

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°

THEME

**LES URGENCES OBSTETRIQUES DANS LES MATERNITES
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE ET DE L'HOPITAL
DE TOMBOUCTOU DE JUILLET A NOVEMBRE 2025**

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2026 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Aliou ZIBILILA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : M. Ibrahima TEGUETE, Professeur

Membres : M. Belco MAIGA, Maître de Conférences Agrégé

M. Yeya dit SARRO, Maître de Conférences Agrégé

M. Demba TRAORE, Spécialiste en Santé Publique

Directeur : M. SOUMANA OUMAR TRAORE, Maître de conférences Agrégé

LISTE DES ENSEIGNANTS

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



SECRETARIAT PRINCIPAL

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
2	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
5	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
8	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
9	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
10	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
12	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
13	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
14	Mr Abdel Karim ROUMARE	Chirurgie Générale
15	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
16	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
17	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Baba ROUMARE	Psychiatrie

19	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie -Virologie
20	Mr Bréhima ROUMARE	Bactériologie - Virologie
21	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
22	Mr Souleynnane DIALLO	Pneumologie
23	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
24	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
25	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
26	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
27	Mr Fififing SISSOKO	Chirurgie Générale
28	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
29	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Aihousseini Ag MOHAMED	ORL
32	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
33	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
34	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
35	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
36	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
37	Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
38	Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
39	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
40	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
41	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
42	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
43	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
44	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
45	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
46	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
48	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
49	Mr Mamadou Soun calo TRAORE	Santé Publique
50	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
51	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
52	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
53	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
54	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
55	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
56	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
57	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
58	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
59	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
60	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
61	Mr Aly TEMBELY	Urologie
62	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
63	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
64	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
65	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
66	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
67	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
68	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale

69	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
70	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
71	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
72	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
73	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
74	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
75	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
76	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
77	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
78	Mr Diibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
79	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladii Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Brouiave Massaoülé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Diibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
6	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
7	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
9	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
10	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
11	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
12	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
13	Mr Sadio MENA	Chirurgie Thoracique
14	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
15	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
16	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
18	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
19	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
21	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
22	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
23	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation

7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
40	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
41	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
42	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
43	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
44	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
45	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
46	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
47	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
49	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
50	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
53	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
54	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
56	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie

57	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
58	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
59	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie - Mycologie
5	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Dieneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim Drame	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
9	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
10	Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
11	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique

12	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
13	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
15	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
16	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
2	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments
3	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
4	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
6	Mr Sidy BANE	Immunologie
7	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
8	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
3	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
4	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale

17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
----	---------------------	---------------------------------

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr 110 Bella DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Diénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Diénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme N'Drain SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale

43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S) ET N0M	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Diigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET N0M	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sor Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique

3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
N°	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mme Halimatou DIAWARA	Economie de la santé
3	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
4	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
6	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
8	Mr Bakal DIARRA	Santé Publique
9	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
11	Mr Ousmane LY	Santé Publique
12	Mr Ilo DICKO	Santé Publique
13	Mr Abdoul Salam DIARRA	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahma KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Diibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
5	Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6	Mr Madani MARICO	Chimie générale
7	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique

8	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
9	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
10	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
11	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
12	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
13	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
14	Mr Baba DIALLO	Santé publique bucco-dentaire
15	Mr Zana Lamissa SANOCJO	Ethique-Déontologie
16	Mr Issa COULIBALY	Gestion
17	Mr Kassim SIDIBE	Imagerie dentaire
18	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
19	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
20	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
21	Mr Brahim DICKO	Médecine Légale
22	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
23	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
24	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
25	Mr Ibrahima FALL	OCE
26	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
27	Mr Aly SY	OCE
28	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODP
29	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
30	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
31	Mr Madani LY	Oncologie
32	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
33	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
34	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
35	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
36	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
37	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
38	Mr Morodian DIALLO	Physique
39	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
40	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
41	Mr Ibrahim PAMANTA	Rhumatologie
42	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 02 / 06 / 2026

Le Secrétaire Principal

 Dr. Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

À mon cher père Monsieur ZIBILILA KEYLA

Les mots me manquent pour exprimer toute la reconnaissance, le respect et l'amour que je vous porte. Par votre travail, vos sacrifices, vos conseils et votre soutien constant, vous m'avez permis de poursuivre mes études et d'atteindre cet objectif. Vous m'avez transmis les valeurs de l'honnêteté, de la persévérance, du sens du devoir et de la foi en Allah, qui guideront toujours ma vie. Cette thèse est le fruit de vos efforts, de vos prières et de votre confiance en moi. J'espère qu'elle sera pour vous une source de fierté et une modeste récompense de tout ce que vous avez fait pour moi. Qu'Allah vous accorde une longue vie, une excellente santé, la paix, le bonheur et vous récompense abondamment ici-bas et dans l'au-delà.

Avec tout mon amour, mon profond respect et mon infinie gratitude.

À ma très chère mère : Madame SALAMATA TIEGOUN

Aucune parole ne saurait exprimer toute l'affection, la gratitude et le profond respect que je vous porte. Merci pour votre amour inconditionnel, votre tendresse, vos sacrifices, vos prières et votre soutien de tous les instants. Votre patience, vos encouragements et votre dévouement ont été une source de force tout au long de mon parcours.

Vous m'avez appris les valeurs de l'humilité, de la persévérance, du respect et de la foi en Allah. Grâce à votre affection et à vos bénédictions, j'ai pu avancer avec courage et détermination.

Que cette thèse soit pour vous un motif de fierté et le témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Qu'Allah, le Très Miséricordieux, vous accorde une longue vie, une santé de fer, le bonheur, la paix du cœur et vous récompense abondamment ici-bas et dans l'au-delà.

Avec tout mon amour, mon profond respect et mon infinie reconnaissance.

REMERCIEMENTS

À ALLAH, LE TOUT-PUISSANT

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

Louange à Allah (Alhamdoulillah), Seigneur des mondes, Maître des cieux et de la terre, Créateur de toute chose.

C'est par Ta volonté, Ta grâce infinie et Ta miséricorde que j'ai pu entreprendre, poursuivre et achever ce travail. Tu m'as accordé la santé, la force, la patience, la persévérance et le courage nécessaires pour surmonter les difficultés rencontrées tout au long de ce parcours.

Je Te rends grâce pour les innombrables bienfaits dont Tu m'as comblé et pour avoir guidé chacun de mes pas. Sans Ton secours, je n'aurais pu atteindre cet objectif.

Ô Allah, fais que cette thèse soit une œuvre utile et bénéfique. Accorde-moi la sagesse, l'humilité, la sincérité et la compétence dans l'exercice de la médecine. Fais de moi un praticien au service des malades, soucieux de soulager la souffrance et d'agir avec justice, compassion et intégrité.

Je Te demande de bénir mes parents, ma famille, mes enseignants et tous ceux qui ont contribué à ma formation. Récompense-les par Tes immenses bienfaits dans cette vie et dans l'au-delà.

À Toi appartiennent la louange, la gratitude et la gloire.

Alhamdoulillahi Rabbil 'Alamin.

À mon cher Tonton Monsieur IDRISSA MAÏGA

En témoignage de ma profonde gratitude. Merci de m'avoir accueilli, soutenu et accompagné durant toutes mes années de lycée. Votre générosité, vos conseils et votre bienveillance ont largement contribué à mon parcours et à la réalisation de ce rêve. Recevez, à travers cette thèse, l'expression de ma sincère reconnaissance. Qu'Allah vous accorde une longue vie, une excellente santé et vous récompense abondamment pour tous vos bienfaits. Avec tout mon respect et ma profonde gratitude.

À ma chère sœur : Madame FADIMATA ZIBILILA

En témoignage de mon affection et de ma profonde gratitude. Merci pour ton soutien indéfectible, tes encouragements, ta disponibilité et l'aide précieuse que tu m'as apportée tout au long de mon cursus de médecine. Ta confiance en moi et ton accompagnement ont été d'un grand réconfort dans les moments difficiles. Que cette thèse soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond attachement. Qu'Allah te comble de Ses bienfaits, t'accorde une longue vie, une excellente santé et la réussite dans tous tes projets.

Avec toute mon affection et ma sincère reconnaissance.

À mon grand frère et à ma grande sœur

Monsieur ABDOURHAMANE ZIBILILA

Madame HOUREIMATOU ZIBILILA

Merci pour votre soutien, vos encouragements et votre affection tout au long de mon parcours.

Recevez, à travers cette thèse, l'expression de ma profonde gratitude.

Qu'Allah vous accorde une longue vie, une excellente santé et vous comble de Ses bienfaits.

Avec toute mon affection et mon profond respect.

À MON CHER COUSIN

Monsieur ABDOULKADRI COULIBALY

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

Merci pour votre disponibilité, votre soutien constant et pour toute l'aide précieuse que vous m'avez apportée, notamment dans la gestion de mes démarches administratives et civiles depuis Gao. Votre générosité et votre sens de la famille m'ont été d'un soutien inestimable.

Je vous serai éternellement reconnaissant. Qu'Allah vous récompense abondamment, vous accorde une longue vie, une excellente santé et vous comble de Ses bienfaits. Avec tout mon respect et ma sincère gratitude. Au terme de ce travail, il m'est particulièrement agréable d'exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation et à la réussite de mon parcours universitaire.

Mes sincères remerciements s'adressent à tous ceux qui m'ont apporté leur soutien, leurs conseils, leurs encouragements et leur confiance tout au long de mes études médicales.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

À nos Maîtres de la Faculté de Médecine

Nous exprimons notre profonde gratitude à l'ensemble de nos Maîtres de la Faculté de Médecine pour la qualité de l'enseignement reçu, leur disponibilité, leurs conseils avisés et les valeurs qu'ils nous ont transmises tout au long de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre sincère gratitude.

À notre Maître et Directeur de thèse : Professeur Soumana Oumar TRAORÉ

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses responsabilités.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, vos précieux conseils et votre encadrement ont été déterminants dans la réalisation de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect, de notre sincère reconnaissance et de notre haute considération.

Qu'Allah vous accorde une longue vie, une excellente santé et vous récompense abondamment pour tout le bien que vous accomplissez.

Au Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de Tombouctou : Docteur MARIKO Mamadou

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour votre accueil, votre disponibilité et pour avoir facilité la réalisation de cette étude au sein du Centre de Santé de Référence de Tombouctou.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance. Qu'Allah vous accorde une excellente santé, une longue vie et vous récompense abondamment pour votre dévouement au service de la population.

À Docteur Fatoumata SOW, Médecin à la maternité du Centre de Santé de Référence de Tombouctou

Nous vous remercions sincèrement pour votre disponibilité, vos conseils avisés et votre accompagnement tout au long de notre formation. Votre professionnalisme et votre dévouement resteront pour nous une source d'inspiration.

À l'ensemble des sages-femmes, infirmières obstétriciennes, matrones et au Major Oumar Almouloud du Centre de Santé de Référence de Tombouctou, notamment Mme Fatoumata Bintou SYLLA, Mme Youma TRAORÉ, Mme Sanaba KONÉ, Mme Djahara Adam CISSE, Mme Djeneba MAGASSOUBA, Mme Araba NIARÉ, ainsi que toutes celles et tous ceux dont les noms n'ont pu être cités.

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour votre accueil, votre disponibilité, votre encadrement et les précieux enseignements reçus tout au long de notre formation.

À Docteur Akoro DOLO, Chef du service de la maternité de l'Hôpital de Tombouctou

Nous vous remercions sincèrement pour votre disponibilité, votre encadrement et les précieux enseignements que vous nous avez transmis tout au long de notre formation. Merci, Cher Maître, pour tout ce que vous avez fait pour nous.

À l'ensemble du personnel de la maternité de l'Hôpital de Tombouctou, notamment Docteur Guirou Abdourhamane,

Aux sages-femmes titulaires, Mme Hadizatou SANKARÉ (Sage-femme Maîtresse), Mme Fatouma Zahara Oumar, Mme Alimata TRAORÉ, Mme Toufena CISSE et Mme Dédeou MAÏGA.

Aux sages-femmes, infirmières obstétriciennes et matrones, Mme Moussoda TOURÉ, Mme Aïcha Matalla, Mme Safiatou CISSE, Mme Kalifa MAÏGA, Mme Lalla DJITTEYE, Mme Mariam DRAMÉ, Mme Yaya TOURÉ, Mme Oumou YATTARA, Mme Habsatou SOGORÉ, Mme Arafa TOURÉ, Mme Aminata MAÏGA, Mme Fatouma ALKALIDJE, Mme Fadimata AHMED, ainsi que toutes celles dont les noms n'ont pu être cités.

Votre disponibilité, votre soutien constant et votre sens de partage ont grandement contribué à notre apprentissage. Nous vous en sommes profondément reconnaissants.

Aux chers Maîtres du service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako, notamment Docteur Oumar TRAORÉ, Chef de service, Docteur Niagalé SYLLA, Docteur Saleck DOUMBIA, Docteur Bah BERTHÉ, ainsi qu'à l'ensemble des sages-femmes du service. Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance pour votre accueil, votre disponibilité, votre encadrement et les précieux enseignements dont nous avons bénéficié au cours de notre formation. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

À mes collègues de l'équipe de garde, notamment Docteur Demba COULIBALY, Bouya SIMPARA, Sidi DIARRA, Docteur Salimata KONÉ, Docteur Anne Merveille, ainsi qu'à l'ensemble des externes. Merci pour votre disponibilité, votre esprit de collaboration et les précieux enseignements partagés tout au long de notre parcours. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Aux membres de Momentum Integrated Health Resilience (MIHR), notamment à la Directrice, Docteur Aminata TRAORÉ, Docteur Lazare COULIBALY, Docteur Demba TRAORÉ, Docteur Ousmane SANGARÉ, Docteur Bakary DEMBÉLÉ, M. Adama Yalcouyé, M. Emmanuel Mounkoro et M. Moussa KOUMARÉ.

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour l'opportunité que vous nous avez offerte, la qualité de votre encadrement ainsi que vos encouragements constants. Votre confiance et votre accompagnement ont grandement contribué à notre parcours. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

À Docteur Dramane SOGODOGO,

Votre disponibilité, vos conseils avisés, votre rigueur scientifique et votre précieux accompagnement ont été d'une aide inestimable dans l'élaboration de ce document. Vous avez toujours su nous orienter avec patience et bienveillance tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Ibrahima TEGUETE

- ❖ Professeur Titulaire de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au service de gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré
- ❖ Chef de service de Gynécologie du CHU Gabriel Touré
- ❖ Président de la Société Malienne de Gynécologie obstétrique (SOMAGO)
- ❖ PAST Secrétaire général immédiat de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO)

Honorable Maître,

Nous nous vous adressons nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en président ce jury. Votre disponibilité, votre sens du devoir et votre engagement pour la formation scientifique témoignent de votre grande valeur académique. Permettez-nous de vous exprimer notre profonde gratitude pour le temps accordé et l'attention portée à cette soutenance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Belco MAIGA

- ❖ Maître de Conférences Agrégé en pédiatrie à la FMOS ;
- ❖ Chef de service des urgences pédiatriques au CHU Gabriel Touré ;
- ❖ Membre de l'AMAPED.

Cher Maître,

Nous vous remercions très sincèrement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre disponibilité, votre expérience et la richesse de vos observations constituent pour nous une source précieuse d'apprentissage.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profond respect et notre gratitude sincère.

A notre Maître et membre du jury

Professeur Yeya dit Sadio SARRO

- ❖ Maître de conférences en Epidémiologie à la FMOS.
- ❖ PhD en Epidémiologie,
- ❖ Master en santé publique,
- ❖ Directeur général adjoint par intérim du Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD),

Cher Maître,

Nous vous remercions très sincèrement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'évaluer ce travail. Vos remarques pertinentes et votre contribution scientifique ont enrichi cette recherche. Nous vous exprimons toute notre gratitude pour le temps et l'attention accordés

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Demba TRAORE

- ❖ Docteur en Médecine ;
- ❖ Master en Santé Publique, option Gestion et Évaluation des Programmes Socio-sanitaires ;
- ❖ Expert national en Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, Santé de la Reproduction, Planification Familiale et Renforcement des Systèmes de Santé ;
- ❖ Conseiller Technique Principal en Santé Maternelle, Néonatale et Infantile.

Cher Maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Vous êtes un exemple de modestie et de générosité. Par vos observations, vous apportez un éclairage nouveau et essentiel à nos recherches. Nous vous remercions pour votre rigueur scientifique et votre bienveillance.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Soumana Oumar Traore

- ❖ Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS
- ❖ Praticien Hospitalier au Centre de santé de référence de la commune V
- ❖ Certifié formateur de programme GESTA International (PGI) de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGOC)
- ❖ Leader d'opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en commune V du District de Bamako

Cher maître,

Permettez-moi de vous exprimer ma très haute reconnaissance pour l'honneur que nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Votre rigueur scientifique et votre engagement constant ont été essentiels à l'aboutissement de cette thèse. Nous vous prions d'agréer l'expression de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD	:	Antécédent
BA	:	Bassin Asymétrique
BDCF	:	Bruits du Cœur Fœtal
BGR	:	Bassin Généralement Rétréci
BL	:	Bassin Limite
Cm	:	Centimètre
CPN	:	Consultation Prénatale
CPON	:	Consultation Post-Natale
CSA/Cercle	:	Centre de Santé d'Arrondissement ou de Cercle
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	:	Centre Santé de Référence
DER	:	Département d'Enseignement et de Recherche
DFP	:	Disproportion Foeto-Pelvienne
EDS	:	Enquête Démographique et Sanitaire
FMOS	:	Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie
H	:	Heures
HRP	:	Hématome Retro-Placentaire
HTA	:	Hypertension Artérielle
MAF	:	Mouvements actifs du fœtus
MFIU	:	Mort Fœtale In Utero
RCF	:	L'enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtale
IMC	:	Index du Masse Corporelle
NFS	:	Numération Formule Sanguine
GE	:	Goutte Epaisse
PV	:	Prélèvement Vaginal
BW	:	Bordet Wassermann(Syphilis)
VIH	:	Virus Immunodéficiencie Humaine
Mn	:	Minute
OAP	:	Œdème aigu du poumon
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PPH	:	Placenta Prævia Hémorragique
PE	:	Prééclampsie

PTME	:	Prevention de la Transmission Mère-Enfant
SFA	:	Souffrance Fœtale Aiguë
SFC	:	Souffrance Fœtale Chronique
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TA	:	Tension Artérielle
RU	:	Rupture Utérine
%	:	Pourcentage
<	:	Inférieur
>	:	Supérieur
≤	:	Inférieur ou égal
≥	:	Supérieur ou égal

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes selon l'occupation.....	32
Tableau II : Répartition des patientes selon la résidence	33
Tableau III : Répartition des patientes selon la provenance.....	34
Tableau IV : Répartition des patientes selon le mode d'admission	34
Tableau V : Répartition des patientes selon le moyen de transport emprunté	34
Tableau VI : Répartition des patientes selon le motif d'admission.....	35
Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....	36
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	36
Tableau IX: Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux	37
Tableau X : Répartition des patientes selon la gestité.....	37
Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité.....	38
Tableau XII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisées	38
Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel.....	39
Tableau XIV : Répartition des patientes selon la période de gravidité puerpérale à l'admission	39
Tableau XV : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine à l'admission.....	40
Tableau XVI : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu	40
Tableau XVII: Répartition des patientes selon la conduite à tenir..	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la notion de transfusion	42
Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'Apgar à la 1 ^{ère} et 5 ^e minutes	43
Tableau XXI : Répartition des patientes selon le pronostic néonatal	43
Tableau XXII : Répartition des nouveau-nés selon la notion de réanimation	43
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.....	44
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les suites des couches	45
Tableau XXV : Répartition des patientes selon le pronostic maternel	45
Tableau XXVI : Relation entre l'âge et l'état du nouveau-né.....	46
Tableau XXVII : Relation entre les moyens empruntés et l'état du nouveau-né.....	46
Tableau XXVIII : Relation entre les antécédents chirurgicaux et l'état du nouveau-né.....	47
Tableau XXIX : Relation entre la gestité et l'état du nouveau-né	47
Tableau XXX : Relation entre la parité et l'état du nouveau-né	48
Tableau XXXI : Relation entre la CPN faite et l'état du nouveau-né.....	48
Tableau XXXII : Relation entre le taux d'hémoglobine et l'état du nouveau-né	49
Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon les facteurs de risque.....	49

Liste des figures

Figure 1 : Carte de la région de Tombouctou : Nouveau découpage administratif du Mali	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2 : Carte sanitaire de la région de Tombouctou	Erreur ! Signet non défini.
Figure 3: Répartition des patientes selon la tranche d'âge (n= 191)	32
Figure 4: Répartition des patientes selon le statut matrimonial (n= 191)	33
Figure 5: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement (n= 191)	42

Tables des matières

1	INTRODUCTION.....	1
2	OBJECTIFS	4
2.1	Objectif général :.....	4
2.2	Objectifs spécifiques	4
3	GENERALITES.....	6
3.1	Définition :	6
3.2	Physiologie de l'accouchement.....	6
3.2.1	Phénomène dynamique	6
3.2.2	Phénomène mécanique	7
3.3	Les pathologies obstétricales.....	8
3.3.1	Avortements	8
3.3.2	La rupture utérine[13]	11
3.3.3	L'hématome retro placentaire	13
3.3.4	Placenta prævia [12].....	15
3.3.5	Prééclampsie.....	16
3.3.6	Paludisme au cours de la grossesse [11].....	19
3.3.7	Vomissement gravidique grave	19
4	METHODOLOGIE.....	23
4.1	Cadre d'étude et lieu d'étude	23
4.2	Type et période d'étude.....	28
4.3	Population d'étude.....	28
4.4	Echantillonnage	28
4.5	Critères d'inclusion	29
4.6	Critères de non-inclusion	29
4.7	Technique de collecte analyse et saisie des données.....	29
4.8	Les considérations éthiques.....	30
5	RESULTATS	32
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	51
	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	59
	ANNEXES	68
	RÉFÉRENCES.....	62

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Les urgences obstétricales regroupent l'ensemble des complications survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, susceptibles de compromettre rapidement le pronostic vital maternel et/ou fœtal [1]. Elles constituent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales [1]. Ces urgences requièrent une prise en charge rapide, coordonnée et efficace pour éviter des complications graves, voire fatales.

La mortalité maternelle demeure un problème majeur de santé publique à travers le monde, particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire [2]. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plusieurs centaines de milliers de femmes décèdent chaque année de complications liées à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum [2]. La majorité de ces décès survient dans les pays d'Afrique subsaharienne où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence reste limité [2].

Au Mali, les urgences obstétricales représentaient 11,40 % des admissions dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Point-G dans l'étude de MAIGA MI en 2019 [3] , la même année Tangara T a apporté une fréquence de 7,97% au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako [4] .

Selon la Septième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VII 2023–2024), le contexte national reste marqué par une fécondité élevée, avec un indice synthétique de 6,0 enfants par femme, ainsi qu'une fréquence importante des grossesses précoces, 28 % des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà été enceintes [5]. Ces facteurs contribuent à accroître le risque de complications obstétricales et soulignent la nécessité de renforcer la prévention des urgences obstétricales.

Malgré les progrès enregistrés dans l'amélioration de la santé maternelle, les complications obstétricales demeurent fréquentes. Les difficultés d'accès géographique aux structures de santé, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, les retards dans la référence et l'évacuation des patientes ainsi que certaines pesanteurs socioculturelles contribuent encore à la survenue de décès évitables [6].

Dans la région de Tombouctou, caractérisée par son immense étendue géographique et les défis sécuritaires persistants, la prise en charge des urgences obstétricales représente un enjeu majeur pour le système de santé [7]. La connaissance de l'épidémiologie des urgences obstétricales apparaît indispensable pour améliorer les stratégies de prévention.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude portant sur les urgences obstétricales dans les maternités du Centre de Santé de Référence et de l'hôpital de Tombouctou.

1- Problématique

Malgré les efforts consentis par les autorités sanitaires et leurs partenaires, les urgences obstétricales demeurent responsables d'une proportion importante de décès maternels et périnataux au Mali [5].

Les principales complications telles que les hémorragies obstétricales, les hypertensions gravidiques, les ruptures utérines, les infections sévères et les dystocies continuent d'être observées dans les structures sanitaires [8].

Dans la région de Tombouctou, les contraintes liées à l'éloignement géographique, aux difficultés d'évacuation sanitaire et à l'insuffisance des ressources spécialisées peuvent influencer la fréquence et le pronostic de ces urgences.

Cependant, les données récentes sur le profil des urgences obstétricales dans cette région restent limitées.

Dès lors, il apparaît nécessaire d'étudier la fréquence, les caractéristiques cliniques, les modalités de prise en charge ainsi que le pronostic maternel et fœtal des urgences obstétricales observées dans les maternités du CSRef et de l'hôpital de Tombouctou.

Cette étude vise ainsi à fournir des données susceptibles d'orienter les interventions destinées à améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence et à réduire la mortalité maternelle et périnatale dans la région.

2- Hypothèse de recherche

Les urgences obstétricales sont fréquentes et variées dans les maternités du CSRef et de l'hôpital de Tombouctou.

3-Question de recherche

Le pronostic maternel et périnatal des urgences obstétricales est-il mauvais dans les maternités du CSRef et de l'hôpital de Tombouctou ?

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Étudier les urgences obstétricales dans les maternités du Centre de Santé de Référence et de l'Hôpital de Tombouctou.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des urgences obstétricales pendant la période d'étude.
2. Identifier les principales causes des urgences obstétricales dans les maternités de ces deux établissements de santé.
3. Décrire la prise en charge de ces urgences obstétricales.
4. Déterminer les facteurs influençant les pronostiques des urgences obstétricales dans ces deux établissements de santé.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Définition :

Les urgences obstétricales sont des situations pathologiques potentiellement graves ou mortelles survenant au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou dans la période post-partum immédiate, nécessitant une intervention rapide et adaptée afin de préserver la vie et la santé de la mère et/ou du nouveau-né [9].

3.2 Physiologie de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [10].

Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement [11].

L'accouchement prématuré se produit entre la 28ème et la 36ème semaine d'aménorrhée [12].

S'il se produit entre la 37ème et la 42ème semaine, il est dit à terme [9].

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

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse [9]. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine) ou le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes (PP). Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statistique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines) [9].

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes [9] :

3.2.1 Phénomène dynamique

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal ; des œstrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux œstrogènes.

Les caractéristiques normales des contractions utérines répondent à la formule I 2R 2 TP : Involontaires et intermittentes, régulières et rythmées, totales et progressives dans la durée, la fréquence et l'intensité. Les contractions utérines ont pour effet [9] :

- 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 ou détroit moyen et le détroit inférieur [9]. Le bassin osseux se compose de [13] :

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

L'étude du bassin met en évidence plusieurs diamètres dont la maîtrise est indispensable pour l'obstétricien. L'analyse de ces diamètres permet d'établir le pronostic de l'accouchement en évaluant la perméabilité pelvienne. L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéropostérieur (PRP) et du diamètre transverse médian [10]. Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23, il est incertain si l'indice est entre 21 et 22, franchement mauvais si l'indice est au-dessous de 20 [10].

- Travail de l'accouchement : Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. Il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant avec modification du col (raccourcissement et dilatation) [12].

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses, l'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail [9].

Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes [10]:

1ère période : c'est l'effacement et la dilatation du col. Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10 cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

2ème période : elle correspond à l'expulsion du fœtus. Elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Pour le pronostic l'expulsion ne doit dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement les 15 minutes.

3ème période : C'est la délivrance. Elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes. La surveillance active du travail d'accouchement à l'aide du partographe permet :

- De réduire la durée du travail ;
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition ;
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale ;

- De faire les pronostics à savoir :
- ✓ **Le pronostic mécanique** : Il est basé sur l'étude du bassin et du volume fœtal ou l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position [9].
- ✓ **Le pronostic dynamique** : Il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col, l'augmentation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal [9].
- ✓ **Le pronostic fœtal** : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partographe [9].

3.3 Les pathologies obstétricales

3.3.1 Avortements

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion complète ou non du produit de conception avant 22 SA ou dont le fœtus pèse moins de 500g (OMS).

Classification

- Selon l'âge de la grossesse : Avortement précoce au premier trimestre et avortement tardif au deuxième trimestre
- Selon les circonstances de survenue :
 - **L'avortement spontané** : il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale ou volontaire.
 - **L'interruption volontaire de la grossesse (IVG)** : c'est un avortement provoqué légal.
 - **L'avortement provoqué clandestin ou criminel ou à risque** : c'est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse.
 - **L'interruption thérapeutique** : il est pratiqué dans le but de soustraire une mère ayant une maladie grave du danger de la grossesse.

3.3.1.1 Causes des avortements

a. Avortements spontanés isolés ou accidentels

Ils précèdent ou suivent plusieurs grossesses normales. Ils surviennent en général une seule fois.

Les causes sont :

- Grossesse molaire, la grossesse gémellaire ;

- Traumatisme unique ou les microtraumatismes répétés (moto) ;
- Intoxications aux médicaments ou produits chimiques toxiques.

b. Avortements spontanés à répétition

Ils se définissent par la survenue d'au moins trois avortements successifs.

Les principales causes sont d'origine utérine à savoir :

- Hypotrophie utérine, myomes ou fibromes, synéchie utérine ;
- Malformations utérines (utérus bicornes, utérus cloisonné) ;
- Béance cervico-isthmique (congénitale ou traumatique).

c. Avortements de causes communes (isolés et à répétition)

- Causes infectieuses :
 - Infections bactériennes : syphilis, listériose, mycoplasme, chlamydiae ;
 - Infections parasitaires : paludisme, toxoplasmose ;
 - Infections virales : VIH, hépatite, rubéole.
- Causes hormonales : insuffisance lutéale ou insuffisance en progestérone ;
- Causes générales :
 - Diabète, Drépanocytose, HTA, infections urinaires ;
 - Socioéconomique : grossesses rapprochées, surmenage physique.
- Causes chromosomiques : Les anomalies chromosomiques sont les causes les plus fréquentes d'avortement (60%) :
 - Trisomies (47 chromosomes/cellule), monosomies (45 chromosomes/cellule),
 - Triploïdies (69 chromosomes/cellule), Tétraploïdies (92 chromosomes/cellule).
- Causes immunologiques : L'allo immunisation ou incompatibilité fœto-maternelle (mère rhésus négatif et fœtus rhésus positif).

3.3.1.2 Etude clinique

a. Avortement spontané

Il se déroule en deux phases : la phase de menace d'avortement et la phase d'avortement proprement dit.

 **Menace d'avortement** : elle se manifeste par :

- **Signes fonctionnels**

Métrorragies minimales de sang rouge ;

Légères douleurs pelviennes à type de contractions utérines.

- **Signes généraux** : Parfois il y a une fièvre (paludisme, infection urinaire etc..).

- **Signes physiques** : Le col reste long et fermé, l'utérus est augmenté de volume et sa taille correspond à l'âge de la grossesse.

✚ **Avortement proprement dit** : il peut être complet ou incomplet et se manifeste par :

- **Signes fonctionnels**
 - Contractions utérines douloureuses intenses, fréquentes et régulières ;
 - Métrorragies souvent abondantes

- **Signes généraux**

On a les signes de choc hypovolémique en cas d'hémorragie importante avec altération de l'état général, pouls filant, pâleur cutanéomuqueuse, TA basse, tachycardie et extrémités froides.

- **Signes physiques**
 - L'examen au spéculum retrouve un saignement d'origine utérine et souvent les débris placentaires.
 - Le toucher vaginal retrouve un col ouvert avec souvent perception de débris ovulaires dans le canal cervical. L'utérus est de taille inférieure à l'âge de la grossesse.

b. Avortement provoqué clandestin

- **L'interrogatoire** : Il doit être rigoureux et recherchera la notion de prise de médicament pharmaceutique, d'ingestion de produits traditionnels ou d'introduction d'un corps étranger dans le vagin (soude caustique, permanganate etc.).
- **Signes fonctionnels** :
 - Hémorragie abondante faite de sang rouge avec souvent des caillots ;
 - Douleurs constantes et très vives.
- **Signes généraux** : Ils sont fonction de l'importance de l'hémorragie et de l'infection : Anémie (pâleur des conjonctives) ; TA effondrée ; hyperthermie (39 à 40°C) ; ictère ; froideur des extrémités.
- **Signes physiques** : voir avortement spontané

3.3.1.3 Examens para cliniques

▪ Bilan de confirmation du diagnostic

L'échographie pelvienne permet d'apprécier l'évolution de la grossesse ou la présence des débris placentaires.

▪ **Bilan de recherche étiologique**

- Echographie : fibrome, malformation utérine ;
- NFS, GE, ECBU, PV, Groupe sanguin + Rhésus ;
- Sérologies : VIH, rubéole, toxoplasmose, BW (Syphilis) ;
- Examen anatomo-pathologique des débris (anomalie chromosomique) ;
- Hystérosalpingographie : béance cervico-isthmique.

3.3.1.4 Complications

▪ **Complications immédiates**

Elles peuvent entraîner rapidement le décès de la femme.

- Rétention placentaire avec saignement abondant : anémie sévère ;
- Etat de choc hypovolémique ;
- Perforation utérine, déchirure du col, lésion vaginale ;
- Lésion de la vessie, du rectum et de l'intestin grêle ;
- Choc vagal, syncope mortelle +++.

▪ **Complications secondaires**

- Rétention placentaire infectée, abcès utérin ;
- Annexite, pelvipéritonite, abcès du Douglas, septicémie, tétanos.

▪ **Complications tardives ou séquelles**

✓ **Complications gynécologiques**

- Dyspareunie, irrégularité des règles ;
- Douleurs pelviennes chroniques, salpingite chronique ;
- Stérilité secondaire après hystérectomie, synéchie utérine.

✓ **Complications obstétricales**

- Avortement spontané à répétition, GEU ;
- Accouchement prématuré à répétition ;
- Placenta prævia, rupture utérine, hémorragie de la délivrance ;
- Mort fœtale in utero par incompatibilité fœto-maternelle.

3.3.2 La rupture utérine [14]

La rupture utérine est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Celles qui n'intéressent que le col sont décrites sous le nom de déchirure du col et celles qui sont

consécutives à une manœuvre ou un curetage pour l'avortement sont décrites sous le nom de perforation utérine. On distingue la rupture complète si toutes les tuniques utérines (muqueuse, musculuse et séreuse) sont lésées et dans laquelle la cavité utérine communique avec la cavité abdominale ; et la rupture incomplète si elle intéresse la muqueuse et musculuse mais non le péritoine. En général la rupture intéresse le segment inférieur dont la paroi est relativement mince, cependant on peut voir des ruptures du segment supérieur même du fond utérin.

La rupture étant l'une des urgences obstétricales la plus grave est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés à cause de moyens de surveillance obstétricale, de techniques chirurgicales et de réanimations de plus en plus perfectionnées.

Dans les pays en développement en particulier dans les pays africains elle est encore d'actualité du fait de surveillance inadéquate surtout au cours du travail d'accouchement.

Les ruptures utérines peuvent survenir pendant la grossesse ou lors du travail. Au cours de la grossesse la rupture peut être provoquée par traumatisme, par arme blanche, par arme à feu, par corne de bovidés ou par accident de la voie publique et/ ou spontanée survenant sur un utérus cicatriciel.

Au cours du travail la rupture peut s'observer pendant l'accouchement apparemment normal par fragilité particulière de la paroi utérine, la lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable, au cours des manœuvres obstétricales et à une mauvaise utilisation de l'ocytocine.

Même avec l'organisation moderne d'assistance obstétricale, les ruptures utérines ont souvent pour conséquence la mort de la mère et celle du fœtus in utero.

Le danger pour la mère réside dans l'hémorragie et le choc. Cette hémorragie a pour source les vaisseaux de la paroi utérine lésés et les vaisseaux pariétaux saignant de la zone décollée du placenta par la rupture. Le tableau de l'hémorragie s'aggrave de choc qui survient ordinairement dans la rupture utérine complète.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le traitement du choc hypovolémique et par celui de l'infection.

La rupture utérine est opérée par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue de la lésion et de choisir la modalité de l'intervention.

Après la coélotomie, deux opérations sont possibles : l'hystérectomie et l'hystérorraphie (la suture des brèches utérines).

L'hystérectomie est indiquée dans la rupture importante compliquée de lésion de voisinage, la rupture irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, la rupture datant de plus de six heures ou encore si, même moins grave elle survient chez une multipare relativement âgée.

Il s'agit d'une opération de sécurité qui peut être autant que possible interannexielle c'est-à-dire les ovaires laissés en place. L'hystérorraphie est le plus souvent le traitement de la désunion de cicatrice.

Cette intervention conservatrice présente des avantages majeurs chez la femme jeune souhaitant préserver sa fertilité. Toutefois, elle ne peut être réalisée que lorsque les conditions anatomiques le permettent. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue non compliquée de lésion de voisinage.

Le choix entre l'hystérorraphie et l'hystérectomie dépend de plusieurs facteurs, notamment l'âge de la patiente, sa parité, l'étendue des lésions, le délai écoulé depuis la rupture utérine ainsi que le risque infectieux associé.

La césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur d'un utérus rompu et suturé.

Les antibiotiques seront administrés à dose forte par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours contre les infections et le traitement du choc sera confié au service de réanimation.

3.3.3 L'hématome rétro-placentaire

L'hématome rétro-placentaire est un décollement prématuré du placenta de l'utérus, habituellement après 20 semaines de grossesse[15].

Le décollement placentaire prématuré (hématome rétro placentaire) se produit dans 0,4 à 1,5% des grossesses ; le pic d'incidence est de 24 à 26 semaines de grossesse [12].

3.3.3.1 Facteurs de risque

De nombreux facteurs de risque ont été décrits. Les principaux sont :

- Age > 35 ans ;
- La multiparité ;
- Le tabagisme
- Hypertension artérielle ;
- La rupture prématurée des membranes
- Antécédent personnel d'hématome rétro-placentaire ;

- Consommation de cocaïne ou autres substances vasoconstrictrices (dans certains contextes).

3.3.3.2 Conséquences [16]

Pour le fœtus : réduction voire interruption des échanges transplacentaires pouvant entraîner une asphyxie voire une mort in utero (mortalité périnatale de 10 à 30% selon les séries).

Pour la mère : hypovolémie (état de choc, anurie,...) et coagulopathie de consommation (hémorragie utérine, Coagulation Intra-Veineuse Disséminée...).

3.3.3.3 Données cliniques [13] :

Symptomatologie

- Douleur abdominale aiguë typiquement en coup de poignard, de siège diffus (douleur utérine) ;
- Métrorragies brunâtres ou rouges;
- Diminution ou disparition récente des mouvements actifs fœtaux (MAF).

Examen Clinique

- Hypertonie utérine permanente réalisant l'aspect classique d'«< utérus de bois >>».
- Augmentation de la hauteur utérine ;
- Anomalies du RCF ou mort in utero ;
- Au toucher vaginal : segment inférieur tendu avec présentation fixée ou appliquée et mise en évidence de métrorragies.

En dehors du travail:

- Métrorragies – $\frac{2}{3}$ des cas : typiquement brunâtres, mais en fait de couleur variable, parfois sang frais.
- Douleurs utérines : typiquement à type de contracture utérine, parfois confondues avec des contractions. Dans certains cas, anomalie de la contractilité utérine : mauvais relâchement ou hypertonie.
- Anomalies isolées du RCF : traduisant la réduction des échanges transplacentaires.
- Tableau de MAP : l'hématome collecté est un puissant irritant du muscle utérin responsable d'un travail prématuré peu accessible aux tocolytiques.
- Toute mort fœtale in utero inexplicée doit faire rechercher systématiquement un hématome rétro-placentaire.

Pendant le travail :

- Anomalies de la dynamique utérine : hypertonie, mauvais relâchement, hypercinésie.
- Anomalies du RCF : tachycardie ou ralentissements tardifs.

Liquide amniotique sanglant ; parfois l'évolution peut se faire vers une coloration verdâtre témoignant de l'issue de meconium.

3.3.4 Placenta prævia [12]

Le placenta prævia correspond à une insertion anormale du placenta dans le segment inférieur de l'utérus, avec recouvrement partiel ou total de l'orifice cervical interne.

Le placenta prævia correspond à un tissu placentaire qui recouvre toute partie de l'orifice cervical interne. Un placenta est dit bas lorsque le bord placentaire ne couvre pas l'orifice interne, mais se trouve à moins de 2 cm de celui-ci.

L'incidence du placenta prævia est d'environ 5/1000 accouchements [17]. Si le placenta prævia est mis en évidence au début de la grossesse, la disparition est habituelle vers 28 semaines, lorsque l'utérus augmente de volume

3.3.4.1 Facteurs de risque

Les facteurs de risque de placenta prævia sont les suivants :

- Multiparité ;
- Antécédents de césarienne ;
- Anomalies utérines qui inhibent l'implantation normale (p. ex., fibromes, curetage) ;
- Antécédent de chirurgie utérine (p. ex., myomectomie) ou de procédure utérine (p. ex., dilatation et curetage multiples) ;
- Tabagisme ;
- Grossesse multiple ;
- Âge maternel élevé ;
- Antecedent de placenta praevia;
- Grossesses obtenues par assistance médicale à la procreation.

3.3.4.2 Complications

Chez les patientes qui présentent un placenta prævia ou un placenta situé bas, les risques sont une anomalie de la présentation fœtale, une rupture prématurée des membranes, un retard de croissance intra-utérin, un vasa prævia et une insertion vélamenteuse du cordon ombilical (dans laquelle l'extrémité placentaire du cordon est constituée de vaisseaux ombilicaux divergents entourés uniquement de membranes fœtales). En cas d'antécédent de césarienne, le placenta prævia augmente le risque de placenta accréta ; le risque augmente considérablement à mesure que le nombre d'accouchements par césarienne augmente (d'environ 6 à 10% pour un accouchement par césarienne à > 60% pour > 4).

3.3.4.3 Symptomatologie

Les manifestations cliniques du placenta prævia apparaissent habituellement après 20 semaines de gestation. Il se caractérise le plus souvent par des métrorragies soudaines, indolores, d'abondance variable, pouvant parfois entraîner un état de choc hémorragique. Chez certaines patientes, ces saignements s'accompagnent de contractions utérines. La source de l'hémorragie est d'origine maternelle.

3.3.4.4 Diagnostic

Echographie trans vaginal

Le placenta prævia doit être systématiquement suspecté devant tout saignement vaginal survenant après 20 semaines de gestation. Lorsqu'il est présent, les touchers pelviens, en particulier l'examen digital cervical, peuvent majorer l'hémorragie, voire provoquer des saignements massifs d'apparition brutale. Dès lors, toute métrorragie après 20 semaines d'aménorrhée contre-indique la réalisation d'un toucher vaginal tant que le placenta prævia n'a pas été éliminé par l'échographie.

Bien que l'hémorragie liée au placenta prævia soit classiquement indolore, contrairement à celle observée lors du décollement placentaire, la distinction clinique n'est pas toujours évidente. L'échographie s'avère donc indispensable pour les différencier, l'échographie endovaginale représentant une technique diagnostique fiable, précise et sécuritaire.

3.3.5 Prééclampsie

La prééclampsie est définie par l'apparition, après 20 semaines d'aménorrhée (SA), d'une hypertension artérielle ($PAS \geq 140$ mmHg et/ou $PAD \geq 90$ mmHg), associée à une protéinurie ≥ 300 mg/24 h et/ou à des signes d'atteinte d'organe maternelle ou fœto-placentaire[18].

Nous ne disposons pas d'étude réelle permettant d'estimer l'incidence de la PE. Cependant une étude multicentrique portant sur la population générale en France retrouve une incidence de 0,6% [19] . En Europe, en 2024, environs 5% de grossesses se compliquent de PE [20] et en Afrique la fréquence varie de 10 à 13% [21]. Un certain nombre de facteurs de risques prédisposent à la toxémie gravidique ; Ces facteurs sont retrouvés de façon constante dans les études épidémiologiques [16].

Toutefois, l'absence de connaissance du mécanisme précis de la prééclampsie compromet la pertinence des facteurs de risques trouvés.

3.3.5.1 Facteurs de risques

L'étiologie de la prééclampsie est inconnue. Cependant, des facteurs de risque élevé et modéré ont été identifiés [22].

Les facteurs de haut risque comprennent les suivants :

- Antécédents de grossesse avec prééclampsie ;
- Grossesse multifœtale ;
- Pathologies rénales ;
- Maladies auto-immunes ;
- Diabète de type 1 ou de type 2 ;
- HTA chronique.

Les facteurs de risque modéré sont les suivants :

- Première grossesse ;
- Âge maternel ≥ 35 ans ;
- Indice de masse corporelle (IMC) $> 30 \text{ kg/m}^2$;
- Antécédents familiaux de prééclampsie ;
- Caractéristiques sociodémographiques (origine africaine ou afro-descendante, statut socioéconomique bas) ;
- Facteurs dépendants des antécédents personnels (p. ex., antécédents de nourrissons de faible poids de naissance ou de petite taille pour l'âge gestationnel, antécédents de grossesse à évolution défavorable, > 10 ans d'intervalle entre des grossesses) [23].

3.3.5.2. Etude clinique [24]

Signes fonctionnels

- Malaise général ;
- Douleurs abdominales (barre) ;
- Nausées, vomissements ;
- Dyspnée, essoufflement ;
- Céphalées inhabituelles ;
- Anomalies visuelles (mouches volantes, cécité) ;
- Convulsions « convulsions + grossesse = éclampsie »
- Contracture utérine, métrorragies

Signes à l'examen clinique

- HTA (prise correcte) ;
- Œdèmes (visage, mains +++) ;
- Réflexes ostéo-tendineux vifs, polycinétiques ;

- Œdème pulmonaire ;
- Oligurie ;
- Douleur de l'hypocondre droit, du creux épigastrique ;
- Ictère

3.3.5.3. Complications

a. Maternelles

- Eclampsie ;
- Hématome rétro-placentaire ;
- Le syndrome HELLP constitue une complication sévère de la prééclampsie. Il associe une hémolyse, une élévation des enzymes hépatiques et une thrombopénie.

Autres complications maternelles :

- Hémorragie cérébro-méningée ;
- Coagulation intra vasculaire disséminée ;
- Anémie hémolytique ;
- Avortement spontané ;
- Accouchement prématuré ;
- Rétinopathie hypertensive (cécité) ;
- Insuffisance rénale ;
- Décès maternel ;
- Œdème aigu du poumon ;

Infarctus du myocarde et la rupture sous capsulaire du foie sont heureusement exceptionnels

b. Fœtales

- Retard de croissance intra utérin ;
- Mort fœtale in utero (50% dans l'HRP) ;
- Souffrance fœtale chronique (SFC) et souffrance fœtale aigue (SFA) ;
- Décès périnatal (31% de mort-nés).

c. Néonatales :

- Prématurité, l'hypotrophie et la souffrance néonatale ;
- Mort néonatale précoce (12,6% dans les 48h).

3.3.6 Paludisme au cours de la grossesse [11]

3.3.6.1 Définitions :

Paludisme : est une affection parasitaire fébrile due à un parasite (Plasmodium) transmis par la piqûre d'un moustique appelé anophèle femelle.

Paludisme et grossesse : c'est la survenue du paludisme chez une femme enceinte ou la survenue d'une grossesse chez une femme infestée.

3.3.6.2 Causes (agents responsables) :

Cinq espèces de plasmodium peuvent infecter l'être humain : *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* et *P. knowlesi*.

3.3.6.3 Signes cliniques

a. Paludisme simple ou primo-infection palustre :

- **Signes fonctionnels** : céphalées, nausées, anorexie ;
- **Signes généraux** : fièvre à 38-39°C, frissons et sueurs ;
- **Signes physiques** : hépato-splénomégalie à la palpation

b. Paludisme grave ou accès pernicieux ou neuropaludisme :

Le paludisme grave est particulièrement observé chez les primigestes et chez les femmes non immunisées vivant en zone d'endémie.

L'accès pernicieux peut survenir après le paludisme simple non ou mal traité ou même d'emblée.

- **Signes fonctionnels** : céphalées intenses, vertiges, vomissements à répétition
- **Signes généraux** : fièvre à 40- 41°C, convulsions, dyspnée et coma ;
- **Signes physiques** : anémie, ictère, hémorragie rétinienne à l'inspection et hépato-splénomégalie à la palpation.

c. Autres formes

Le paludisme viscéral évolutif et la fièvre bilieuse hémoglobininurique : devenue rare et survenant chez un ancien paludéen à *P. falciparum* traité par la quinine : est fatal dans 30 % des cas.

3.3.7 Vomissements gravidiques graves

3.3.7.1 Définition

Les vomissements gravidiques graves (hyperémèse gravidique) correspondent à des nausées et vomissements sévères de la grossesse entraînant une perte pondérale, une déshydratation et des troubles hydroélectrolytiques [11].

3.3.7.2 Causes ou facteurs de risque

- Antécédents personnels et familiaux de vomissements incoercibles ;
- Grossesses multiples, grossesses molaires ;
- Primigestes ;
- Antécédents d'avortement ou de MFIU ;
- Conflit conjugal, stress [11].

3.3.7.3 Clinique

Ils évoluent en deux phases, d'ailleurs mal séparées l'une de l'autre : une phase à dominante fonctionnelle, surtout émétisante et une phase de dénutrition.

a. Phase émétisante

Les vomissements ont les caractères qui ont été décrits précédemment. Mais ils acquièrent un degré particulier d'abondance et de répétition.

Le ptyalisme est souvent marqué : la femme déglutit une partie de sa salive qu'elle vomit ensuite. La constipation et l'oligurie complètent le tableau fonctionnel. Surtout l'amaigrissement apparaît, s'accroît vite, apprécié par les prises quotidiennes de poids. Le visage s'altère.

Cette phase a une durée variable et peut comporter des rémissions. Elle évolue souvent encore vers la guérison, même spontanée. Mais la deuxième phase peut lui succéder [25].

b. Phase de dénutrition

Elle est caractérisée par l'atteinte de plus en plus profonde de l'état général.

L'amaigrissement est considérable. La fonte du plicule adipeux commence, puis c'est celle des masses musculaires avec déshydratation. La malade peut perdre jusqu'au tiers de son poids.

Le visage devient pâle et ridé et les lèvres sèches. Le ventre se creuse en bateau.

L'utérus fait une saillie médiane, les épines iliaques font deux saillies latérales. Les fesses maigrissent, le frottement des ischions sur les draps irrite l'épiderme et des escarres peuvent apparaître.

Le pouls et la respiration s'accroissent en permanence. La tachycardie peut atteindre 100, 120 ou plus. C'étaient naguère l'indication la plus nette de l'avortement thérapeutique. La température est normale ou un peu abaissée. Les urines diminuent en quantité. L'oligurie peut atteindre 500 ml, 400 et moins par vingt-quatre heures. L'appétit est nul, l'haleine d'odeur acétonique, la constipation absolue et le subictère parfois [10].

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils entraînent [10] :

- Une atteinte hépatique ;
- Des troubles neurologiques : l'encéphalopathie de Gayet Wernicke est la complication neurologique principale dans les formes avec retentissement nutritionnel sévère. Elle est secondaire à une carence en vitamine B 1 (thiamine) et son mécanisme est maintenant bien compris. Le début est progressif par des troubles de la vigilance et la décompensation survient le plus souvent lors de l'apport glucidique des premières mesures de réanimation. On voit s'installer des signes neurologiques à type de nystagmus, ataxie, signes oculaires (paralysie oculomotrice, hémorragies rétinienne et œdème papillaire) puis paraplégie, quadriplégie, obnubilation ou confusion mentale et décès en l'absence de mesures adaptées.

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans les maternités du centre de santé de référence et de l'hôpital de Tombouctou.

Présentation de Tombouctou

➤ Présentation générale de la région

La région de Tombouctou est la sixième (6^e) région administrative de la République du Mali, créée en 1977 par l'ordonnance n°77-45/CMLM. Elle couvre une superficie d'environ 206 000km². En 2022, sa population était estimée à 974 278 habitants, avec une densité moyenne de 4,7 hab./km² et un taux d'accroissement annuel de 3,6 %.

➤ Situation géographique et administrative

Située entre le 15° et le 25° parallèle de latitude nord, depuis l'adoption de la **Loi n°2023-006/CNT portant création des circonscriptions administratives en République du Mali** la région de Tombouctou comprend **13** cercles (Cercle de **Tombouctou**, de **Goundam**, de **Diré**, de **Niafunké**, de **Gourma-Rharous**, de **Bintagoungou**, de **Saraféré**, de **Bambara-Maoudé**, de **Léré**, de **Gossi**, de **Tonka**, de **Ber**, de **Gargando**) ; **34** arrondissements, **53** communes et **1 220** villages.

La région est limitée à l'est par les régions de Gao et de Kidal, au sud par celles de Ségou et Mopti, et au nord et nord-est par l'Algerie (Wilaya d'Adrar) et à l'ouest par la Mauritanie (région d'Oualata).

➤ Organisation sanitaire

Sur le plan sanitaire, la région de Tombouctou compte **242** infrastructures sanitaires pour une population estimée à 975 139 habitants selon (RGPH 2022). Parmi ces structures figurent 191 établissements de premier niveau, 44 structures de référence et plusieurs officines pharmaceutiques.

Cependant, la répartition spatiale de ces infrastructures demeure inégale. La majorité des structures sanitaires est concentrée dans la partie sud de la région, tandis que certaines localités situées au nord, telles que Issa Béry, Ber et Tin Aicha, ne disposent d'aucune infrastructure sanitaire. Cette situation illustre les difficultés de couverture sanitaire dans une région vaste caractérisée par une faible densité de population.

Par ailleurs, sur les 13 cercles que compte la région, seulement **5** disposent d'un Centre de Santé de Référence. En outre, la région reste faiblement dotée en infrastructures de deuxième référence, avec un seul hôpital et six cliniques.

➤ **Milieu physique et climat**

Le relief de la commune de Tombouctou est essentiellement dunaire, exposant la ville à un risque d'ensablement. La partie sud, notamment Kabara, bénéficie de conditions favorables à l'agriculture grâce à la proximité du fleuve Niger. Ce dernier constitue le principal cours d'eau de la zone et joue un rôle important dans l'irrigation et les activités économiques.

Le climat est de type sahélien à tendance aride, avec une pluviométrie annuelle moyenne d'environ 160 mm, concentrée entre juillet et septembre. Les températures sont élevées, dépassant souvent 40 °C en saison chaude, et peuvent descendre en dessous de 15 °C en saison froide. Ces conditions limitent la végétation et rendent l'agriculture dépendante de l'irrigation.

➤ **Données socio-économiques et culturelles**

La population de la région est composée de plusieurs groupes ethniques, notamment :

La population est composée de plusieurs groupes ethniques, notamment les Songhaïs, Armas, Touaregs, Bêlas, Maures, Peulhs et Bambaras.

L'économie régionale est essentiellement agro-pastorale, reposant sur des activités primaires fortement dépendantes des conditions climatiques. L'agriculture, pratiquée dans les zones sédentaires, repose principalement sur la culture du mil, du riz et de la pomme de terre.

L'élevage est caractérisé par la transhumance saisonnière, notamment chez les Touaregs et les Peulhs, avec un cheptel dominé par les ovins, caprins, bovins et camelins. La pêche est pratiquée par les populations riveraines du fleuve Niger. Le commerce porte sur les produits agricoles, le bétail et les denrées de première nécessité, tandis que l'artisanat est principalement assuré par les forgerons Tamasheq.

Classée parmi les sites du patrimoine culturel national et mondial de l'UNESCO, la ville de Tombouctou est réputée pour son riche héritage historique et culturel. Elle est communément appelée « **la ville des 333 saints** » ou encore « **la ville mystérieuse** ».

3.1.2 Présentation du CSRéf de Tombouctou

Le centre de santé de Référence de Tombouctou existe depuis l'indépendance du Mali et a été restructuré dans sa forme actuelle en 1989. Le CSRéf est situé au Nord-ouest de la ville de Tombouctou non loin de la mosquée de Sankoré.

3.1.2.1 Bâtiments

Le CSRéf est constitué de quatre bâtiments :

- **Premier bâtiment** : dépôt de vente des médicaments essentiels, magasin de stockage, laboratoire, salle de réunion.

- **Deuxième bâtiment** : bureaux administratifs (médecin-chef, hygiène, développement social), bloc opératoire, bureaux de l'anesthésiste, du point focal nutrition et du médecin d'appui PEV.
- **Troisième bâtiment** :
 - *Rez-de-chaussée* : bureaux de consultation, salle d'échographie, secrétariat, comptabilité, chaîne de froid, salles de pansement et d'injection, vaccination, suivi préventif de l'enfant, magasins, salle de conférence.
 - *Étage* : bureaux de pédiatrie et de prise en charge des URENI, maternité (accouchement, CPN, PF, PTME), salles d'hospitalisation et sanitaires.
- **Quatrième bâtiment** : logements des médecins et de la sage-femme.

3.1.2.2 Ressources humaines

Le personnel comprend notamment deux médecins, des techniciens supérieurs (santé publique, laboratoire, pharmacie), des infirmiers, des sage-femmes, des matrones, des aides-soignants ainsi que du personnel administratif et de soutien.

NB : Cependant, le CSRéf souffre d'un important déficit en personnel qualifié, notamment dans certaines spécialités.

3.1.2.3 Ressources financières

Les ressources financières proviennent des subventions de l'état (dans certains cas), et des partenaires qui interviennent dans le cadre du PRODESS.

Il convient de noter que plusieurs prestations de soins bénéficient de mesures de gratuité mises en œuvre dans le contexte post-crise.

3.1.2.4 Moyens logistiques

Le CSRéf dispose comme moyen logistique une ambulance en bon état, une hilux en état passable et deux motos DT en état passable.

3.1.2.5 Description de la maternité du CSRéf

- Bureau de la sage-femme maîtresse ;
- Salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement et une table de réanimation du nouveau-né ;
- Une unité des suites de couches avec 3 lits ;
- Unité de PTME (Prevention de la Transmission Mère Enfant) ;
- Une salle de CPN ;
- Une unité de Planification familiale ;
- Salle de garde pour les infirmières obstétriciennes et les aides-soignantes ;
- Une grande salle d'hospitalisation avec 08 lits ;

- Une salle pour les post-césariées avec 04 lits ;
- Une salle de déclaration de naissance ;
- Un bloc opératoire fonctionnel.

3.1.2.6 Le personnel de la maternité

Elle comporte :

- Un médecin généraliste exerçant principalement dans le domaine de la gynécologie-obstétrique ;
- Une sage-femme maîtresse ;
- Quatre sages-femmes ;
- Trois matrones ;
- Quatre infirmières obstétriciennes ;
- Un technicien supérieur en anesthésie réanimation.

Le service accueille également des étudiants de la FMOS et ceux des écoles de santé pour les stages de formation et de perfectionnement.

3.1.2.7 Le fonctionnement

Les CPN sont assurées quotidiennement par les sages femmes durant les jours ouvrables. Les consultations externes ainsi que les urgences gynécologiques et obstétricales sont réalisées par le médecin assisté des étudiants en médecine (thésards). Les accouchements sont également assurés par les sages-femmes.

Le bloc opératoire est fonctionnel tous les jours pour la prise en charge des urgences chirurgicales, gynéco-obstétricales ainsi que les patients programmés pour une césarienne.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée sous la supervision du médecin généraliste.

Une équipe de garde assure la continuité des soins de 16 heures à 08 heures du matin.

L'ambulance assure la liaison entre le CSRef, les CSCOM de la ville ainsi que l'hôpital régional.

3.1.3 Présentation de l'hôpital

L'Hôpital de Tombouctou s'étend sur une superficie d'environ quatre (04) hectares. Il comprend douze (12) services et occupe une place stratégique dans le dispositif sanitaire régional, étant classé au premier rang des investissements réalisés dans le cadre de la gestion de la crise au nord du Mali. Il s'agit d'un complexe hospitalier de type pavillonnaire, en cours d'extension avec la construction de nouveaux bâtiments et la rénovation des infrastructures existantes. L'hôpital assure trois missions fondamentales : (Les soins, la formation et la recherche).

a. Localisation et rôle sanitaire

Situé au sud de la ville de Tombouctou, l'hôpital est bordé par quatre voies principales. L'accès est facilité par deux entrées distinctes : une entrée principale à accès permanent ; une entrée réservée aux urgences.

Ouvert officiellement le 10 août 1992, l'Hôpital de Tombouctou joue le rôle de structure sanitaire de deuxième niveau de référence pour la région.

Conformément à la politique sectorielle de santé basée sur le système de référence et d'évacuation, il reçoit les patients référés et évacués des cercles de la région de Tombouctou ainsi que de la région de Taoudéni, notamment : Goundam : 97 km ; Diré : 135 km ; Gourma Rharous : 160 km ; Niafunké : 250 km ; Taoudéni : 750 km ; la commune urbaine de Tombouctou.

b. Composition de l'hôpital

L'hôpital compte 11 services techniques tous fonctionnels : La médecine interne, la chirurgie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, la rééducation fonctionnelle et d'appareillage orthopédique, la radiologie, l'odontostomatologie, l'ophtalmologie, le laboratoire d'analyse et la pharmacie, l'urgence et réanimation, l'ORL.

c. Description du service de la gynécologie-obstétrique

Il comporte :

- Deux bureaux de consultations gynécologiques et obstétriques ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Cinq salles d'hospitalisations avec 20 lits ;
- Une salle de consultation prénatale (CPN) ;
- Une salle de consultation post natale (CPON) ;
- Une salle de PTME (Prevention de la Transmission Mère Enfant) ;
- Une salle de pansement ;
- Une salle d'accouchement avec 03 lits d'accouchements ;
- Une unité de one stop center ;
- Un bloc opératoire fonctionnel ;
- Une salle de garde ;
- Un laboratoire de compétence ;
- Planification familiale ;
- Dépistage du cancer du col de l'utérus.

d. Le personnel du service

Il comporte :

- Deux médecins spécialisés en gynécologie obstétrique, le chef du service y compris ;
- Un médecin généraliste ;
- Une sage-femme maîtresse ;
- Quatre sage-femmes ;
- Quatre matrones ;
- Une infirmière obstétricienne ;
- Un technicien supérieur en anesthésie réanimation ;
- Deux instrumentalistes.

Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans les ordres d'enseignement socio-sanitaire dont ceux de la faculté de médecine en année de thèse.

e. Fonctionnement du service

Les consultations prénatales (CPN) sont assurées par les sage-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé chaque jeudi.

Les consultations externes gynécologiques se déroulent quotidiennement, du lundi au vendredi, et sont assurées par les gynécologues-obstétriciens.

Une équipe de garde permanente prend en charge, chaque jour, les urgences gynécologiques, y compris les cas de violences basées sur le genre, à travers l'unité << One Stop Center >>.

Le bloc opératoire est fonctionnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre et tous les jours, dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales, gynéco-obstétricales urgentes ainsi que des interventions programmées, notamment les mardis et jeudis.

Un staff réunissant l'ensemble du personnel du service se tient quotidiennement à partir de 08 heures afin de discuter des événements survenus durant la garde.

Par ailleurs, une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée sous la supervision d'un médecin gynécologue-obstétricien.

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et analytique à collecte prospective des données.

L'étude s'est déroulée du 1^{er} juillet au 30 novembre 2025 soit 5 mois.

4.3 Population d'étude

La population cible était constituée de toutes les femmes enceintes admises dans les maternités du CSRéf et de l'hôpital de Tombouctou durant la période d'étude.

4.4 Echantillonnage

Méthode d'échantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

4.5 Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans ce travail, toutes les femmes admises et prises en charge pour urgences obstétricales durant la période d'étude dans les deux établissements de santé de Tombouctou, après obtention de leur consentement libre et éclairé.

4.6 Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans ce travail :

- toutes les femmes admises et prises en charge pour urgences obstétricales durant la période d'étude dans les deux établissements de santé de Tombouctou et qui ont refusé de participer à l'étude ;

4.7 Collecte, saisie et analyse des données

a. Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir :

- des fiches d'enquêtes ;
- du registre d'accouchement ;
- des dossiers obstétricaux ;
- des fiches de référence/évacuation ;
- des bilans d'analyse ;
- des registres de compte rendu opératoire.

b. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS statistics version 25.0.

La saisie des textes s'est faite sur Microsoft Word.

Les tests statistiques de khi-deux de Pearson et test exact de Fisher ont été effectués selon les conditions d'application des tests statistiques pour évaluer les associations entre les types des urgences obstétricales et le pronostic materno-fœtal.

4.8 Déroulement de l'enquête

À leur arrivée dans les structures sanitaires concernées, les patientes étaient accueillies et orientées vers le service de gynécologie-obstétrique. Une évaluation clinique initiale était réalisée afin d'apprécier leur état et d'identifier les situations nécessitant une prise en charge urgente.

Les patientes répondant aux critères d'inclusion étaient recrutées de manière consécutive pendant toute la période d'étude. Les patientes admises dans un état critique ou nécessitant une prise en charge immédiate bénéficiaient prioritairement des soins d'urgence. Leur

interrogatoire et le recueil des données étaient réalisés après stabilisation de leur état clinique, lorsque cela était possible.

Après la prise en charge initiale, les informations nécessaires à l'étude étaient recueillies à partir de l'interrogatoire de la patiente ou de son accompagnant, de l'examen clinique, des résultats des examens complémentaires et de la consultation du dossier médical.

Les données recueillies étaient consignées sur une fiche d'enquête préétablie. Elles étaient ensuite vérifiées, saisies dans une base de données et analysées conformément aux objectifs de l'étude.

4.9 Les considérations éthiques

La présente étude a été réalisée après obtention des autorisations administratives des responsables des structures sanitaires concernées.

Le consentement libre et éclairé des participantes a été obtenu avant leur inclusion dans l'étude.

L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été rigoureusement respectés.

Les données collectées ont été utilisées uniquement à des fins scientifiques et académiques.

Aucun préjudice physique, psychologique ou financier n'a été causé aux participants du fait de leur participation à l'étude.

RESULTATS

5 RESULTATS

Fréquence des urgences obstétricales

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 191 cas d'urgences obstétricales, dont 105 à l'hôpital et 86 au CSRef, sur un total de 1247 admissions enregistrées dans les maternités des deux structures. Les urgences obstétricales représentaient ainsi une fréquence de 15,3 %.

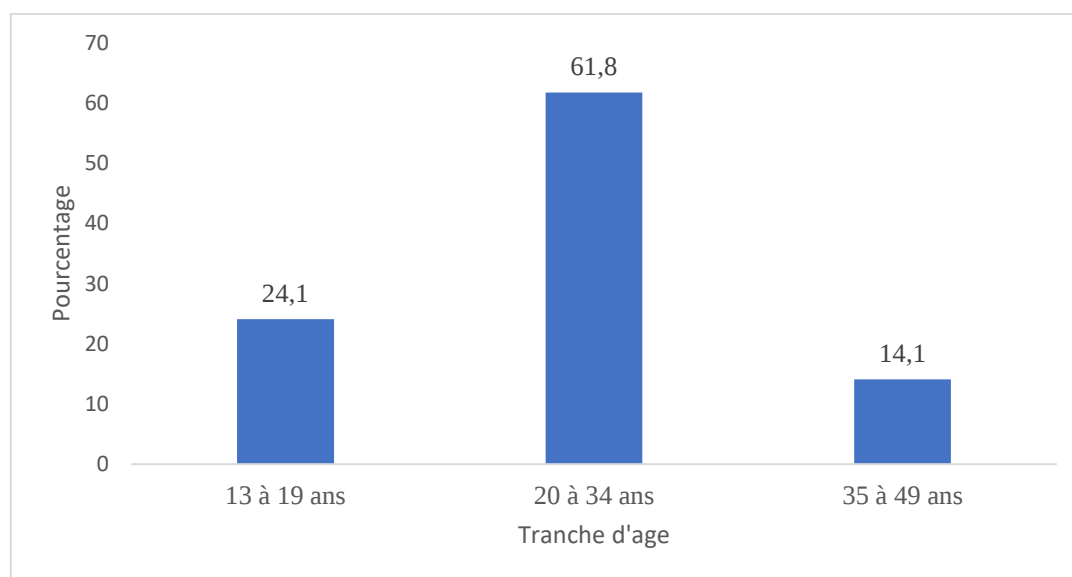


Figure 1: Répartition des patientes selon la tranche d'âge (n= 191)

Tableau I : Répartition des patientes selon la profession

Profession	n	%
Ménagère	165	86,4
Élève/étudiante	18	9,4
Fonctionnaire	5	2,6
Commerçante	3	1,6
Total	191	100,0

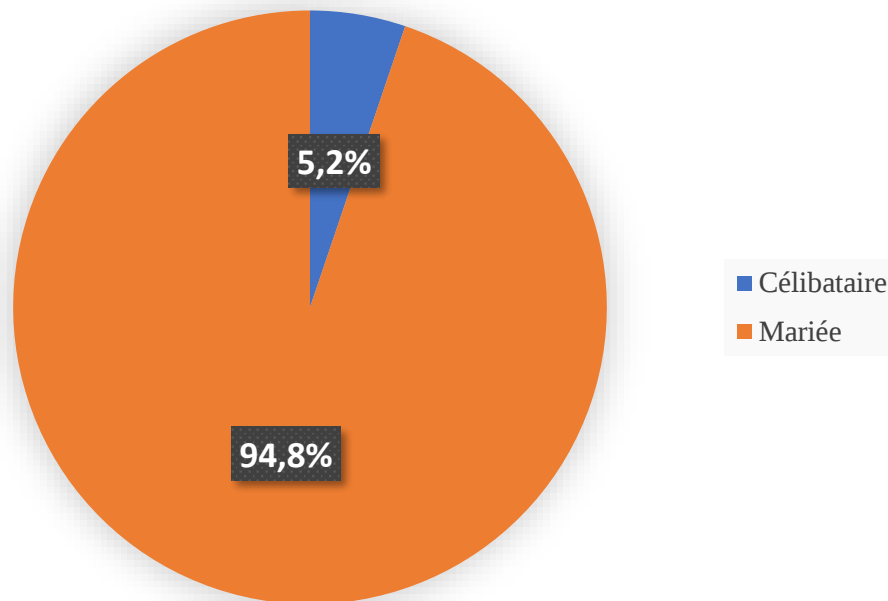


Figure 2: Répartition des patientes selon le statut matrimonial (n= 191)

Tableau II : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	n	%
Hors Tombouctou	67	35,1
Tombouctou ville	124	64,9
Total	191	100,0

Tableau III : Répartition des patientes selon la provenance

Provenance	n	%
Domicile	95	49,7
CSCom	63	33,0
CSRef	29	15,2
Clinique/Cabinet médical	4	2,1
Total	191	100,0

Tableau IV : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	n	%
Évacuée	96	50,3
Venue d'elle même	95	49,7
Total	191	100,0

Tableau V : Répartition des patientes selon le moyen de transport emprunté

Moyen de transport emprunté	n	%
Ambulance	66	34,6
Véhicule collectif	54	28,3
Moto	38	19,9
A Pieds	19	9,9
Véhicule personnel	14	7,3
Total	191	100,0

Tableau VI : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	n	%
Contractions utérines douloureuses	62	32,5
Vertiges	14	7,3
Métrorragie sur grossesse	14	7,3
Algie pelvienne sur grossesse	14	7,3
Prééclampsie	13	6,8
Céphalée intense	10	5,2
Hémorragie du post partum	9	4,7
Hypertension artérielle sur grossesse	9	4,7
Anémie	7	3,7
Perte liquidienne sur grossesse	7	3,7
Crise d'éclampsie	6	3,1
Hauteur utérine excessive	5	2,6
Présentation anormal	5	2,6
Défaut d'engagement	4	2,1
Eclampsie	4	2,1
Bassin généralement rétréci	3	1,6
Hématome retro placentaire	3	1,6
Rupture prématurée des membranes	3	1,6
Utérus cicatriciel	3	1,6
Total	191	100,0

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	n	%
Aucun	170	89,0
HTA	16	8,4
Asthme	3	1,6
Diabète	2	1,0
Total	191	100,0

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	n	%
Aucun	166	86,9
Césarienne	23	12,0
Curetage	1	0,5
Myomectomie	1	0,5
Total	191	100,0

Tableau IX: Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux

Antécédents gynéco-obstétricaux	n	%
Aucun	188	98,4
Kyste	2	1,0
Avortement	1	0,5
Total	191	100,0

Tableau X : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	n	%
Primigeste	64	33,5
Paucigeste	64	33,5
Multigeste	30	15,7
Grande multigeste	33	17,3
Total	191	100,0

Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	n	%
Nullipare	12	6,3
Primipare	66	34,6
Paucipare	59	30,9
Multipare	28	14,7
Grande multipare	26	13,6
Total	191	100,0

Tableau XII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisées

Nombre de CPN	n	%
0	61	31,9
1-4	121	63,4
≥5	9	4,7
Total	191	100,0

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	n	%
6 SA- 15SA+6jours	1	0,6
16 SA- 27SA+6jours	6	3,7
28 SA- 41SA+6jours	156	95,7
Total	163	100,0

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la période de gravido puerpéralité à l'admission

Période de gravido puerpéralité	n	%
Gestante	65	34,0
Parturiente	98	51,3
Post partum	28	14,7
Total	191	100,0

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

Taux d'hémoglobine (g /dl)	n	%
<7	29	15,2
7- 10,99	71	37,2
≥11	91	47,6
Total	191	100,0

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	n	%
Prééclampsie	41	21,5
Asphyxie fœtal	29	15,2
Hémorragie du post partum immédiat	22	11,5
Éclampsie	12	6,3
Hématome retro placentaire	10	5,2
Syndrome pré-rupture	8	4,2
Utérus multicicatriciel en travail	8	4,2
Menace d'accouchement prématuré	7	3,7
Présentation dystocique	7	3,7
Anémie sur grossesse	6	3,1
Utérus cicatriciel/Bassin limite	6	3,1
Bassin généralement rétréci en travail	5	2,6
Paludisme compliqué d'anémie	5	2,6
Rupture prématurée de la membrane	5	2,6
Rupture utérine	5	2,6
Placenta prævia	4	2,1
Autres*	11	5,8
Total	191	100,0

Autres*=DFP, Échec de l'épreuve de travail, Procidence cordon, Macrosomie fœtale, Rétention placentaire

Tableau XVII: Répartition des patientes selon le traitement médicamenteux

Traitement médicamenteux	n	%
Antibiotique	152	79,6
Sulfate de magnésium	40	20,9
Transfusion sanguine	42	21,9
Perfusion de soluté	31	16,2
Antihypertenseur	12	6,3
Anticonvulsivant	11	5,8
Tocolytique	7	3,7
Corticoïde	5	2,6
Protocole d'artésunate	5	2,6

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le traitement chirurgical et instrumental

Traitement chirurgical et instrumental	n	%
Césarienne	90	47,1
Révision utérine	14	7,3
Suture	8	4,2
Forceps/Ventouse	5	2,6

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la réalisation d'une transfusion sanguine

Transfusion sanguine	n	%
Oui	42	22,0
Non	149	78,0
Total	191	100,0

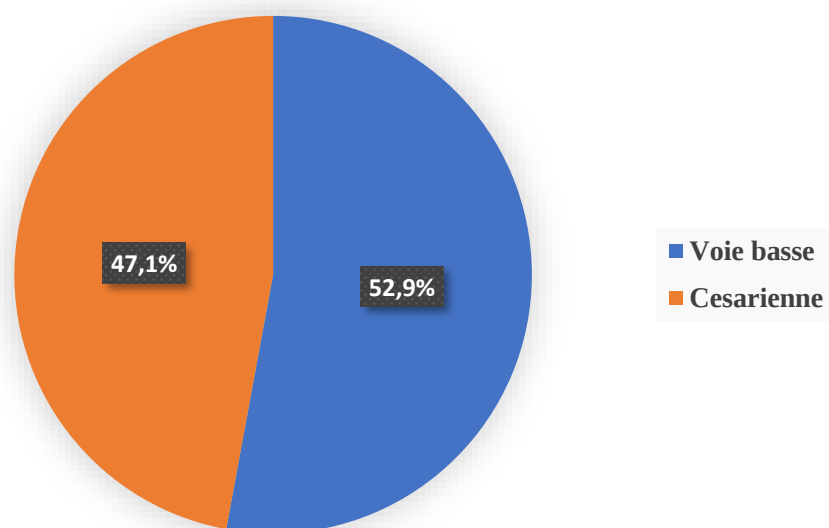


Figure 3: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement (n= 191)

La voie basse représentait 52,9% des cas.

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'Apgar à la 1ère et 5^e minutes

Apgar	n	%
1ere minute		
<7	46	30,1
≥7	107	69,9
5 -ème minutes		
<7	15	9,8
≥7	138	90,2
Total	153	100,0

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le pronostic néonatal

Pronostic néonatal	n	%
Vivant	155	79,1
Mort-né macéré	29	14,8
Mort-né frais	12	6,1
Total	196	100,0

Tableau XXII : Répartition des nouveau-nés selon la notion de réanimation

Réanimation du nouveau-né	n	%
---------------------------	---	---

Non	150	76,5
Oui	46	23,5
Total	196	100,0

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

Durée d'hospitalisation (jours)	n	%
1	8	4,2
2-7	174	91,1
8-14	9	4,7
Total	191	100,0

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les suites des couches

Suites des couches	n	%
Suites simples	132	69,1
Suites compliquées	59	30,9
Total	191	100,0

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	n	%
Favorable	187	97,9
Décès maternel	4	2,1
Total	191	100,0

Tableau XXVI : Relation entre l'âge maternel et l'état du nouveau-né

Tranches d'âge (année)	Etat du nouveau-né	
	Mort-né N (%)	Vivant N (%)
13-19	8 (17,4)	38 (82,6)
20-34	17 (14,4)	101 (85,6)
35-49	11 (40,7)	16 (59,3)
Total	36 (18,8)	155 (81,2)

p=0,007

Tableau XXVII : Relation entre les moyens empruntés et l'état du nouveau-né

Moyens empruntés	Etat du nouveau-né	
	Mort-né	Vivant
A Pieds	7 (18,4)	31 (81,6)
Ambulance/Véhicule collectif	25 (22,5)	86 (77,5)
Véhicule personnel	4 (9,5)	38 (90,5)
Total	36 (18,8)	155 (81,2)

p= 0,185

Tableau XXVIII : Relation entre les antécédents chirurgicaux et l'état du nouveau-né

Antécédents chirurgicaux	Etat du nouveau-né	
	Mort-né	Vivant
Non	34 (20,5)	132 (79,5)
Oui	2 (8,0)	23 (92,0)
Total	36 (18,8)	155 (81,2)

p= 0,175

Tableau XXIX : Relation entre la gestité et l'état du nouveau-né

Gestité	Etat du nouveau-né	
	Mort-né	Vivant
Grande multigeste	10 (30,3)	23 (69,7)
Multigeste	8 (26,7)	22 (73,3)
Paucigeste	8 (12,5)	56 (87,5)
Primigeste	10 (15,6)	54 (84,4)
Total	36 (18,8)	155 (81,2)

p= 0,105

Tableau XXX : Relation entre la parité et l'état du nouveau-né

Parité	Etat du nouveau-né	
	Mort-né	Vivant
Grande multipare	9 (34,6)	17 (65,4)
Multipare	8 (28,6)	20 (71,4)
Nullipare	3 (25,0)	9 (75,0)
Paucipare	8 (13,6)	51 (86,4)
Primipare	8 (12,1)	58 (87,9)
Total	36 (18,8)	155 (81,2)

p= 0,049

Tableau XXXI : Relation entre la CPN faite et l'état du nouveau-né

CPN faite	Etat du nouveau-né	
	Mort-né	Vivant
Oui	20 (15,4)	110 (84,6)
Non	16 (26,2)	45 (73,8)
Total	36 (18,8)	155 (81,2)

p= 0,074

Tableau XXXII : Relation entre le taux d'hémoglobine et l'état du nouveau-né

Taux d'hémoglobine	Etat du nouveau-né	
	Mort-né	Vivant
<7	8 (27,6)	21 (72,4)
7 – 10,99	15 (21,1)	56 (78,9)
≥ 11	13 (14,3)	78 (85,7)
Total	36 (18,8)	155 (81,2)

p= 0,231

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon les facteurs de risque

Facteurs	OR	95% IC	p
Tranches d'âge (année)			
13-19	—	—	
20-34	0,86	0,35 – 2,28	0,749
35-49	3,50	1,18 – 10,9	0,026
CPN réalisée			
Fait	—	—	
Non fait	1,98	0,91 – 4,28	0,082

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif d'analyser les urgences obstétricales prises en charge dans les maternités du Centre de Sante de Reference et de l'hôpital de Tombouctou durant la période allant de juillet à novembre 2025.

6.1 Fréquence des urgences obstétricales

Dans notre étude, la fréquence des urgences obstétricales était de **15,3%**.

Cette fréquence témoigne de l'importance des complications obstétricales dans l'activité quotidienne des maternités de Tombouctou.

Nos résultats sont comparables à ceux rapportés dans plusieurs études africaines et Maliennes bien que les fréquences varient selon les structures et les contextes. Cette fréquence était supérieure à celles retrouvées par Tangara au CSRéf de la Commune V de Bamako (7,97 %) [26] et par Kodio BA au CSRéf de la Commune VI (9,67 %) [27]. En revanche, elle demeure inférieure aux fréquences observées dans certaines études réalisées à l'hôpital de Gao (**23,5 %**) [28] et dans les districts sanitaires de Yanfolila (**23,6 %**) [29] et de Dioïla (**30,1 %**) [30].

Cette fréquence relativement élevée pourrait s'expliquer par :

- le statut de structures de référence du CSRéf et de l'hôpital ;
- l'étendue géographique de la région ;
- les difficultés d'accès aux soins obstétricaux ;
- les retards dans la prise de décision et dans les évacuations sanitaires.

La situation sécuritaire de la région pourrait également contribuer à l'augmentation du recours tardif aux structures.

6.2 Caractéristiques sociodémographiques

Age des patientes

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 34 ans avec **61,8%** des patientes, l'âge moyen des patientes était de **26,5 ± 7,8** ans, avec des extrêmes de 13 ans et 49 ans. Ce résultat est comparable à celui retrouvé dans plusieurs études réalisées au Mali notamment avec Diabaté M [31] qui dans son étude a trouvé une tranche d'âge comprise entre 20 et 35 ans dans **62, 2%** des cas. Dembélé H [32] dans son étude a trouvé une tranche d'âge comprise entre 20 et 34 ans dans **53,2%** des cas. Dans une étude menée par Amadou Keita [33] au CSRéf de la commune V de Bamako, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 18 à 25 ans chez **39,7%** des patientes avec une moyenne d'âge de **26,2 ± 0,3**. Cette prédominance de la tranche d'âge de 20 à 34 ans pourrait s'expliquer par le fait qu'elle correspond à la période de pleine activité génitale, durant laquelle les femmes sont plus exposées aux complications de la grossesse et de

l'accouchement.

Statut matrimonial

Au cours de notre étude, le statut matrimonial était dominé par les femmes mariées qui représentaient **94,8 %** des patientes. Ce résultat est comparable à celui d'Amadou Keita [34] qui a rapporté une proportion de **97,6 %** de patientes mariées. De même, Bannour et al. [35] ont trouvé **93,1 %** de femmes mariées dans leur série. Traoré Y. [36] a également rapporté une forte proportion de patientes mariées, soit **99,2 %**. Dans l'étude de Diabaté M, les femmes mariées représentaient **98,3 %** des patientes. Cette prédominance des femmes mariées pourrait s'expliquer par le fait que, dans le contexte socioculturel du Mali, la majorité des grossesses surviennent au sein du mariage. Par ailleurs, la fréquence des mariages précoces, particulièrement dans certaines régions comme Tombouctou, pourrait également contribuer à la proportion élevée de femmes mariées parmi les patientes admises pour des urgences obstétricales.

Profession

Les ménagères représentaient **86,4 %** de notre échantillon. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que, dans le contexte socioculturel du Mali, une grande proportion des femmes en âge de procréer exerce principalement des activités domestiques et n'a pas d'emploi formel.

Cette observation est fréquemment retrouvée dans les études obstétricales réalisées en Afrique subsaharienne.

Résidence

Près de deux tiers des patientes résidaient dans la ville de Tombouctou. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les maternités du Centre de Santé de Référence et de l'hôpital se situent dans cette ville, ce qui facilite l'accès aux soins pour les patientes résidant en milieu urbain.

Toutefois, plus du tiers provenait des localités périphériques, illustrant le rôle de référence joué par les deux structures.

6.3 Provenance et mode d'admission

La moitié des patientes provenaient directement de leur domicile tandis que **50,3%** des patientes ont été évacuées/référées. On note ainsi une prédominance des patientes évacuées, bien que la répartition soit globalement équilibrée.

Cette forte proportion d'évacuation montre l'importance du système référence-évacuation dans la prise en charge des urgences obstétricales.

Le mode d'admission était l'évacuation dans **47,6%** des cas dans l'étude de Diabaté M [31]. Dans l'étude d'Amadou Keita [33], **73,6 %** des patientes ont été évacuées/référées.

Par ailleurs cette situation pourrait traduire l'existence de difficultés dans la prise en charge précoce des complications obstétricales au niveau périphérique, nécessitant leur transfert vers une structure plus spécialisée.

6.3 Données cliniques

6.3.1 Parité

Dans notre étude, les primipares représentaient la catégorie la plus fréquentes avec **34,6%** des patientes. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que le premier accouchement est souvent associé à un risque plus élevé de certaines complications obstétricales telles que les dystocies, la prééclampsie et la souffrance fœtale. Des résultats similaires ont été rapportés dans plusieurs études réalisées au Mali notamment celui de Ouattara D [37] qui a rapporté **39,5%** des primipares. Notre résultat était différent à celui de Danioko N [38] chez qui les multipares étaient majoritaires avec un taux de **55,3%** des cas.

Par ailleurs, l'inexpérience face aux signes d'alerte de la grossesse et du travail d'accouchement pourrait également contribuer à la survenue tardive de certaines complications chez les primipares.

6.3.2 Consultations prénatales

Dans notre étude, **63,4%** des patientes avaient réalisé une consultation prénatale comprise entre 1 à 4, tandis que **4,7%** avaient effectué une consultation prénatale supérieur ou égal à 5 et **31,9%** n'avaient réalisé aucune consultation prénatale. La prédominance des patientes ayant un suivi prénatal insuffisant pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment le manque d'information, les contraintes socio-économiques ainsi que les difficultés d'accès aux structures sanitaires dans le contexte du Mali.

L'absence totale de CPN chez près d'un tiers des patientes constitue un constat important dans notre étude. En effet, les CPN permettent d'assurer la surveillance de la grossesse, d'identifier précocement les facteurs de risque et de dépister certaines complications maternelles et fœtales. La non-réalisation des CPN peut ainsi entraîner un retard dans le diagnostic et la prise en charge

de pathologies telles que les troubles hypertensifs de la grossesse, l'anémie, les infections ou certaines complications fœtales. Elle peut également limiter la mise en œuvre des mesures préventives et l'orientation précoce des patientes présentant une grossesse à risque. Dans notre série, la présence de patientes admises pour prééclampsie ainsi que celles présentant une anémie à l'admission souligne l'importance d'un suivi prénatal régulier. Toutefois, ces résultats ne permettent pas d'établir une relation causale directe entre l'absence de CPN et la survenue de ces complications.

Des résultats similaires ont été rapportés dans plusieurs études notamment celui de Ouattara D [34] qui a recensé **66,7%** des patientes avec une à quatre consultations prénatales. Dans l'étude de Diabaté M [31] **60,4%** des patientes ont fait une à trois consultations prénatales. Danioko N dans son étude [35], plus de la moitié des patientes soit **51,3%** n'avaient réalisé aucune CPN. Les soins prénatals dispensés par un prestataire qualifié sont importants pour surveiller le déroulement de la grossesse et réduire les risques de morbidité pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et durant la période postnatale [39].

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande désormais un minimum de huit contacts prénatals au cours de la grossesse, avec un premier contact au cours des 12 premières semaines de gestation, afin d'améliorer la surveillance maternelle et fœtale, de favoriser la détection précoce des complications et de réduire la mortalité périnatale [40].

Selon les données récentes de l'Enquête Démographique et de Santé VII réalisée au Mali en 2023–2024 [36], la couverture en consultations prénatales reste encore insuffisante, ce qui pourrait expliquer en partie la fréquence élevée des urgences obstétricales observée dans notre étude.

6.3.4 Motif d'admission

Dans notre étude le principal motif d'admission était représenté par les douleurs abdomino-pelviennes à type de contractions utérines douloureuses retrouvé dans **32,5%** des cas, suivi de la prééclampsie dans **6,8%** des cas. Ce résultat est comparable à celui de Bannour et al [6] qui dans leur étude, les motifs d'admission les plus fréquents étaient les douleurs pelviennes dans **38%** des cas.

La prédominance des contractions utérines douloureuses pourrait s'expliquer par le fait qu'elles constituent le principal signe d'entrée en travail, motivant fréquemment la consultation des patientes dans les structures sanitaires. Par ailleurs, la présence de la prééclampsie comme second motif d'admission témoigne de la persistance des pathologies hypertensives de la grossesse, reconnues comme des causes majeures de morbidité maternelle et fœtale au Mali.

6.3.5 Principales urgences obstétricales rencontrées

La prééclampsie constituait le type d'urgence obstétricale le plus fréquent avec **21,5%** des cas, suivie de la souffrance fœtale aigue (**15,2%**) et de l'hémorragie du post partum (**11,5%**). Cette prédominance de la prééclampsie pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des pathologies hypertensives de la grossesse, qui demeurent un problème majeur de santé public au Mali. La fréquence importante de la souffrance fœtale aigue traduit les difficultés de surveillance du travail, notamment en milieu à ressources limitées. Par ailleurs l'hémorragie du post-partum reste l'une des principales causes d'urgence obstétricale, en raison de son caractère brutal et potentiellement létal.

La présence non négligeable de l'éclampsie (**6,3%**) et l'hématome rétro-placentaire (**5,2%**) confirme la gravité des complications hypertensives dans notre contexte.

Nos résultats sont comparables à ceux de Bagnan J.A.T au Bénin [41], qui a retrouvé une prédominance des urgences hémorragiques (**36 %**), suivies des urgences hypertensives (**24,5 %**) et de la souffrance fœtale aiguë (**15,3 %**). Nos résultats diffèrent de ceux de Tchaou B.A et al. au Bénin [42], qui ont retrouvé une prédominance des dystocies (**32,1 %**), suivies des urgences hémorragiques (**21,7 %**) et hypertensives (**16,4 %**). Dans l'étude d'Amadou Keita les urgences obstétricales étaient marquées par la souffrance fœtale aigue dans **13,8%** des cas suivi de la prééclampsie dans **10,5%**.

Ces affections constituent les principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays en développement.

6.4 Traitement

6.4.1 Traitement médicamenteux

Dans notre étude, le traitement médicamenteux était dominé par l'antibiothérapie, utilisée dans **79,6 %** des cas. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le caractère souvent infectieux ou à risque infectieux de certaines urgences obstétricales, nécessitant une antibiothérapie prophylactique ou curative.

Le sulfate de magnésium était utilisé dans **20,9 %** des cas, témoignant de la prise en charge des pathologies hypertensives de la grossesse, notamment la prééclampsie et l'éclampsie. La transfusion sanguine (**21,9 %**) et la perfusion de solutés (**16,2 %**) témoignaient de la nécessité d'une réanimation chez certaines patientes, notamment dans les situations hémorragiques ou les états de choc.

6.4.2 Traitement chirurgical et instrumental

Le traitement chirurgical et instrumental était dominé par la césarienne, réalisée chez **47,1 %** des patientes. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par la nature et la gravité des urgences obstétricales rencontrées, certaines situations nécessitant une extraction fœtale rapide afin de préserver le pronostic maternel et/ou fœtal. La césarienne peut notamment être indiquée devant certaines complications telles que la souffrance fœtale aiguë, les hémorragies obstétricales, les troubles hypertensifs sévères ou certaines dystocies.

Les autres gestes étaient moins fréquents, notamment la révision utérine (**7,3 %**), la suture (**4,2 %**) et l'utilisation des forceps ou de la ventouse (**2,6 %**), réalisés selon la situation clinique.

6.5 Pronostic maternel

La majorité des patientes (**97,9%**) ont présenté une évolution favorable après prise en charge. Cette proportion élevée d'évolution favorable pourrait s'expliquer par une prise en charge rapide et adaptée des urgences obstétricales dans les structures sanitaires de Tombouctou.

Toutefois, des complications maternelles ont été observées.

Les complications les plus fréquentes étaient :

- l'anémie sévère ;
- le choc hémorragique ;
- les infections ;
- les complications hypertensives.

Ces complications traduisent souvent la gravité des cas admis ainsi que le retard de prise en charge.

Mortalité maternelle

Des décès maternels (**2,1%**) des cas ont été enregistré au cours de notre étude.

Les principales causes étaient les hémorragies sévères, les troubles hypertensives et les ruptures utérines.

Ces résultats rejoignent les données nationales et internationales qui identifient ces affections comme les principales causes de décès maternel.

Amadou Keita [31] dans son étude a apporté un taux de de **2,9%** de décès maternel. Dans l'étude de Bagnan J.A.T au Benin [43] le taux de létalité maternel était de **2,3%**.

6.6 Pronostic fœtal et néonatal

Le décès périnatal dans notre étude était de **20,9%** des cas. Bien que la majorité des nouveau-nés soient vivants, ce taux de mort fœtale reste élevé, traduisant la gravité des urgences obstétricales prises en charge dans notre contexte. Ce taux est supérieur à ceux d'Amadou Keita

[33] qui dans son étude a rapporté **3,3%** des cas de décès périnatal et de Diabaté M [31] qui a enregistré **1,16%** des cas. Par contre notre résultat reste inférieur à celui retrouvé par Traoré Y au Nioro du sahel au Mali [44], qui a rapporté une mortalité néonatale de **27,6%**.

La mortalité périnatale observée dans notre étude pourrait s'expliquer par :

- le retard d'évacuation ;
- l'état clinique sévère à l'admission ;
- l'insuffisance des moyens de réanimation néonatale ;
- la prématurité.

Cette mortalité demeure un indicateur sensible de la qualité des soins obstétricaux et néonataux.

6.2 Facteurs associés au mauvais pronostic

L'analyse statistique a permis d'identifier certains facteurs associés au mauvais pronostic maternel et/ou fœtal.

Parmi ces facteurs figurent :

- l'évacuation tardive ;
- l'absence ou l'insuffisance de consultation prénatale ;
- les hémorragies sévères ;
- les troubles hypertensives graves ;
- l'âge maternel extrême ;
- le délai de prise en charge.

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la prévention et la détection précoce des grossesses à risque.

Cette étude met en évidence l'importance des urgences obstétricales dans les maternités du CSRéf et de l'hôpital de Tombouctou. Les hémorragies obstétricales, les troubles hypertensives et les dystocies constituent les principales pathologies rencontrées. Malgré les efforts de prise en charge, ces urgences demeurent associées à une morbidité et une mortalité maternelles et périnatales importantes.

Le renforcement des consultations prénatales, l'amélioration du système de référence/évacuation, la disponibilité des produits sanguins et le renforcement des compétences du personnel apparaissent indispensables pour améliorer le pronostic maternel et néonatal.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude réalisée dans les maternités du CSRéf et de l'hôpital de Tombouctou, il ressort que les urgences obstétricales constituent un problème majeur de santé maternelle et périnatale dans la région.

Au cours de la période d'étude, les urgences obstétricales ont représenté une proportion importante des admissions obstétricales. Les patientes étaient majoritairement jeunes, mariées et ménagères.

Les principales urgences observées étaient dominées par la prééclampsie suivie de la souffrance fœtale aigue et les hémorragies obstétricales. Le pronostic maternel était globalement favorable tandis que le pronostic fœtal restait préoccupant. L'analyse des facteurs associés a montré que l'âge maternel avancé et la multiparité étaient des facteurs de risque de mortalité fœtale. L'amélioration du pronostic materno-fœtal passe par le renforcement du suivi prénatal et une prise en charge rapide des urgences obstétricales.

Cette étude met en évidence la nécessité de renforcer davantage les interventions visant à améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale dans la région de Tombouctou.

RECOMMANDATIONS

A la fin de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Au Ministère de la Santé et du Développement Social

- Renforcer le plateau technique des structures sanitaires de référence ;
- Assurer la disponibilité permanente des médicaments essentiels et des produits sanguins ;
- Renforcer les ressources humaines qualifiées en gynécologie-obstétrique, sage-femme, anesthésie-réanimation et néonatalogie ;
- Améliorer le système de référence/évacuation des urgences obstétricales.

A la Direction Régionale de la Santé de Tombouctou

- Renforcer les capacités des prestataires en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
- Veiller à la disponibilité des kits d'urgence obstétricale dans toutes les structures ;
- Renforcer la surveillance des décès maternels et périnataux.

Aux responsables des structures sanitaires

- Assurer une prise en charge rapide et conforme aux protocoles nationaux ;
- Renforcer le système de garde permanente ;
- Améliorer la tenue des dossiers médicaux et des registres.

Aux prestataires de santé

- Améliorer la qualité de la surveillance prénatale pour un dépistage précoce des grossesses à risque et à leur référence vers le CSRéf ou à l'hôpital ;
- Promouvoir la qualité des consultations prénatales ;
- Assurer la prise en charge rapide et adéquate des urgences obstétricales ;
- Encourager la consultation précoce en cas de signes de danger.

Aux femmes enceintes

- Effectuer régulièrement les consultations prénatales ;
- Se rendre rapidement dans une structure sanitaire en cas de signes d'alerte ;

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

1. Pan American Health Organization. Recommendations for the management of major obstetric emergencies. Washington D.C.: PAHO; 2024.
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2025.
3. Bannour I, Limam M, Rjiba G, Bannour R, Ajmi T. Les urgences gynécoobstétricales au service de gynécologie obstétrique de Sousse: étude épidémiologique et devenir des consultants. Pan Afr Med J. 3 oct 2022;43:53.
4. Diallo MH, Diallo FB, Keita M, Baldé DB, Barry AB, Baldé IS, et al. Gynecological and Obstetrical Emergencies at the University Clinic of Gynecology-Obstetrics of the National Hospital Donka Guinea. Open J Obstet Gynecol. 13 déc 2021;11(12):1862-74.
5. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), ICF. Septième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-VII) 2023–2024 : Rapport des indicateurs clés. Bamako (Mali) et Rockville (MD, USA) : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, ICF; 2024.
6. World Health Organization. Maternal mortality. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
7. World Health Organization. Mali – Health Cluster [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [cité le 13 août 2026]. Disponible sur: <https://healthcluster.who.int/countries-and-regions/mali>.
8. World Health Organization. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2025.
9. Organisation mondiale de la Santé. A pocket guide for clinical management of obstetric and neonatal emergencies in Africa [Internet]. Brazzaville: Bureau régional de l'OMS pour

l'Afrique; 2022 [cité le 13 août 2026]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/360550>.

10. Sanogo YS. Etudes épidémio-clinique des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala. FMOS. [Thèse de médecine]. [Bamako] ; 2012 ; N°62 : 79p.
11. Maiga M. Pronostic des urgences obstétricales dans le service de GynécoObstétrique du CHU Point G. FMOS. [Thèse]. Bamako ; 2019 ; N°310 : 177p.
12. Maiga M. Pronostic des urgences obstétricales dans le service de GynécoObstétrique du CHU Point G. FMOS. [Thèse]. Bamako ; 2019 ; N°310 : 177p.
13. Sanogo YS. Etudes épidémio-clinique des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala. FMOS. [Thèse de médecine]. [Bamako] ; 2012 ; N°62 : 79p.
14. Ouattara O. Aspects épidémio-cliniques des urgences obstétricales au CSRéf de la Commune I du District de Bamako. FMOS. [Thèse]. Bamako ; 2016 ; N°33 : 124p.
15. Dulay AT. Décollement placentaire (hématome rétroplacentaire). Manuel MSD [Internet]. 2024 [cité le 13 août 2026]. Disponible sur : Manuel MSD – Décollement placentaire (hématome rétroplacentaire).
16. Ouattara O. Aspects épidémio-cliniques des urgences obstétricales au CSRéf de la Commune I du District de Bamako. FMOS. [Thèse]. Bamako ; 2016 ; N°33 : 124p.
17. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2013;18(6):712-24.
18. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens*. 2022;27:148-69.
19. Téguté I, Touré B, Traoré Y, Sissoko N, Mounkoro N, Traoré M, et al. Prise en charge de l'association drépanocytose et grossesse en Afrique : expérience malienne et revue de la littérature. In: *Gynécologie-obstétrique du monde*. Paris: CNGOF; 2012. p. 679-686.

20. Inserm. Pré-éclampsie [Internet]. Paris: Inserm; 2024 [cité le 27 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/pre-eclampsie/>.
21. Sanogo YS. Etudes épidémio-clinique des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala. FMOS. [Thèse de médecine]. [Bamako] ; 2012 ; N°62 : 79p.
22. Henderson JT, Whitlock EP, O'Connor E, Senger CA, Thompson JH, Rowland MG. Low-dose aspirin for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. juin 2020;135(6):237pages.
24. Maiga M. Pronostic des urgences obstétricales dans le service de GynécoObstétrique du CHU Point G. FMOS. [Thèse]. Bamako ; 2019 ; N°310 : 177p.
25. Boyoma Bwana Masala. Étude de la fréquence des urgences obstétricales à l'Hôpital Général de Référence de Kamina RDC [mémoire sur Internet]. Kamina (RDC): Université de Kamina; 2011 [cité le ...]. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/11/12/6500/Etude-de-la-frequence-des-Urgences-obstetricals--lHpital-General-de-Reference-de-Kamin.html>.
26. Tangara T. Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2019. Thèse N°19M279.
27. Kodio BA. Étude épidémio-clinique des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako à propos de 507 cas [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2010. Thèse N°10M214.
28. Maiga D. Les urgences obstétricales à l'Hôpital Régional de Gao à propos de 203 cas du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008 [thèse de médecine]. Bamako: Université de Bamako; 2010. Thèse N°10M195.

29. Togola L. Problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Yanfolila [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2015. Thèse N°15M31.
30. Sall LA. Les urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Dioïla [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2013. Thèse N°13M143.
31. Diabaté M. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de maternité du Centre de Santé de Référence de Diéma dans la région de Kayes au Mali [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2021. Thèse N°21M326. 91 p.
32. Dembélé H. Évaluation du système de référence/évacuation axé sur les urgences obstétricales de 2015 à 2018 dans le district sanitaire de Yélimané [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020. Thèse N°20M364. 70 p.
33. Amadou KEITA. Etude epidemiologique et clinique des urgences obstetricals au centre de santé de référence de la commune V de Bamako, Mali, 2023.
34. Amadou KEITA. Etude epidemiologique et clinique des urgences obstetricals au centre de santé de référence de la commune V de Bamako, Mali, 2023.
35. Bannour I, Limam M, Rjiba G, Bannour R, Ajmi T. Les urgences gynécoobstétricales au service de gynécologie obstétrique de Sousse: étude épidémiologique et devenir des consultants. Pan Afr Med J. 3 oct 2022;43:53.
36. Traoré Y. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences Obstétricales au CSREF de Nioro du Sahel de 2015 à 2018 [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2020. 91p.
37. Ouattara. D. Les urgences obstétricales au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2016. 124p.
38. Danioko N. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Sante de Référence de Koulikoro [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2018. 36p.

39. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. Septième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2023–2024 (EDSM-VII), Rapport des indicateurs clés. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF ; 2024.
40. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l’OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016. 196 p. ISBN: 978-92-4-254991-1.
41. Bagnan JAT. Les urgences obstétricales a la clinique universitaire de gynécologie et d’obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou : aspects épidémiologiques et pronostiques. J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod. 2017;18(2):1-10.
42. Tchaou BA, Houunkponou NFM, Salifou K, Zoumenou E, Chobli M. Les urgences obstétricales à l’hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. Eur Sci J ESJ. 30 mars 2015;11(9):260-72.
43. Bagnan JAT. Les urgences obstétricales a la clinique universitaire de gynécologie et d’obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou : aspects épidémiologiques et pronostiques. J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod. 2017;18(2):1-10.
44. Traoré Y. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences Obstétricales au CSREF de Niou du Sahel de 2015 à 2018 [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2020. 91p.

ANNEXES

ANNEXES

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom : _____ Prénom : _____

Q1 - Âge : 1) 13-19 2) 20-34 3) 35-49 ans

Q2 - Ethnie : 1 Sonrhaï 2 Tamasheq 2 Peulh 3 Bambara 4 Arabe 5 Dogon 6 Minianka 7 Bozo 8 Autres : _____

Q3 - Nationalité : 1 Malienne 2 Autres : _____

Q4 - Résidence : 1 Tombouctou ville 2 Hors Tombouctou : _____

Q5 - Profession de la patiente : _____ / Profession du conjoint : _____

Q6 - Statut matrimonial : 1 Mariée 2 Célibataire 3 Divorcée 4 Veuve

Q7 - Mode d'admission : 1 Évacuée 2 Référée 3 Venue d'elle-même

Q8 - Motif de référence / évacuation : _____

Q9- Délai d'évacuation : 1 $\leq$ 1heure ; 2 $>$ 1heure

Si venue d'elle-même, motif : _____

Q10 - Moyen d'évacuation : 1 Ambulance 2 Véhicule collectif 3 Véhicule personnel 4 Charrette () Autres : _____

Q11 - Support de référence : 1 Partogramme 2 Fiche de référence 3 Lettre 4 Consultation 5 Sans document

Q12 - Provenance : 1) CSCom 2) CSRef 3) Autres : _____

Q13 - Agent de référence : 1 Médecin 2 Sage-femme 3 Infirmier 4 Matrone 5 IO 6 Autres : _____

II. DONNÉES CLINIQUES

Q14 - Antécédents médicaux : 1 HTA 2 Diabète 3 Tuberculose 4 Asthme 5 Drépanocytose 6 Autres : _____

Q15 - Antécédents chirurgicaux : 1 Appendicectomie 2 Péritonite 3 Césarienne 4 Myomectomie 5 Curetage 6 Autres : _____

Q16 - Antécédents gynéco-obstétricaux : 1 Fibrome 2 Kyste 3 Avortement 4 Plastie tubaire 5 Malformation 6 Autres : _____

Q17 - Gestité : 1) Primigeste 2) Paucigeste 3) Multigeste 4) Grande multigeste

Q20 - Parité : 1 Nullipare 2 Primipare 3) Paucipare 4) Multipare 5) Grande multipare

Enfants vivants : a $\leq$ 1 b 2-3 c 4-5 d $\geq$ 6

Q21 - Âge gestationnel : 1. 1er trimestre 2. 2e trimestre 3. 3e trimestre

Q22 - Nombre de CPN : 1- 0 2- 1-4 3- ≥ 5

III. EXAMEN CLINIQUE À L'ENTRÉE

Q23 - Température : 1 < 38 2 ≥ 38

Q24 - Tension artérielle : 1 $\geq 14/9$ 2 $< 14/9$

Q25 - Pouls : 1 < 100 2 ≥ 100 3 Filant 4 Imprenable

Q26- HU : 1 < 36 cm 2 > 36 cm

Q27- Utérus gravidé : 1) grand axe longitudinale 2) grande axe transversale

Q28 - Spéculum ou examen sous valve : 1) Saignement endovaginal 2) déchirure cervicale 3) Non fait

Q29 – Hémorragie : 1 avec état hémodynamique stable ; 2 Avec état hémodynamique instable (choc hémorragique) 3 Absent

3.4 – ÉTAT DE LA FEMME EN TRAVAIL

Q30 - Durée du travail : ≤ 12 () 13–18 () 19–24 () 25–48 () > 48 () Inconnue

Q31 - Phase du travail : 1 Latence 2 Active 3 Période Expulsive

Q32 - Niveau de la présentation : 1 Engagée 2 Non engagé

3.5 – ÉTAT DE L'ENFANT PENDANT LE TRAVAIL

Q33 - Présentation fœtale : 1 sommet bien fléchi 2 sommet mal fléchi 3 Bregma 4 Transverse/Oblique 5 Siège 6 Front 7 Face 8 Epaule

Q34 - BDCF : 1) < 120 2) 120–160 3) > 160 4) Absent

Q35 - État des membranes : 1 Intactes 2 Rompues dans service 3 Rompues hors service

Q36 - Liquide amniotique : 1 Clair 2 Teinté 3 Hématique

Q37 - Nombre de fœtus : 1 Un 2 Deux 3 $\geq$ Trois

IV. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Q38 - Hémoglobine : 1.) 11 2.) 12–16 3.) 7–10,99 4.) < 7 5.) Non fait

Q39 - Groupage rhésus : 1 Oui 2 Non

V. DIAGNOSTIC

Q40 - Diagnostic retenu :

1. SFA 2 Syndrome pré-rupture 3 Rupture utérine 4 HRP 5 HPP

6 Présentation dystocique 7 DFP 8 Prééclampsie

9 Éclampsie 10 Procidence cordon 11 PP 12 MAP 13 Anémie sur grossesse 14
Utérus cicatriciel/Bassin limite 15 utérus multilocatriculaire en travail
16 Autres : _____

VI. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Q41 - HPP : 1) voie veineuse 2) Perfusion RL ou SS 0,9% 3) Sondage vésicale 4) Surveillance des signes vitaux chaque 15mn 5) Révision 6) Transfusion 7) Utérotoniques 8) Suture

Q42-Syndrome pre-rupture : 1) césarienne 2) voie naturelle

Q43 - Éclampsie : 1) Anticonvulsivants 2) Anti-hypertenseurs 3) Césarienne
4) Forceps/Ventouse 5) Réanimation

Q44 - HRP/PPH : 1) voie veineuse 2) Perfusion RL ou SS 0,9% 3) Sondage vésicale 4)
Surveillance des signes vitaux chaque 15mn 5) Amniotomie 6) Ocytocine 7) Césarienne
8) Extraction instrumentale 9) Voie naturelle

Q45 - SFA : 1) Forceps/Ventouse 2) Césarienne

Q47- Prééclampsie : 1) Sulfate Magnésium 2) Anti-hypertenseur 3) Césarienne 4) Voie Naturelle

Q48- Procidence du cordon : 1) Voie basse 2) Césarienne

Q49- Utérus cicatriciel/bassin limite : 1) voie basse 2) césarienne

Q50-Uterus multilocatriculaire en travail : 1) voie basse 2) césarienne

Q51- Anémie : Transfusion 1) OUI 2) NON

Q52- Autres : _____

Q53-Delai de prise en charge obstétricale : 1) < 10mn 2) ≥ 10mn

Q54-Delai de prise en charge chirurgicale : 1) < 30mn 2) ≥ 30 mn

VII. ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Q55 - Enfant : 1 Vivant 2 Mort-né 3 Décès néonatal

APGAR : 1^{ère}mn : < 7 ≥ 7 APGAR 5^{ème}mn : < 7 ≥ 7

- Réanimé : 1 Oui 2 Non

Suites : 1 Bonnes 2 Décès néonatal

Cause du décès : _____

État physique : Normal : 1 Oui 2 Non

Si Non Anomalie ? : _____

Q56 - Mère : 1 Vivante 2 Suites simples 3 Suites compliquées

Q57 - Nature des suites : 1 Endométrite 2 Anémie 3 Septicémie 4 Thrombophlébite 5 Péritonite 6 Autres : _____

Q58 - Si décès :

Cause : _____

Voie d'accouchement : 1 Basse 2 Haute 3 Avant accouchement

Moment du décès : 1 Antépartum 2 Per partum 3 Post-partum

Q59 - Durée d'hospitalisation : 1.) 1 jour 2.) 2–7jours 3.) 8–14jours 4.) >15 jours

Q60 - Besoin transfusionnel : 1 Oui 2 Non

Si oui, quantité : 1.) 450 ml 2.) 900–1350 ml 3.) ≥ 1800 ml

Besoin satisfait ? 1.) Oui 2.) Non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Zibilila

Prénom : Aliou

Email: alioumaiga.780@gmail.com

Tel : 78041435

Titre de thèse : les urgences obstétricales dans les maternités du centre de santé référence et de l'hôpital de Tombouctou de juillet à novembre 2025

Année universitaire : 2025-2026

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et de la FAPH de Bamako.

Secteur d'intérêt : gynécologie obstétricale

Résumé :

Introduction : Les urgences obstétricales constituent une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales, particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire **Objectifs :** Étudier les urgences obstétricales dans les maternités du Centre de Santé de Référence et de l'Hôpital de Tombouctou

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte prospective des données, réalisée du 1er juillet au 30 novembre 2025 dans les maternités du Centre de Santé de Référence et de l'Hôpital de Tombouctou.

Résultats : Nous avons enregistrées une fréquence hospitalière de 15,3 % d'urgence obstétricale. L'âge des patientes variait de 13 à 49 ans avec une moyenne de $26,5 \pm 7,8$ ans. Près des deux tiers des patientes résidaient dans la ville de Tombouctou (64,9%). La moitié des patientes provenaient directement de leur domicile (50,8%), tandis que 33% étaient référées par un CSCOM. Les patientes évacuées représentaient 50,3%. Les contractions utérines douloureuses constituaient le principal motif d'admission (32,5 %). Plus de la moitié (63,4%) des patientes avec fait 1 à 4 CPN. Dans 51,3% les patientes était admise en parturientes. Les urgences obstétricales survenaient principalement entre 28 et 41 SA + 6 jours de grossesse (95,7 %). La Prééclampsie était le diagnostic le plus retenu avec 21,5%. Le pronostic maternel était favorable dans 97,9%. La proportion de mort fœtale était plus élevée chez les grandes multipares (34,6 %) et les multipares (28,6 %) comparativement aux paucipares et aux primipares. **Conclusion :** Les urgences obstétricales demeurent un problème majeur de santé maternelle et périnatale à Tombouctou.

Mots clés : urgences obstétricales, CSRef, hôpital, Tombouctou

Abstract :

Introduction : Obstetric emergencies are a major cause of maternal and perinatal morbidity and mortality, particularly in low- and middle-income countries

Objectives : To study obstetric emergencies in the maternity wards of the Referral Health Center and the Tombouctou Hospital

Methodology: This was a descriptive and analytical study involving prospective data collection, conducted from July 1 to November 30, 2025, in the maternity wards of the Reference Health Center and the Tombouctou Hospital.

Results : We recorded a hospital admission rate of 15.3% for obstetric emergencies. The patients' ages ranged from 13 to 49 years, with a mean of 26.5 ± 7.8 years. Nearly two-thirds of the patients resided in the city of Tombouctou (64.9%). Half of the patients came directly from their homes (50.8%), while 33% were referred by a CSCOM. Evacuated patients accounted for 50.3%. Painful uterine contractions were the main reason for admission (32.5%). More than half (63.4%) of the patients had attended 1 to 4 prenatal care visits. In 51.3% of cases, patients were admitted as laboring women. Obstetric emergencies occurred primarily between 28 and 41 weeks of gestation plus 6 days (95.7%). Preeclampsia was the most common diagnosis, accounting for 21.5%. The maternal prognosis was favorable in 97.9% of cases. The rate of fetal death was higher among grand multiparas (34.6%) and multiparas (28.6%) compared to pauciparas and primiparas. Conclusion: Obstetric emergencies remain a major maternal and perinatal health problem in Timbuktu.

Keywords: obstetric emergencies, CSRef, hospital, Tombouctou

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de 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 reçu 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 !