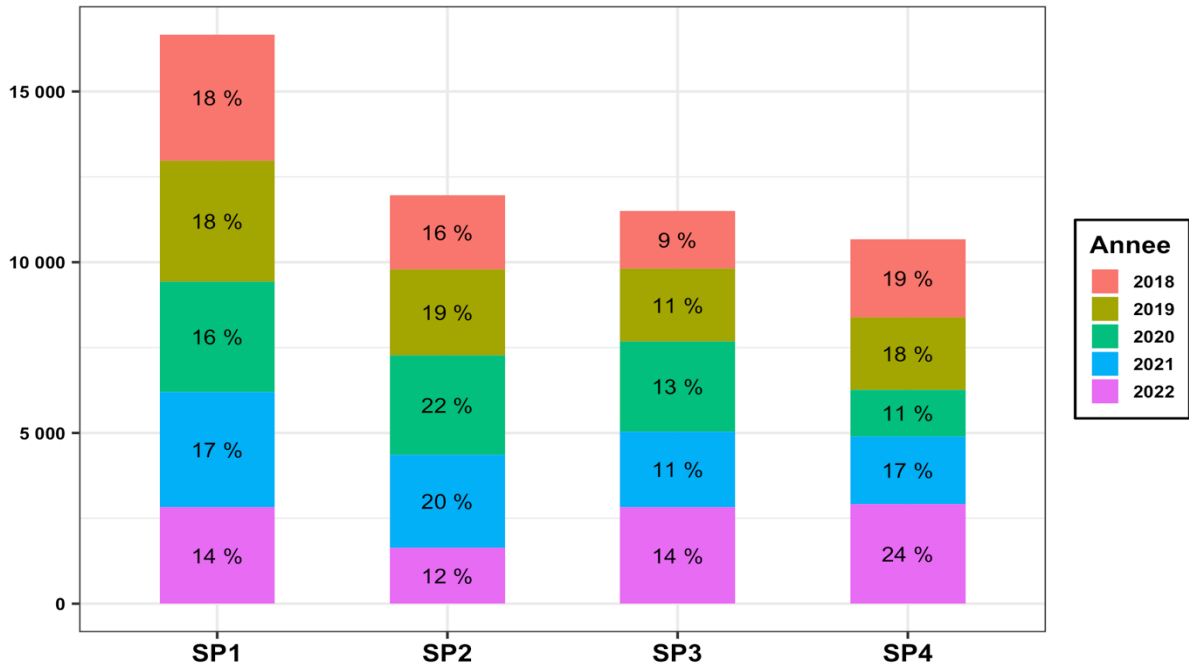
L'effectif total des femmes vues en CPN était majoritaire 2022 avec 22%.



**Figure 3:** Répartition des patientes ayant réalisées les CPN effectives.

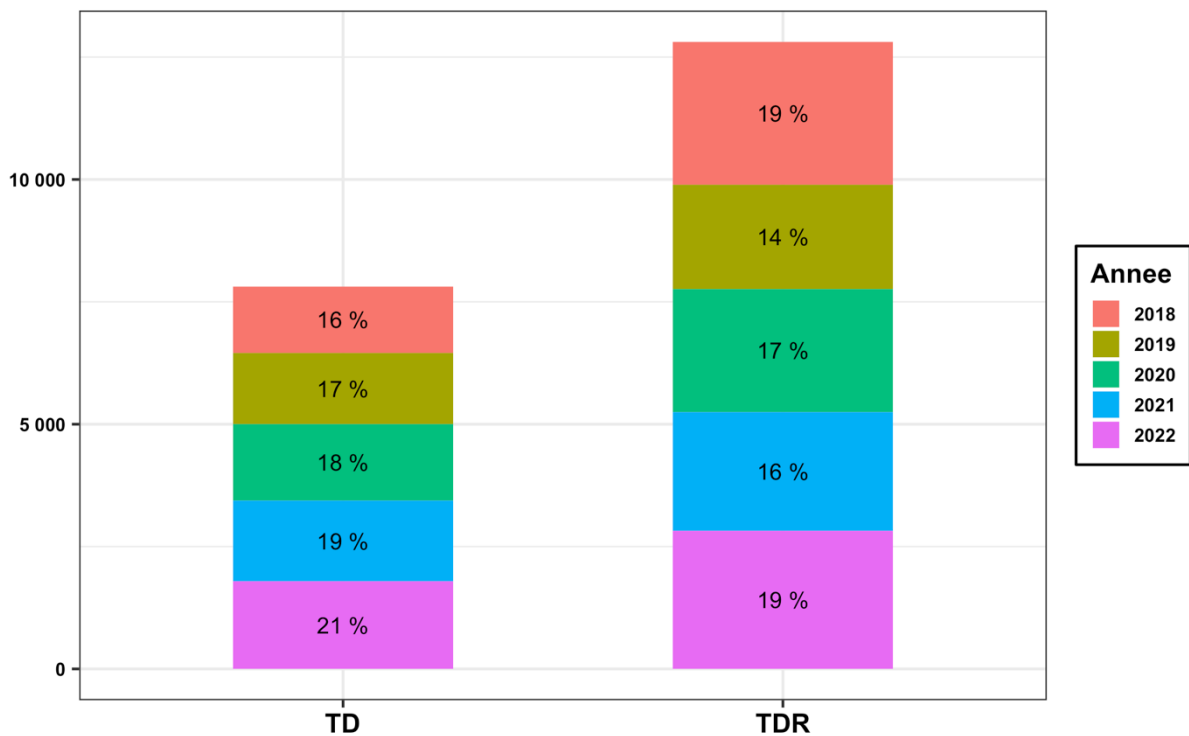
L'effectif total des femmes ayant réalisées des CPN effectives était majoritaire en 2022 avec 26%.

Bilan des activités obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 2018 à 2022 / Mali



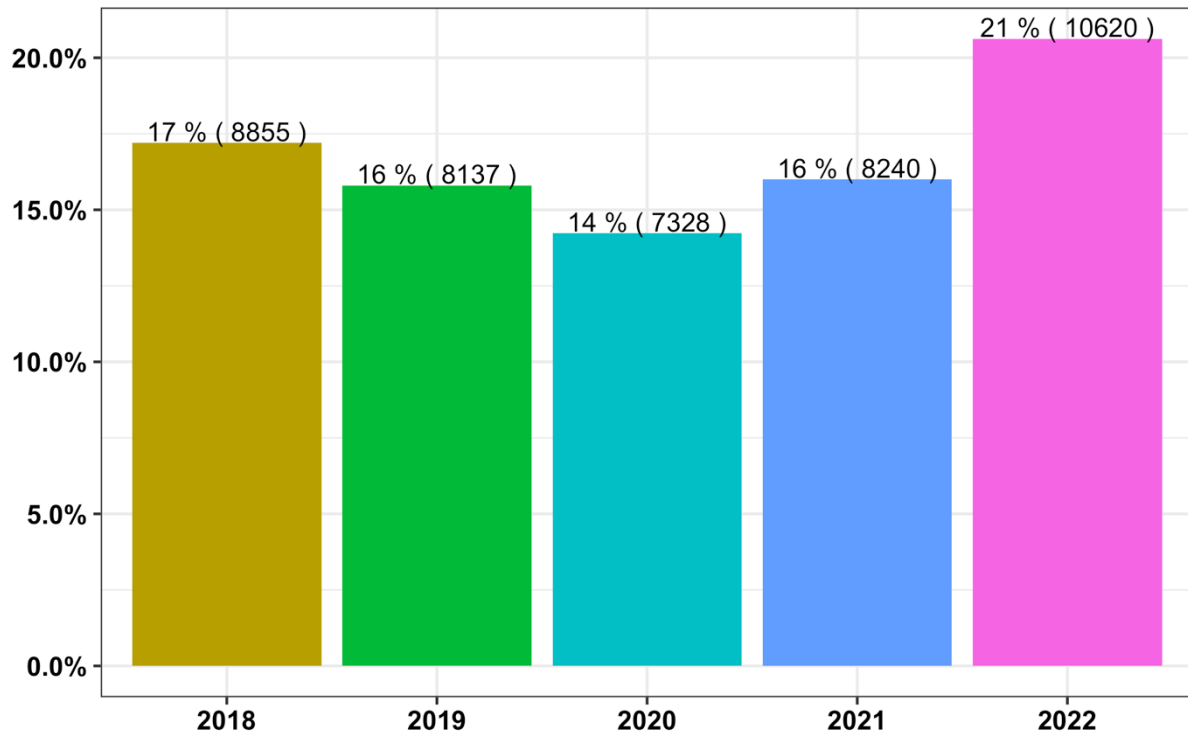
**Figure 4:** Répartition des patientes selon les prises de la sulfadoxine et pyriméthamine.

SP1 était la plus représentée avec un effectif total de 16667



**Figure 5:** Répartition des patientes ayant reçu les vaccins antitétaniques et antidiptériques.

TDR était la plus administré chez nos patientes avec un effectif total de 12813.



**Figure 6:** Répartition des patientes selon la prise de supplémentation en fer acide folique.

La prise de supplémentation en fer acide folique par nos patientes était plus majoritaire en 2022 avec effectif total 10620.

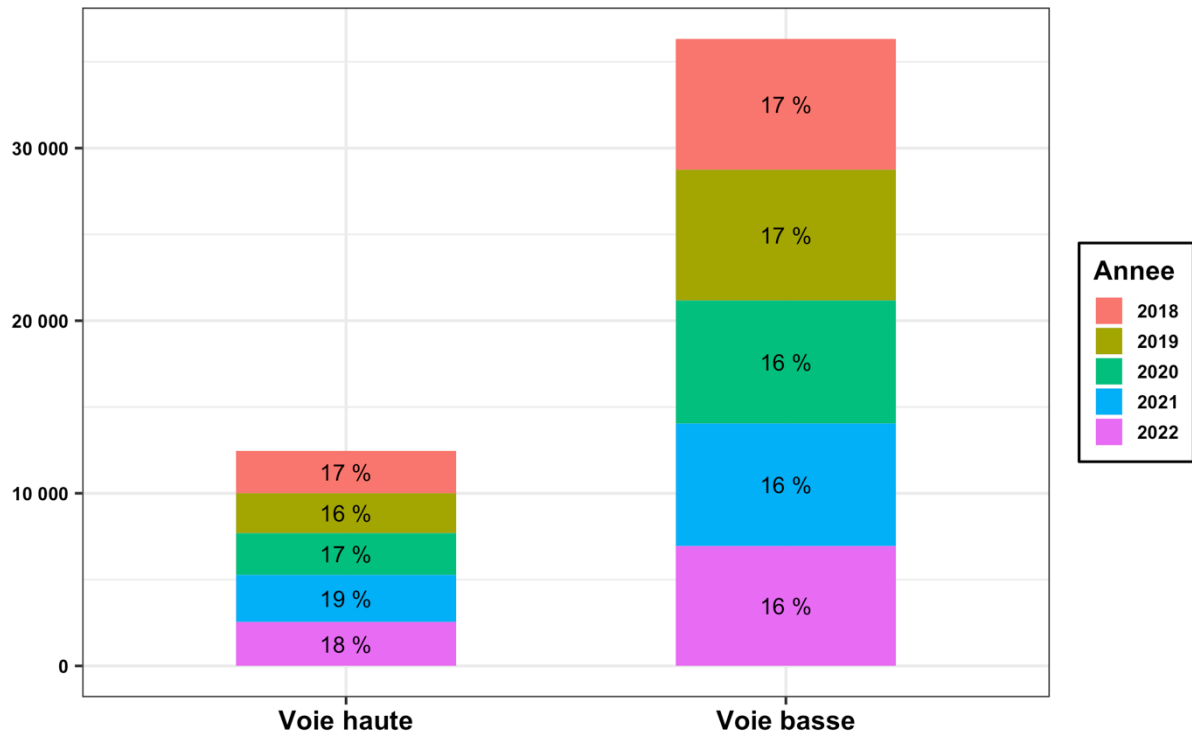
### \*Accouchements

**Tableau III :** Répartition des patientes selon le lieu d'accouchements

Lieu	Effectif	Pourcentage
Maternité	50079	99%
Domicile	464	1%
<b>Total</b>	<b>50543</b>	<b>100%</b>

**La majorité de nos patientes ont accouchées dans le service**

Bilan des activités obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 2018 à 2022 / Mali



**Figure 7:** Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

La voie basse était majoritaire avec un effectif total de 36334

**Tableau IV :** Répartition des patientes selon la voie basse opératoire

Voie basse opératoire	Effectif	Pourcentage
Ventouse	1287	57%
Manœuvres	989	43%
<b>Total</b>	<b>2276</b>	<b>100%</b>

NB : Voie basse opératoire : Extractions instrumentales, manœuvres obstétricales

**\*Bilan chirurgical**

**Tableau V : Répartition des patientes selon les activités chirurgicales**

<b>Intervention</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Urgence obstétricale	8816	63%
Césarienne prophylactique	5150	37%
<b>Total</b>	<b>13966</b>	<b>100%</b>

**L'urgence obstétricale a été la plus dominante : 8816 dont 61%**

**Tableau VI : Répartition des patientes selon le motif d'urgences obstétricales**

<b>Motif</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Césarienne d'urgence	7930	90%
GEU	293	3%
Rupture utérine	149	2%
Déchirure cervicale	444	5%
<b>Total</b>	<b>8816</b>	<b>100%</b>

**La césarienne d'urgence a été la plus dominante : 7930 dont 90%**



**Tableau VII : Répartition des patientes selon les indications de césarienne d'urgence**

Année	Dystocie	HRP	Placenta	Présentation vicieuse	Prééclampsie	Asphyxie foetale	Autres
2018	88	127	47	186	191	260	537
2019	70	109	47	159	158	242	563
2020	59	89	43	198	104	330	521
2021	87	128	37	145	69	399	536
2022	70	92	36	226	46	492	553
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>545</b>	<b>210</b>	<b>914</b>	<b>568</b>	<b>1723</b>	<b>2710</b>

**L'asphyxie foetale a été l'effectif la plus dominante : 1723**

**\*Naissances :**

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon le nombre de nouveau-nés**

	Effectif	Pourcentage
Nouveau-né vivant normal	39560	81%
Petit poids de naissances	6443	13%
Nouveau-né réanimé	1316	3%
Décès périnatal	1542	3%
<b>Total</b>	<b>48861</b>	<b>100%</b>

**Les nouveaux nés vivants normaux ont été l'effectif la plus dominante : 39560 dont 81%**

**Tableau IX** : Le nombre de fœtus selon le type de grossesse.

Année	Grossesse mono fœtale		Grossesse gémellaire		Grossesse triplés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2018	9758	21%	264	18%	18	28%
2019	9624	20%	292	20%	9	14%
2020	9276	20%	294	20%	18	28%
2021	9487	20%	320	22%	6	9%
2022	9176	19%	298	20%	21	22%
<b>Total</b>	<b>47321</b>	<b>100%</b>	<b>1468</b>	<b>100%</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

La grossesse mono fœtale était la plus représenté avec 47321.

**Tableau X** : Répartition des patientes selon le nombre de nouveau-nés réanimés

Année	Oui		Non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2018	63	5%	9959	21%
2019	66	5%	9850	21%
2020	127	10%	9443	20%
2021	291	22%	9516	20%
2022	769	58%	8702	18%
<b>Total</b>	<b>1316</b>	<b>100%</b>	<b>47470</b>	<b>100%</b>

L'effectif total de nouveau nés réanimés était de 1316.

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon le nombre de petits poids de naissance

Année	Effectif	Pourcentage
2018	1204	19%
2019	1072	17%
2020	1682	26%
2021	1203	19%
2022	1282	20%
<b>Total</b>	<b>6443</b>	<b>100%</b>

L'effectif total de petit poids naissance était de 6443

**\*Complications obstétricales rencontrées dans le service**

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon le type de complications obstétricales rencontrées dans le service.

Année	Hémorragie du 1 <sup>er</sup> trimestre	Dystocie	Rupture utérine	Complications hypertensives	Infections post-partum	Avortement tardif	GEU	Autres	
2018	055	5	88	25	302	40	315	57	128
2019	421		70	32	387	50	253	56	144
2020	314		59	29	298	64	89	75	232
2021	450		86	40	348	45	39	49	234
2022	400		70	23	238	55	45	56	151
<b>Total</b>	<b>2140</b>		<b>373</b>	<b>149</b>	<b>1573</b>	<b>254</b>	<b>741</b>	<b>293</b>	<b>889</b>

NB : Les autres sont RPM, paludisme sur grossesse, MAP, mort foetal in utero, anémie sur grossesse, hémorragies du post partum.

Les hémorragies du premier trimestre étaient majoritaires avec 2140.

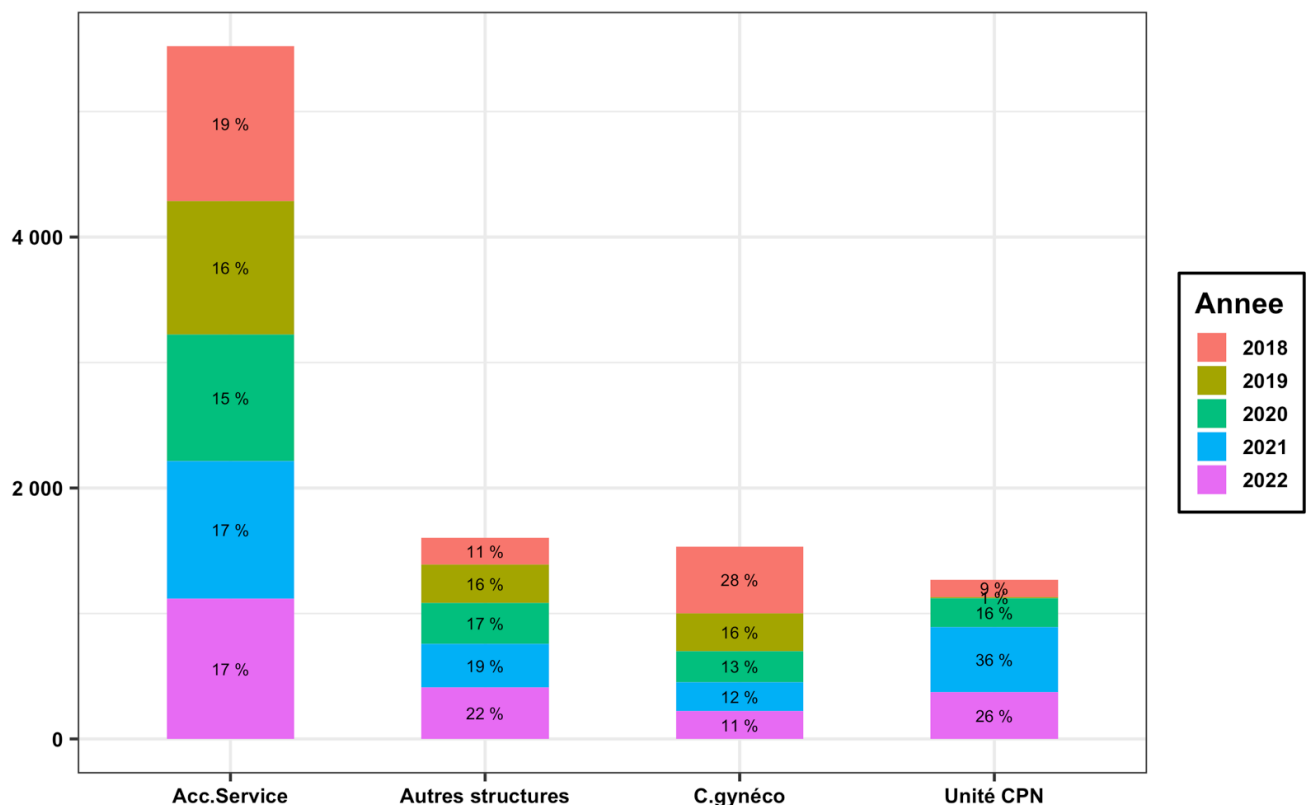
**\*Transfusions de produits sanguins**

**Tableau XIII : Répartition des patientes ayant été transfusées et contexte**

Année	Anémie sur grossesse	Hémorragie de 3 <sup>e</sup> grossesse	GEU	Avortement	Hémorragie post-partum
2018	34	74	26	14	152
2019	21	59	11	9	94
2020	20	38	17	9	65
2021	23	70	12	9	39
2022	25	58	15	7	94
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>299</b>	<b>81</b>	<b>48</b>	<b>444</b>

**L'hémorragie du post partum a été l'effectif la plus dominance : 444**

**\*Evacuations maternelles et néonatales :**



**Figure 8: Répartition des patientes selon le nombre d'évacuations**

Les évacuations reçues ayant accouchées dans le service étaient les plus représentés avec un effectif total de 5520

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon les évacuations néonatales

<b>Année</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage</b>
2018	1672	23%
2019	1146	16%
2020	1378	19%
2021	1478	21%
2022	1501	21%
<b>Total</b>	<b>7175</b>	<b>100%</b>

**L'effectif total de nouveau-né référer à la néonatalogie était de 7175**

**\*Evolutions des décès maternels et périnataux**

**Tableau XV** : Nombre de décès maternels

<b>Année</b>	<b>Décès à l'arrivée</b>		<b>Décès au service</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
2018	1	3%	19	23%
2019	8	22%	19	23%
2020	6	17%	11	14%
2021	13	36%	21	26%
2022	8	22%	11	14%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Décès maternel dans le service était la plus représenté avec 81.

**Tableau XVI** : Nombre de décès périnataux

Année	Mort-né frais		Mort-né macéré	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2018	186	21%	120	18%
2019	169	19%	114	17%
2020	152	17%	135	20%
2021	192	22%	148	22%
2022	175	20%	151	23%
<b>Total</b>	<b>874</b>	<b>100%</b>	<b>668</b>	<b>100%</b>

Les morts nés frais étaient majoritaires avec 874

### B-Évolutions des activités de l'unité de prévention de la transmission mères enfants (PTME)

**Tableau XVII** : Repartitions des patientes ayant reçu counseling PTME

Année	CPN		Post partum		Travail d'accouchement	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2018	4614	25%	78	18%	245	26%
2019	3742	20 %	98	22%	236	25%
2020	3422	18%	98	22%	188	20%
2021	3438	18%	94	21%	175	19%
2022	3407	18%	72	16%	98	10%
<b>Total</b>	<b>18623</b>	<b>100%</b>	<b>440</b>	<b>100%</b>	<b>942</b>	<b>100%</b>

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes ayant reçu test PTME

Année	CPN		Post partum Travail		immédiat	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2018	4635	25%	78	18%	245	27%
2019	3292	18%	91	21%	198	22%
2020	3422	19%	98	23%	188	21%
2021	3440	19%	94	22%	175	19%
2022	3407	19%	72	17%	98	11%
<b>Total</b>	<b>18196</b>	<b>100%</b>	<b>433</b>	<b>100%</b>	<b>904</b>	<b>100%</b>

Le test PTME était plus représenté pendant les CPN avec un effectif total de 18196 tests réalisés.

**Tableau XIX** : Répartition des patientes dépistées séropositives

Année	Patientes séropositives nouvelles		Patientes séropositives sous traitement	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2018	49	31%	86	30%
2019	34	22%	44	16%
2020	27	17%	47	17%
2021	25	16%	62	22%
2022	22	14%	44	16%
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100%</b>	<b>283</b>	<b>100%</b>

Les patientes séropositives nouvellement dépistées étaient de 157.

**Tableau XX** : Répartition des patientes dépistées positives ayant accouché au service et nouveau-nés ayant reçu ARV

Année	Dépistée positive ayant accouché au service		Nouveau-né ayant reçu ARV	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2018	107	25%	110	26%
2019	100	23%	99	23%
2020	64	15%	64	15%
2021	97	23%	94	22%
2022	62	14%	62	14%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100%</b>	<b>429</b>	<b>100%</b>

Tous nos nouveaux nés de mère séropositive avaient reçu ARV avec un effectif total de 429.

### C-Évolutions des activités de l'unité de la planification familial

**Tableau XXI** : Répartition des patientes selon le type de méthodes de contraception.

ANNEE	2018		2019		2020		2021		2022	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
PILULES	789	25%	925	30%	890	34%	739	17%	1016	29%
DUI	458	15%	300	10%	241	9%	367	9%	309	9%
CONDOMS	869	28%	756	24%	648	25%	1826	43%	860	25%
DRISTRIBUEE										
INJECT	269	9%	355	11%	169	6%	255	6%	403	12%
INPLANT	598	19%	659	21%	539	20%	957	23%	876	25%
COLLIER	10	0%	8	0%	7	0%	3	0%	2	0%
MAMA	85	3%	63	2%	98	4%	47	1%	0	0%
CCEPTIF	40	1%	38	1%	41	2%	41	1%	36	1%
CHIRUR										
<b>Total</b>	<b>3118</b>	<b>100%</b>	<b>3104</b>	<b>100%</b>	<b>2633</b>	<b>100%</b>	<b>4235</b>	<b>100%</b>	<b>3502</b>	<b>100%</b>

Les méthodes de contraception étaient plus représentées en 2021 avec un effectif total de 4235.



## 5. Discussion et commentaire

### 1) Consultation prénatale :

Dans le cadre de notre étude nous avons enregistré un effectif total de 43716. CPN. La majorité de nos CPN était réalisée par les sages femmes cela est dû aux faites que les sages femmes sont en contacts avec les dames et les consultations des gynécologues étaient centrés sur les grossesses à risque et les cas gynécologiques. Le nombre total de CPN effectif était de 7511. Ce nombre est très bas par rapport à l'effectif total de CPN. Cela s'explique par le fait que nos dames n'ont pas fait de suivi régulier ou ont été perdu de vu.

Le nombre de CPN effectif le plus représenté était celle 2022 avec un effectif de 2295 dont un taux de 26%.

### **Prophylaxies**

Sulfadoxine pyriméthamine (SP) :

Au terme de notre étude SP1 était la plus reçue par les patientes avec un effectif total de 16667

SP1 était plus reçue par les patientes en 2018 et 2019 avec un taux de 18% par rapport aux autres années et avec seulement 14% en 2022 nos résultats étaient inférieurs à celui de ISSIAKA IDRISSE HAIDARA AVEC 41,1% [2]. cela indique qu'une grande partie de nos patientes n'ont pas reçues SP1 en 2022.

SP2 avait un effectif total de 11976, SP3 était de 11498 et SP4 était de 10671

SP2 était plus reçue par nos patientes en 2020 avec un taux de 22%, SP3 était reçue en 2022 avec 14%, SP4 en 2022 avec 24%

Td : Au cours de nos études, l'effectif total de vaccin TD 7815. Les patientes ayant reçues le taux le plus élevé de vaccin TD était celle l'année 2021 avec de 19% pourcent, ces valeurs sont inférieures à celui de Dosse Coulibaly [1] qui était de 20%

TDr : l'effectif total de vaccin TDr reçue était de 12813. Les patientes ayant reçues le taux le plus élevés TDr était celle de 2022 et 2018 avec 19% inférieur à celui

de Dosse Coulibaly avec 63,7%. Cependant l'effectif total de TDr était supérieur à celui de TD. Cela s'explique par le fait que la majorité de nos patientes n'étaient pas à leurs premières grossesses.

Dans le cadre de notre étude, l'effectif total des patientes ayant reçues le fer acide folique était de 43180. Ces valeurs sont inférieures à l'effectif total de CPN qui était de 43716, cette différence s'explique par le fait toutes nos patientes vues en CPN n'ont pas pris de fer acide folique ou ont été perdues de vue.

## **2) Accouchements :**

Au terme de notre étude 99% de nos patientes avaient accouchés dans le service et 1% des accouchements était hors service.

L'effectif total était de 50079 dont 37621 accouchements par voie basse avec 75% et voie haute 12458 avec 25% ce résultat est supérieur à celui de DAO SZ ET al qui ont trouvés 15%.

Voie basse opératoire a été réalisée dans 2276 cas d'accouchements.

La ventouse a été l'effectif la plus dominante avec 1287 dont 57%

L'usage du forceps est abandonné à cause de ses conséquences néfastes sur le nouveau-né.

## **3) Bilan chirurgical :**

Au terme de notre étude, les activités chirurgicales et uniquement obstétricales qui ont été réalisées dans le service étaient de 13966 cas .L'urgence obstétricale a été l'effectif la plus dominante avec 8816.

La césarienne d'urgence a été l'effectif la plus dominante des interventions obstétricales urgences : 7930 dont 90%. L'asphyxie fœtale était la plus dominante des indications de césarienne avec 1723 dont 22% notre résultat est inférieur à celui de de Seydou Z DAO et al qui avait trouvé 43,6% (4).

**4) Naissance :**

Au terme de notre étude, les nouveaux nés vivants sains étaient de 81% de nos naissances dans le service .les nouveaux nés issues d'une grossesse mono fœtale était la plus dominante des naissances avec 47321 nouveaux nés .les nouveaux nés réanimés immédiatement après la naissance étaient de 1316.

Les petits poids de naissance étaient de 6443.

**5) Les complications obstétricales rencontrées dans le service :**

Les hémorragies du premier trimestre ont été l'effectif la plus dominante : 2140

**6) Transfusion de produit sanguin :**

L'hémorragie du post partum était l'effectif la plus dominante : 444

**7) Evacuations maternelle et périnataux :**

L'évacuation reçue ayant accouchées dans le service étaient l'effectif la plus dominante des évacuations maternelles : 5520

L'évacuation périnatal : l'effectif total de nouveau-né réfère à la néonatalogie du centre était de 7175

**8) Décès maternels:**

Dans le cadre de notre étude nous avons enregistré un effectif total de 117 cas de décès dont 36 cas de décès constatés à l'arrivés et un effectif total de 81 cas de décès maternels dans le service notre résultat était inférieur à celui de Ibrahim Coulibaly à l'hôpital foussey DAOU de Kaye avec 575 (7). Ces décès constatés à l'arrivés étaient des femmes qui ont été référées de loin ou un retard dans la prise en charge dès l'évacuation et les accouchements à domicile et les moyens de transport employés étaient des en majorités les taxis et de véhicules personnels.

**9) Décès périnataux :**

Nous avons enregistré un effectif total de 874 cas de mort-né frais et un effectifs total 668 cas de mort nés macèrent.

**10) Prévention de la transmission mère enfant :**

Counseling :

La fréquence de counseling était de 20005 dont 18623 au cours des CPN ,942 pendant le travail d'accouchement et 440 dans le post partum.

La fréquence des tests de dépistage PTME était de 19533 dont 186 pendant les CPN, 904 pendant le travail d'accouchement et dans le post partum 433.

Dépiste séro- positif :

La fréquence était de 440 de femmes séro- positifs dont 157 nouvelles et 283 des femmes dépistées positifs sous traitements.

Les mères dépistent séro- positifs ayant accouchés dans le service étaient de 430 cas et 429 des nouveaux nés avaient reçues les ARV. Mais il faut préciser que nous sommes confrontées à des ruptures d'ARV.

**11) Planification familiale :**

Les counseling PF ont été effectuées pendant les CPN, à la visite et les consultations post natal et orienter vers l'unité planification familiale. L'effectif total des femmes ayant des accepter Planification familiale était de 16592

Les méthodes de contraception sont nombreuses : pilules avec un effectif total de 4359, DIU 1675, Condom distribue 6034, Ingestion 1451, Implant 1481, Collier 30, MAMA 296, contraceptif Chirurgicale 196

**6. PRONOSTIC :**

Pendant la période d'étude l'hémorragie du premier trimestre était la plus dominante des complications rencontrés dans le service avec un effectif de 2140.

Les décès maternels étaient de 88 cas sur les 50079 accouchements et 1316 nouveaux nés ont été réanimés aux naissances, 6443 nouveaux nés avaient un petit poids de naissances.

874 de nos naissances étaient des morts nées frais et 668 cas de mort nés macérés.

## 7. **Conclusion**

Le nombre de consultation prénatale a augmenté de façon exponentielle au cours de l'année d'études dans notre service mais il reste encore beaucoup à faire car la fréquence des consultations prénatales effectives reste très faible.

Les consultations prénatales de qualité, le respect de la pyramide sanitaire, l'équipement, la formation des personnels et les services sociaux de base sont les moyens les plus sûrs pour réduire le taux de mortalité maternel et périnatal.

## 8. **Recommandations :**

- **Au Ministère de la santé et de l'hygiène public :**

- ✓ Avec la crise géopolitique et diplomatique, l'Etat doit pleinement jouer sa partition en finançant nos programmes de santé sur budget de l'ETAT et des vaccins et ARV qui sont souvent à la merci des partenaires qui entraînent souvent des ruptures de stock.
- ✓ Décentraliser le traitement des produits sanguins afin réduire les pénuries de sang, le taux décès maternel et les anémies.
- ✓ Equiper les salles d'accouchement avec des matérielles d'accouchement et de réanimations des nouveau-nés et la formation des personnels de santé.
- ✓ S'impliquer encore plus dans la gestion des structures de santé qui sont en agonies à cause des détournements des recettes et les grèves à répétitions que de procéder à des simples nominations.

**Aux prestataires socio-sanitaires :**

- ✓ Ayons la volonte de se perfectionner davantage et participer au minimum possible à des formations.
- ✓ Documenter correctement tous les actes médicaux et remplissez correctement les registres.
- ✓ Hospitaliser les patientes si nécessaire et faite une surveillance correcte des patientes.
- ✓ Utilisations adéquate du partogramme un outil important qui permet une surveillance et une prise de décision adéquate.
- ✓ Une surveillance stricte du travail d'accouchement afin d'éviter toute complication materno fœtales.
- ✓ Prévenir les complications materno-fœtales.
- ✓ Travailler dans le respect du serment, l'éthique et de la déontologie de la profession.

- ✓ Sensibiliser encourager les patientes à se protéger et à éviter les maladies contagieuses et surtout les transmissibles mères enfants.
- ✓ **Aux femmes enceintes :**
- ✓ Faire la planification familiale afin d'éviter décès maternels accidentels, avortements volontaires, bien être des nouveaux nés et la croissance économique de la famille.
- ✓ Faire des survit réguliers précoces si possible de la grossesse et respecter les conseille et rendez-vous.
- ✓ Déclarer si possible une maladie contagieuse aux conjoints afin d'éviter les transmissions.

## 9. **Référence :**

1) **DOSSE COULIBALY :**  
CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA VACCINATION ANTITÉTANIQUE PAR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KALABAN CORO

**ISSIAKA IDRISSE HAIDARA :**

Obstacles à la consultation prénatale et au traitement préventif intermittent pendant la grossesse dans le district sanitaire de San au Mali : Thèse de Médecine

2) **Mme Assétou KONARE :**

PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DES GROSSESSES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO. Thèse en Médecine

3) **Thèse Adama Sissoko :**

ETUDE DE LA MORTALITE MATERNELLE DANS LE DISTRICT DE BAMAKO

4) **DAO SZ et al:**

WOMEN'S EXPERIENCE OF CESAREAN SECTION IN A DISTRICT HOSPITAL IN BAMAKO, MALI

5) **Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille :**

6) **UNITE SLIS :**

7) **Thèse d'Ibrahim Coulibaly :**

Etude de causes obstétricales indirectes de décès maternel à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes



## 10. Annexes

### 1) FICHE D'ENQUETE

1. Consultation prénatale :

CPN1 .... CPN2 ..... ; CPN3 ..... ; CPN4 .....

2. Consultations prénatales effectives réalisées

Oui  Non

3. Prophylaxies

SP1 : Oui  Non

SP2 : Oui  Non

SP3 : Oui  Non

FAF : Oui  Non

TD : Oui  Non

TDr : Oui  Non

4. Femme ayant fait des complications

Oui  Non

5. Types de complications :

Hémorragie du premier trimestre : Oui  Non

Dystocie : Oui  Non

Rupture utérine : Oui  Non

Complications hypertensives : Oui  Non

Infection du post partum Oui  Non

Bilan des activités obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 2018 à 2022 / Mali

Avortement tardif : Oui  Non

GEU : Oui  Non

Autre : Oui  Non

6. Voie d'accouchement :

Voie basse Oui  Non

Voie haute Oui  Non

7. Accouchement instrumental :

Oui  Non

8. Césarienne et indications :

Dystocies Oui  Non

Hématome rétro placentaire Oui  Non

Placenta prævia Oui  Non

Antécédant de césarienne : Oui  Non

Présentation vicieuse : Oui  Non

Asphyxie fœtale Oui  Non

Prééclampsie Oui  Non

Autres : Oui  Non

9. Femmes ayant reçues la GATPA

Oui  Non

10. Nombre de fœtus vivant

Grossesse mono-fœtale : Oui  Non

Grossesse gémellaire : Oui  Non

Triplés : Oui  Non

Bilan des activités obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district  
de Bamako de 2018 à 2022 / Mali

Nouveau-né réanimé : Oui  Non

Petits poids de naissance : Oui  Non

11. Transfusion sanguin et contexte :

Anémie sur grossesse : Oui  Non

Hémorragies du troisième trimestre : Oui  Non

GEU : Oui  Non

Avortements : Oui  Non

Hémorragie du post partum : Oui  Non

12. Evacuations :

Evacuation reçue ayant accouché dans le service : Oui  Non

CPN unité CPN : Oui  Non

CPN consultation externe : Oui  Non

Evacuation vers autres structure : Oui  Non

Nouveau-né référé à la néonatalogie du centre : Oui  Non

13. Décès maternel :

Constater à l'arrivée : Oui  Non

Dans le service : Oui  Non

14. Prévention de la transmission mère enfant :

Counseling : CPN : Oui  Non

Travail d'accouchement ; Oui  Non ;

Post partum : Oui  Non

Test PTME : CPN : Oui  Non

Travail d'accouchement : Oui  Non

Bilan des activités obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 2018 à 2022 / Mali

Post partum : Oui  Non

Femmes dépistée séro- positif : nouvelle Oui  Non ; ancienne : Oui   
Non

Femme séro- positif : accouché dans le service Oui  Non

Nouveau-né de mère séropositif ayant reçues ARV : Oui  Non

Femme ayant faire une méthode contraception : Oui  Non

14. Méthode utilisée :

Pilule : IJ ; injeon ; implant : llier : MAA :

Condom distribué : cdaception chirurgicale :

## **2) FICHE SIGNALITIQUE :**

**Nom : Coulibaly**

**Prénom : Jean Paul**

**Titre de la thèse : Bilan des activités obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de Bamako / Malade 2018 à 2022**

**Période : de 5 ans.**

**Année de soutenance : 2023**

**Pays d'origine : République du Mali**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie**

Bilan des activités obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de 2018 à 2022 / Mali

Secteurs d'intérêt : Gynéco obstétrique

**RESUME:**

Le but de notre étude était de faire le bilan des activités obstétricales réalisées dans le

Service de gynéco obstétrique au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de l'année 2018 à 2022.

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale sur toutes les activités obstétricales réalisées.

Notre critère d'inclusion : Toutes les activités obstétricales réalisées dans le service et n'ayant pas été inclus toutes les activités gynécologiques.

Le Mali a adopté depuis le 15 décembre 1990 sa politique sectorielle de santé et de la population qui devraient fournir l'opportunité passé au palier supérieur c'est-à-dire l'accès aux soins à toute la population.

Objectif : faire le bilan des activités obstétricales de l'année 2018 à 2022.

Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale sur toutes les activités obstétricales dans le service.

Le taux le plus élevé de CPN était réalisé en 2022 avec 26%. Durant la période d'étude nous avons fait 48792 accouchements dont 74% par voie basse et 26% de voie haute et 1316 nouveaux nés ont été réanimés et la transfusion sanguine a été réalisée chez 145 dans un contexte d'anémie sur grossesse .les décès périnataux étaient de 2% et les décès maternels étaient de 117 cas dont 36 cas étaient des décès constatés à l'arrivée.

La PTME a concerné 19533 cas dont cas d 18196 e grossesses .L'effectif total des femmes ayant accepté la PF était de 16592.

Mots clés : Activités, Gynéco obstétrique, bilan

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté et 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 ne viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa 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 !