

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But Une Foi

~ ~ ~ MESRS ~ ~ ~



Année Universitaire

Thèse N°

THEME

PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DES EVACUATIONS SANITAIRES
OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue le devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto- Stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences Techniques
et Technologie de Bamako (USTTB)

Par M. Issa Boubacar Maiga

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBÉLÉ

Membres : Dr Soumana Oumar TRAORE

Dr Seydou FANE

Co-directeur de thèse : Dr Hamady Sissoko

Directeur de thèse : Pr Youssouf TRAORE

Thèse de médecine

M. Issa Boubacar Maiga

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA**-Professeur

VICE-DOYEN : **M. Ousmane FAYE**-Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ**-Maitre-assistant

AGENT COMPTABLE : **M. Harouna SIDIBÉ**-Inspecteur de trésor

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Mr. Yaya FOFANA | Hématologie |
| 2. Mr. Mamadou L. TRAORÉ | Chirurgie Générale |
| 3. Mr. Mamadou KOUMARÉ | Pharmacologie |
| 4. Mr. Ali Nouhoum DIALLO | Médecine Interne |
| 5. Mr. Aly GUINDO | Gastro-entérologie |
| 6. Mr. Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 7. Mr. Sinè BAYO | Anatomie-pathologie et
Histo-Embryologie |
| 8. Mr. Sidi Yaya SIMAGA | Santé-Publique |
| 9. Mr. Abdoulay Ag RHALY | Medicine interne |
| 10. Mr. Boukassoum HAIDARA | Legislation |
| 11. Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ | Toxicologie |
| 12. Mr. Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| 13. Mr. Sambou SOUMARÉ | Chirurgie Générale |
| 14. Mr. Abdou Alassane TOURÉ | Orthopedie-Traumatologie |
| 15. Mr. Daouda DIAL | Chimie-générale et Minérale |
| 16. Mr. Issa TRAORÉ | Radiologie |
| 17. Mr. Mamadou K. TOURÉ | Cardiologie |
| 18. Mme. Sy Assitan TOURÉ | Gynéco-Obstétrique |
| 19. Mr. Salif DIAKITÉ | Gynéco-Obstétrique |
| 20. Mr. Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 21. Mr. Abdel Krim KOUMARÉ | Chirurgie générale |
| 22. Amadou DIALLO | Zoologie-biologiste |
| 23. Mr. Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 24. Mr. Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 25. Mr. Mahamdou DOLO | Gynéco-Obstétrique |
| 26. Mr. Baba KOUMARÉ | Psychiatrie |
| 27. Mr. Bouba DIARRA | Bactériologie |

28. Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
29. Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
30. Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
31. Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
32. Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
33. Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
34. Mr. Mahamadou Kalilou MAIGA	Néphrologue
35. Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
36. Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
37. Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
38. Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
39. Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
40. Mme. Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
41. Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
42. Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
43. Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale
	Biologie Cellulaire

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

1. Mr. Mahamdou TOURÉ	Pédiatrie
2. Mr. Alou BAH	Ophtalmologie
3. Mr. Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie- Secouriste
4. Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
5. Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
6. Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
7. Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ	Chimie Organique
8. Mr. Anatol TOUNKARA	Immunologie
9. Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
10. Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
11. Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
12. Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
13. Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
14. Mr. Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. May MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
16. Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
17. Mr. Mahamado TOURÉ	Radiologie
18. Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
19. Mr. Ogobara DUMBO	Parasitologie-Mycologie

20.Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
21.Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
22.Mr. Abdoulay DIALLO	Ophthalmologie

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
2. Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
3. Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie et Réanimation
4. Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
5. Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
6. Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
7. Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L Chirurgie maxillofacial
8. Mr. Aly TEMBELY	Urologie
9. Mr. Mamado TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
10. Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
2. Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
3. Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
4. Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
5. Mr. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
6. Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
7. Mr. Birama TOGORA	Chirurgie générale
8. Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
9. Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
10. Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
11. Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
12. Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
13. Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
14. Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
15. Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
16. Mr. Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

17. Mr Lamine TRAORÉ	Ophthalmologie
18. Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
19. Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
20. Mr. Moussa Abdoulay OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
21. Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
22. Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
23. Mr. Broulaye Massoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
24. Mr. Abdoulay DIALLO	Anesthésie-Réanimation
25. Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
26. Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
27. Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
28. Mr Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
29. Mr. Tièma COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
30. Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
31. Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
32. Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

1. Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
5. Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
6. Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
7. Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
8. Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
9. Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
10. Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
11. Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
12. Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

13. Mr.Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
14. Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
15. Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
16. Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
17. Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
18. Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
19. Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L-C.C.F
20. Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
21. Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R.L
22. Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R.L
23. Mr. Nouhoum DIAN	Anesthésie-Réanimation
24. Mr. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
25. Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
26. Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
27. Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
28. Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
29. Mr.Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
30. Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
31. Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
32. Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
33. Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
34. Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
35. Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
36. Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
37. Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
38. Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
39. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
40. Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
41. Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
42. Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
43. Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
44. Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
45. Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
46. Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
47. Mr. Bougadary COULIBALY	Protèse Scellée
48. Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
49. Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
50. Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

51. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
52. Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
53. Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
54. Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
55. Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
56. Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
57. Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
58. Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
59. Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
60. Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
61. Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
62. Mr. Dramane Nafo CISSE	Urologie
63. Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
64. Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
65. Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
66. Mr. Tioukani Théra	Gynéco-Obstétrique
67. Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
68. Mr. ABdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
69. Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
70. Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
71. Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
72. Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
73. Mr. Ibraahim Ongoiba	Gynéco-Obstétrique
74. Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
75. Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
76. Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
77. Mr OUSseynou DIAWARA	Parodontologie
78. Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
79. Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme. Lydia B. SITA	Stomatologie
-----------------------	--------------

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1. Mr. Mamadou A. THERA | Physiologie |
| 2. Mr. Ibrahim I. MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 3. Mr. Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie |
| 4. Mr. Bakarou KAMATE | Anatomie-Pathologie |

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr. Mahamadou A. THERA | Parasitologie-Mycologie |
| 2. Mr. Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire
Médicale |
| 3. Mr. Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire
Médicale |
| 4. Mr. Bokary Y SACKO | Biochimie |
| 5. Mr. Bakary MAIGA | Immunologie |

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---|--|
| 1. Mr. Abdoulay KONE | Parasitologie-Mycologie |
| 2. Mme. Safiatou NIARE | Parasitologie-Mycologie |
| 3. Mr. Sanou Kho COULIBALY | Toxicologie |
| 4. Mr. Mamado MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 5. Mr. Aminata MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 6. Mme. Djeneba Bocar MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 7. Mr. Sidi Boula SISSOKO | Histologie Embryologie
Cytogénétique |
| 8. Mr. Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie
Moléculaire |
| 9. Mr. Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie
Moléculaire |
| 10. Mr. Bourama COULIBALY | Anatomie Pathologie |
| 11. Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE | Biologie-Medicale
Biochimie Clinique |
| 12. Mr. Mamadou BA | Biologie/Parasitologie
Entomologie-Médicale |
| 13. Mr. Moussa FANE | Parasitologie Entomologie |
| 14. Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| 15. Mr. Oumar SAMASSEKOU | Génétique/Génomique |
| 16. Mr. Nouhoum SACKO | Hématologie/Oncologie/
Cancérologie |

17. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
18. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
19. Mme Arhamatoulay MAIGA	Biochimie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2. Mr. Harouna BAMBABA	Anatomie Pathologie
3. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie
5. Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie
6. Mr. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
2. Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
3. Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
4. Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
5. Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
9. Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
10. Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
11. Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
12. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
13. Mr. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
14. Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
15. Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie

MAITRES DE CONFÉRENCES /

MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr. Abdel Kader TRAORE	Medicine interne
2. Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
3. Mme. KAYA Assetou SOUCKO	Médecine Interne
4. Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
5. Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
6. Mr. Abdoul Azize DIAKITE	Pédiatrie
7. Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
8. Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
9. Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

27. Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
28. Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
30. Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
34. Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
35. Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
36. Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
38. Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
39. Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40. Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
41. Mr. Yacouba COSSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
42. Mr. Garan DABO Maladies	Infectieuses et Tropicale
43. Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
44. Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
45. Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
46. Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
47. Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
48. Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
49. Mr. Diangina dit Nouhoum	SOUMARE Pneumologie
50. Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
51. Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
52. Mr. Souleymane dit Papa	COULIBALY Psychiatrie
53. Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
54. Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
55. Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
56. Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
57. Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
58. Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
59. Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
60. Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
61. Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
62. Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
63. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
64. Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
65. Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie

- | | |
|-------------------------------|---|
| 66. Mr. Souleymane SIDIBE | Médecine de la
Famille/Communautaire |
| 67. Mr. Drissa Massa SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 68. Mr. Salia KEITA | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 69. Mr. Issa Souleymane GOITA | Médecine de la Famille/Communautaire |

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1. Mr. Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
|----------------------------|----------------------|

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Mr. Seydou DOUMBIA | Épidémiologie |
| 2. Mr. Hamadoun SANGHO | Santé Publique |
| 3. Mr. Samba DIOP | Anthropologie Médicale et éthique en santé |
| 4. Mamadou Souncalo TRAORE | Santé Publique |

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO | Information Médicale |
| 2. Mr. Massambou SACKO | Santé Publique |
| 3. Mr. Adama DIAWARA | Santé Publique |
| 4. Mr. Modibo DIARRA | Nutrition |

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Mr. Hammadoun Aly SANGO | Santé Publique |
| 2. Mr. Ousmane LY | Santé Publique |
| 3. Mr. Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 4. Mr. Oumar THIERO | Bio statistique/Bio-informatique |
| 5. Mr. Cheick Abou COULIBALY | Épidémiologie |

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Mr. Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |
| 2. Mr. Abdrahamane COULIBALY | Anthropologie Médicale |
| 3. Mr. Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 4. Mr. Modibo SANGARE | Pédagogie en Anglais adapté à la
Recherche Biomédicale |
| 5. Mr. Mohamed Moumine TRAORE | Santé Communautaire |
| 6. Mr. Housseini DOLO | Épidémiologie |
| 7. Mr. Souleymane Sékou DIARRA | Épidémiologie |
| 8. Mr. Yaya dit Sadio SARRO | Épidémiologie |
| 9. Mr. Moctar TOUNKARA | Épidémiologie |
| 10. Mr. Nouhoum TELLY | Épidémiologie |
| 11. Mr. Bassirou DIARRA | Recherche-Opérationnelle |

12. Mme. Fatoumata KONATE	Nutrition-Diététique
13. Mr. Bakary DIARRA	Santé-Publique
14. Mr. Baba DIALLO	Épidémiologie
15. Mme. Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr. Souleymane GUINDO	Gestion
2. Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
3. Mr. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
4. Mr. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
5. Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
6. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
7. Mr. Abdoulay KALLE	Gastroentérologie
8. Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
9. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
10. Mr. Alassane PEROU	Radiologie
11. Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique
12. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique
13. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
14. Mr. Elimane MARIKO	Pharmacologie
15. Mr. Issa COULIBALY	Gestion

ENSEIGNANTS EN MISSION

1. Mr. Lamine GAYE	Physiologie
--------------------	-------------

Dédicaces

Je dédie ce travail :

À Allah, le Tout Puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je te rends grâce de m'avoir donné la force et la détermination pour la réalisation de ce travail.

À son Prophète (paix et salut sur lui)

À mon Père : Feu Boubacar Hama Maiga (paix à son âme)

Tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui, mais le destin en a décidé autrement. Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils, homme de vertu, tu resteras pour moi un exemple à suivre.

Grace à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Je te suis reconnaissant pour toute la confiance que tu as placée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle. Les mots me manquent.

Qu'ALLAH le TOUT PUISSANT, le Clément et Miséricordieux, t'accorde son jardin bénit (le Paradis). Amen

À ma Mère : Feue Diahara Maiga

Mère irréprochable, ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde ont fait de toi une femme admirée et respectée de tous.

Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants. A ton nom je fais le serment de sauver et de protéger la femme autant que possible.

Qu'ALLAH le TOUT PUISSANT, le Clément et Miséricordieux, t'accorde son jardin bénit (le Paradis). Amen

REMERCIEMENTS

A mes Frères et Sœurs :

Pour le réconfort moral et le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'études. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, je suis sûr qu'elle reste toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de l'attente de nos parents.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

A mes Cousins et Cousines :

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels. En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis, de l'aide financière, matérielle et morale que vous m'avez toujours apporté. Je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est le vôtre.

Courage et bonne chance. Que le tout puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

A mes oncles et tantes :

Merci pour votre attention et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude à toi ma chère patrie.

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté inchallah.

Remerciements infinis.

Au corps professoral de la FMPOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

A mes encadreurs :

- ✓ Pr TRAORE Mamadou
- ✓ Dr SISSOKO Hamady
- ✓ Dr TRAORE Soumana Oumar
- ✓ Dr TRAORE Oumar Moussokoro
- ✓ Dr DICKO Albachar
- ✓ Dr Tall Saoudatou
- ✓ Dr KAMISSOKO Hawa Samaké
- ✓ Dr SILIMANA Fanta
- ✓ Dr CAMARA Daouda

A tous nos aînés du service : C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité dont nous avons bénéficiée. Les bonnes manières de l'apprentissage de la Gynéco/Obstétrique sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiées.

A tous les médecins en formation au DES de Gynéco/Obstétrique :

Merci pour vos bons conseils et votre bonne collaboration.

A tous les internes du Service :

Pour tout votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.

Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A mon équipe de garde :

Merci pour votre respect, considération et surtout votre bonne collaboration.

A tous mes ami(e)s :

Ce travail est le vôtre ; je ne vous oublierai jamais, vous avez été toujours pour moi des bons amis avec vous je m'ennuyais point. Mes sincères remerciements.

A tout le personnel de l'école de santé N'Douanga de Bamako (ESN) :

Merci pour votre soutien matériel et moral.

***HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY***

A notre maître et président du jury:

Professeur BAKARY TIENTIGUI DEMBELE

- ✓ **Maitre de Conférences Agrégé en Chirurgie Générale à la FMOS**
- ✓ **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Diplômé de pédagogie en science de santé à l'université de Bordeaux**
- ✓ **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- ✓ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone**

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté, avec spontanéité et ce, malgré vos multiples et importantes occupations, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Vous nous avez toujours impressionnés par la clarté et l'aisance avec lesquelles vous savez transmettre votre savoir. Votre modestie et votre amour du travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté de tous.

Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

**A notre Maître et Directeur de thèse,
Professeur YOUSOUF TRAORE**

- ✓ **Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- ✓ **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- ✓ **Modérateur National et Expert sur la PTME au Mali,**
- ✓ **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique et Epidémiologie » de Bordeaux II,**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- ✓ **Enseignant chercheur,**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Docteur SOUMANA OUMAR TRAORE

- ✓ **Gynécologue-obstétricien**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSRéf CV**
- ✓ **Maître assistant à la FMOS**

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous ressentons aujourd'hui, après toutes ces années passées à vos côtés.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités professionnelles et humaines, en particulier votre dévouement pour les malades font de vous un exemple à suivre.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge,

Docteur SEYDOU FANE

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Maître assistant à la FMOS**

Cher Maître,

Nous avons été séduits par votre dévouement, votre détermination et votre attachement à parfaire notre formation.

Nous vous prions de trouver ici Cher maître le témoignage de notre profonde admiration.

A notre Maître et Co-directeur de thèse,

Docteur HAMADY SISSOKO

- ✓ **Praticien gynécologue obstétricien au CSRéf CIII**
- ✓ **Chef de service de Gynécologie-Obstétrique au CSRéf CIII**
- ✓ **Chargé de recherche CSRéf CIII**

Cher Maître,

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves et heureux de vous compter parmi nos encadreurs. Votre abord facile, votre dimension sociale inestimable et la qualité de votre enseignement nous ont beaucoup impressionnés.

Nous tenons à vous rendre hommage pour les conseils que vous nous avez prodigués en plus des connaissances scientifiques que vous nous avez inculquées.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre grande sympathie et de notre profond respect.

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

CmHg : centimètre de mercure

CNTS : Centre Nationale de Transfusion Sanguine

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation Post Natale

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

DES : Diplôme d'Étude Spécialisée

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

FNUAP : Fond des nations unies pour la population

g : gramme

HPPI : Hémorragie du Post-Partum Immédiat

HPPI : Hémorragie du Post-Partum Immédiate

HRP : Hématome Retro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Information, Education et Communication.

IMCM : Institut Malien de Conseil en Management.

Km : Kilomètre

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

ml : millilitre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PEV : Programme élargie de Vaccination

PF : Planification Familiale

PMA : Paquet Minimal d'Activité

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PP : Placenta Prævia

PSSP : Politique Sectorielle de Santé et de la Population

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RPM: Rupture Prématuroe des Membranes

SA : Semaines d'Aménorrhées

SAA : Soins après avortement

SAGO : Société Africaine de Gynécologie et obstétrique

SIDA : Saccro-Iliaque Droite Antérieure

SIDP: Saccro-iliaque Droite Postérieure

SIGA: Saccro-Iliaque Gauche Antérieure

SIGP : Saccro-Iliaque Gauche Postérieure

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali

SONUB : Soins Obstétriques et Néonataux de Base

SONUC : Soins Obstétriques et Néonataux Complet

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SSP : Soins de Santé Primaire

USA : United State of America

USAC : Unités de Soins Ambulatoires et de Conseils

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience humaine/Syndrome
d'ImmunoDéficience Acquise

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	29
II. OBJECTIFS.....	32
III. GENERALITES.....	34
IV. METHODOLOGIE.....	53
V. RESULTATS.....	65
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	91
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	98
REFERENCES.....	102
ANNEXES.....	106
FICHE D'ENQUETE.....	107
FICHE SIGNALETIQUE.....	113
SERMENT D'HYPOCRATE.....	114

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Chaque minute qui passe dans le monde aujourd'hui, 380 femmes débutent une grossesse, et pour 190 d'entre elles, cette grossesse est non désirée ou non planifiée, 110 femmes vivent une grossesse compliquée, 40 femmes subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité, et une femme décède d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement [1].

Aux États Unis, en France et dans d'autres pays européens, son indice est de 1 à 10 pour 100.000 naissances vivantes [2], alors qu'elle varie de 500 à 2000 pour 100000 naissances vivantes dans plusieurs pays en développement de l'Afrique sub-saharienne [3].

Au Mali, selon les données du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2009, les femmes représentent 51% de la population dont 23% en âge de procréer (15-49 ans) [4].

Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali V (EDSMV), le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale est de 35 pour 1000 et l'accessibilité des centres de santé communautaires est de 51% dans un rayon de 5Km et 76% dans un rayon de 15 Km (annuaire du système d'information sanitaire 2006) [5].

En 1963, Fendall a dit que le système de référence est la seule voie qui permet aux populations des pays à ressources limitées d'avoir accès à des soins de qualité [6].

- Du 1er janvier 2005 au 30 mai 2007 soit 17 mois, 38,77% des urgences obstétricales admises au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du « *Point G* » étaient des évacuées avec un taux de mortalité de 2,79% [7].

- Les référées ont représenté 8,49% des urgences obstétricales admises à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 1^{er} Juillet 2007 au 30 juin 2009 avec un taux de mortalité de 3,25% [8].
- En 2008, au centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako, les évacuations sanitaires obstétricales avaient concerné 24,6% des admissions avec un taux de mortalité de 0.6% [9], dans la même structure en 2014 cette fréquence était de 17% avec un taux de mortalité de 9.2% [14]

Pourtant des solutions techniques efficaces existent pour réduire de façon significative la mortalité maternelle.

Cela dépend en grande partie de l'accès des femmes au service délivrant les soins obstétricaux d'urgence et de la rapidité dans la prise en charge des urgences obstétricales.

Le gouvernement de la République du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de la population (PSSP) en 1990 pour résoudre ces problèmes.

C'est dans cette optique que la mise en place du système de référence s'intègre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

Notre étude, à l'instar des précédentes, a pour but de réactualiser les données afin de contribuer à l'amélioration des évacuations sanitaires obstétricales en apportant des réponses aux objectifs qui suivent.

OBJECTIFS

II - OBJECTIFS

2.1. OJECTIF GENERAL :

Etudier les évacuations sanitaires obstétricales reçues au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

2.2. OJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la prévalence des évacuations sanitaires obstétricales reçues dans le service ;
- Décrire le profil sociodémographique des femmes évacuées ;
- Rapporter les motifs des évacuations sanitaires obstétricales ;
- Apprécier le pronostic materno-fœtal et néonatal des patientes évacuées au centre de santé de référence de la commune V.

GENERALITES

III- GENERALITES :

3-1. Définitions :

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

L'évacuation obstétricale peut être définie le transfert d'une gestante ou d'une parturiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée pour une complication obstétricale grave nécessitant une prise en charge d'urgence.

3-2. Le système de référence/évacuation au Mali

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

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

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

Selon Maine D et Col ; il y a 3 retards,

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

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

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

L'itinéraire suivi par certaines parturientes est particulièrement long et épineux.

Malgré un environnement sanitaire riche et varié ; un grand nombre de parturientes remontent toute l'échelle de la pyramide sanitaire à la recherche d'une structure d'accueil comme démontre le schéma ci-dessous :

**MAISON→CSCOM→CSREF→C.H.U GABRIEL TOURE→ C.H.U
POINT- G.**

Ce schéma ne représente que la forme de notre système d'évacuation, quant au fond, il en est tout autre. Le constat est amer et la situation mérite une attention compte tenu des réalités d'aujourd'hui en matière de la réduction des risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

Il est donc urgent de trouver les moyens nécessaires pour raccourcir ce chemin. Le mode d'évacuation est médiocre ; avec son cortège de problèmes aggravés par :

- la vétuste des routes
- L'inadaptation des moyens d'évacuation

Le manque d'abord veineux traduisant une absence totale de minimum de soins au cours du transfert. A signaler qu'un agent de santé accompagnateur et assistant de chauffeur ne saurait apporter d'assistance médicale pendant l'évacuation.

- absence d'équipement et personnel qualifié à bord des ambulances pour minimiser les complications au cours du transfert.
- les moyens logistiques inadaptés, inappropriés comme moto, vélo, taxis, charrettes, bien que renforçant les autres moyens ; mais restant totalement incommodes au transfert des parturientes.

Pour résoudre ces différents problèmes, le Mali a adopté depuis 1991 une déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Parmi les solutions proposées par cette déclaration, on retient la politique de gestion décentralisée du système de santé de cercle (le cercle étant l'équivalent du district sanitaire de

l'OMS). Elle recommande la participation effective et totale des communautés dans la gestion et le financement du système.

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

Le 1^{er} échelon :

Il est représenté par des centres de santé communautaires (CSCoM), offrant le paquet minimum d'activité (PMA), et géré par les Associations de Santé Communautaires (ASACO) ; composées de délégués représentant les populations des villages, ou communes d'une aire de santé définie.

Le 2^{ème} Echelon :

Il est représenté par le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence.

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

Ces deux échelons ont pour objectifs de :

- rapprocher aux populations les soins ;
- faire participer la population à la prise en charge de ses propres problèmes de santé définis dans la résolution de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (SSP) en 1979 ;
- encourager l'installation des jeunes médecins dans les structures de premier niveau de soins.

La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement.

3-3. La physiologie de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée) [11].

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

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

L'accouchement comporte ainsi 2 phénomènes : un phénomène dynamique et un phénomène mécanique.

3-3-1. Le phénomène dynamique

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

Le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos de la membrane, mais aussi à l'environnement hormonal : les œstrogènes.

Les contractions ont pour effet :

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

3-3-2. Le phénomène mécanique

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

Le bassin osseux se compose de :

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

Dans l'étude du bassin, plusieurs plans et diamètres sont décrits. Leur connaissance est nécessaire pour le bon déroulement de l'accouchement.

Parmi ces diamètres nous avons essentiellement le diamètre antéro- postérieur et les diamètres transverses. L'appréciation de la perméabilité pelvienne est déterminante pour le pronostic de l'accouchement.

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

3-4. Le travail d'accouchement :

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

L'administration d'un antispasmodique, d'un tranquillisant ou d'un bêtamimétique peut arrêter les contractions dans le cas d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes [12] :

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

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

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

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

- réduire la durée du travail ;

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

3-4-1. Le pronostic maternel

Le travail est en général plus rapide chez la multipare que chez la primipare.

L'âge de la mère peut avoir une influence sur la facilité du travail. S'agissant de primipares, les femmes de moins de trente ans sont en général celles qui accouchent le mieux.

Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation, que le volume du fœtus est plus voisin de la normale, que la position du fœtus est plus eutocique.

L'excès de longueur du travail (au-delà de 18 heures) est nuisible à la mère, et plus encore au fœtus. Son excès de brièveté expose aux lésions traumatiques cervico-périnéales mais peut être un facteur favorisant la survenue de l'atonie utérine.

3-4-2. Le pronostic fœtal

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

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

L'obstétricien « *aux mains nues* » selon Delecour M. et Thoulon J M. [13] à l'habitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques :

- les contractions utérines ;
- les modifications du col :

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

- l'état de la poche des eaux et du liquide amniotique :

La poche des eaux a un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection.

Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté (jaunâtre, verdâtre) après émission du méconium par le fœtus.

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

- l'évolution de la présentation :

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement.

La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur. Dans les présentations céphaliques, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal, la présentation céphalique est dite engagée, lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre elle et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF [14].

- l'état du fœtus :

Les bruits du cœur sont bien audibles en dehors des contractions utérines. Le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. L'asphyxie fœtale est suspectée en cas de modification des bruits du cœur en intensité et/ou en fréquence.

À ces 5 éléments, il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension

artérielle, la température, la fréquence des contractions utérines. Il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

3-5. Les thérapeutiques Obstétricales

3-5-1. La césarienne

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale [11]. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie et du traumatisme rend beaucoup plus large son indication. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée. Les principales indications sont les dystocies osseuses, les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, les présentations vicieuses et l'asphyxie fœtale.

3-5-2. Le forceps

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

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

3-5-3. La ventouse

La ventouse obstétricale, ou vacuum extractor est un instrument de traction et de flexion, destiné à extraire le fœtus au moment de la période d'expulsion.

Elle est formellement contre indiqué en cas de cranio-tabès, ou sur le crane du prématuré.

3-6. Quelques manœuvres obstétricales

3-6-1. La manœuvre de Mauriceau

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médus de la

main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête,
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant,
- Abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse,
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort, en sachant que toute force excessive entrainera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

3-6-2. La manœuvre de Bracht

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

3-7. La grande extraction du siège

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

1^{er} temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied.

S'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} temps : c'est l'accouchement du siège.

Il faut orienter, s'il y a lieu, le diamètre bi trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs.

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

En tirant en bas, on dégage la hanche antérieure. La traction ensuite horizontale puis vers le haut dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} temps : c'est l'accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigt sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager, puis de descendre les épaules. Les dégagements des épaules sont faits suivant le diamètre antéro-postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médus le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face intérieure du thorax fœtal. La faute sera de saisir l'humérus perpendiculaire à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face antérieure du fœtus.

C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras.

On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} temps : c'est l'accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelques fois avec application de forceps au détroit inférieur.

3-8. Les motifs d'évacuation

3-8-1. Les dystocies

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

Les dystocies sont divisées en :

- dystocie dynamique (par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine)
- dystocie mécanique en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne ;
 - Une anomalie du fœtus ;
 - Un obstacle prævia ou anomalie de partie molle.

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

3-8-1-1. Les dystocies d'origine fœtale

- Disproportion fœto-pelvienne :

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

Selon Delecour M [13], une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95% des cas à des fœtus de plus de 4.000 g, à défaut d'échographie. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

- Présentations anormales

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

- La présentation du siège ;
- La présentation de la face ;
- La présentation du front ;
- La présentation oblique.

➤ **La présentation du siège :**

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

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

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

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

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

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes (11 à 12%) [13] et 18% [11]. Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque qui doit se faire en milieu équipé, car si le pronostic maternel est bon, celui du fœtus est incertain.

➤ **La présentation de la face :**

Définition : c'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la 1^{ème} est la face tout entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position.

L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques.

L'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines ou l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel et fœtal est réservé.

➤ **La présentation du front :**

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

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

Variété de position. Le nez sert de point de repère pour distinguer les diverses variétés de positions. On décrit les variétés suivantes :

- naso – iliaque droite postérieure ;
- naso – iliaque gauche antérieure ;
- naso – iliaque droite antérieure ;
- naso – iliaque gauche postérieure ;
- naso – iliaque transverse droite et gauche.

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

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

Le seul traitement convenable est la césarienne.

➤ **Les présentations transverse et oblique :**

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

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

3-8-1-2. Les dystocies d'origine Maternelle

➤ **Dystocie dynamique**

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir :

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

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

➤ **Dystocie mécanique**

Les rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi lesquels on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic par la sage-femme est nécessaire avant le travail

pendant la consultation du troisième trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radio- pelvimétrie.

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

- Celles dont l'état nécessite une césarienne ;
- Celles pour lesquelles l'épreuve du travail est indiquée ;
- Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse.

Pour un enfant de poids normal :

Si le diamètre promonto-retropubien a moins de 8 cm : la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

Si le diamètre promonto-retropubien est entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée.

Sa surveillance est mieux sous monitoring. Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve sont :

- la femme doit être en travail ;
- le col dilate 4 à 5 cm ;
- la présentation céphalique.

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

Les dystocies peuvent être responsables :

Chez la mère :

- de la rupture utérine ;
- de l'hémorragie de la délivrance ;
- le travail prolongé avec infection amniotique ;

Chez le fœtus :

- de l'asphyxie fœtale ;
- de la mort fœtale in utero ;
- de la mortalité néonatale précoce ;
- du nouveau-né déprimé.

3-8-2. La procidence du cordon

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

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

3-8-3. L'asphyxie fœtale

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

3-8-4. Les hémorragies

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde, les hémorragies représentent la première cause des décès maternels. Les étiologies des hémorragies sont variées, nous avons essentiellement : les atonies utérines, les traumatismes, la rétention des tissus, et les troubles de la coagulation.

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500 ml) et par leur effet sur l'état général [11].

Toutes ces causes d'hémorragies provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et d'hémorragie. La conduite à tenir est basée sur la

correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrical et chirurgical avec un service de réanimation. On distingue selon l'importance de l'hémorragie :

- l'hémorragie abondante : supérieure 1000 ml de sang ;
- l'hémorragie moyenne : 500 à 1000 ml de sang ;
- l'hémorragie petite : inférieure à 500 ml de sang.

3-8-5. La rupture utérine

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus, mais l'usage a prévalu d'écarter les déchirures du col et celles consécutives à une manœuvre abortive [11]. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale. Elle est d'origine maternelle, fœtale et iatrogène. Parmi les causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines ;
- les anciennes déchirures de col ;
- les obstacles prævia ;
- les présentations pathologiques ;
- les dystocies dynamiques ;
- l'hydrocéphalie.

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

3-8-6. Le placenta prævia

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

3-8-7. L'hématome retro placentaire

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. C'est un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse. Sa complication majeure est l'afibrinémie très mortelle.

3-8-8. L'utérus cicatriciel

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

3-8-9. La prééclampsie et l'éclampsie

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

L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo- rénaux.

Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail et plus rarement les suites de couches.

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

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

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

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

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

4-1- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) du district de Bamako.

4-1-1 Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la Commune comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposant d'un CSCCom avec un PMA complet,
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposant chacune d'un CSCCom avec un PMA complet,
- Trois aires de santé à Kalabancoura dont une seule dispose d'un CSCCom avec PMA complet,
- Une aire de santé à Garantiguibougou disposant d'un CSCCom avec un PMA complet,
- Une aire de santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier Mali disposant d'un CSCCom avec un PMA complet,

- Deux aires de santé à Bacodjicoroni dont une seule dispose d'un CSCom avec un PMA complet,
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I ne disposant pas de CSCom.

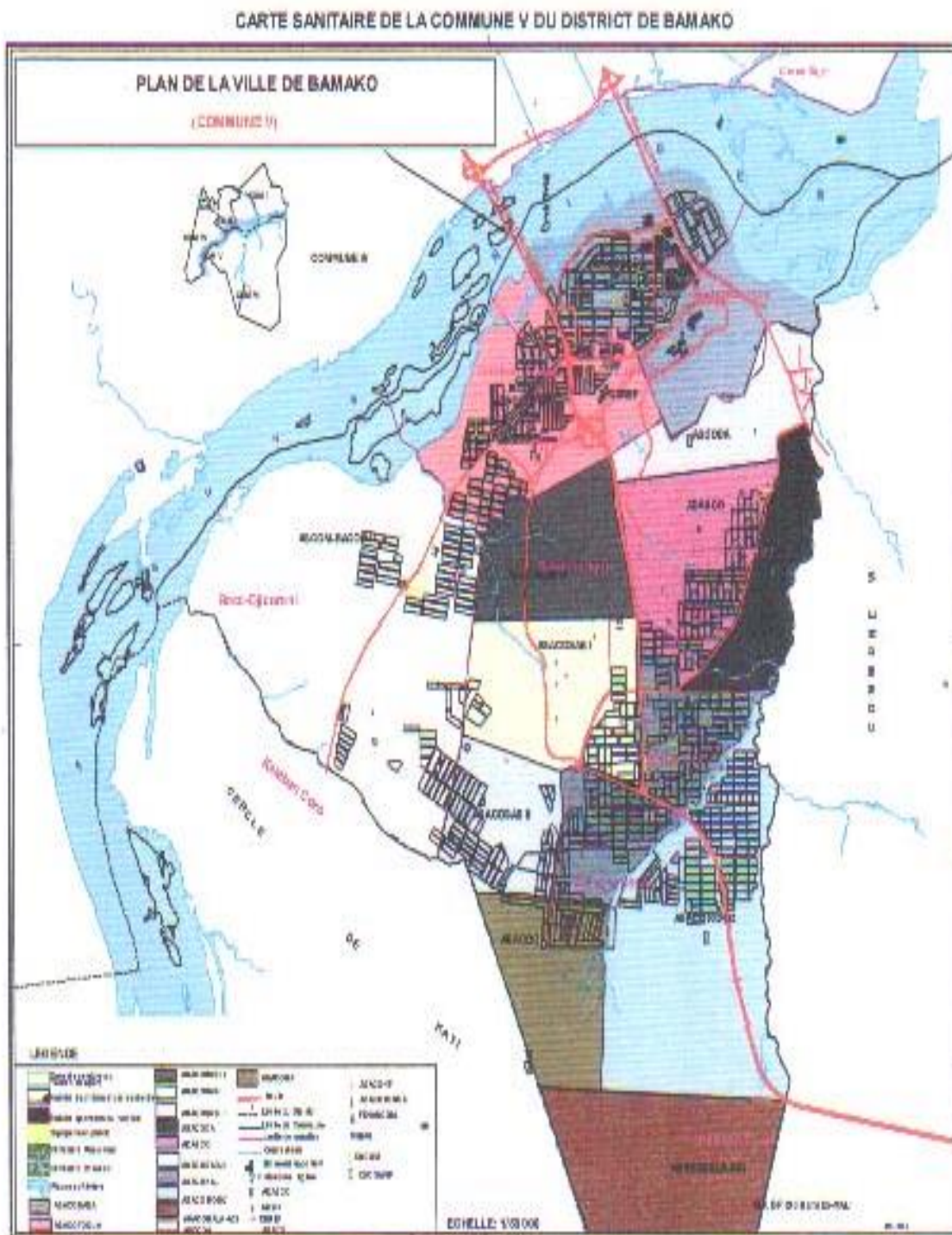
Trois Associations de Santé Communautaire disposent de Centre de Santé Communautaire en location dont l'ASCODA, l'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO. Les CSCom de L'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO ne fournissent pas le PMA complet.

L'ASACOBADA SEMA I et l'ASACOBACODJI-ACI ne disposent pas de CSCom.

La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :

- Le Centre de Santé Communautaire de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
- Le Centre de Santé Communautaire du Quartier Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
- Les trois Centres de Santé Communautaire de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
- Les Centres de Santé Communautaire Kalabancoura et Garantiguibougou couvrent 19 %
- Les trois Centres de Santé Communautaire de Sabalibougou couvrent 23% de la population.
- La population non couverte dans la Commune représente 9 %.

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRICALES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO



A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès ce qui a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V, partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « *CIWARA D'EXCELLENCE* » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Actuellement le CSRéf CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

a- Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako

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

**b- Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V
du District de Bamako**

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3 Unité Imagerie Médicale ;
- 4 Unité Médecine Générale ;
- 5 Unité Pharmacie ;
- 6 Unité Laboratoire ;
- 7 Unité Ressources Humaines ;
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9 Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10 Unité Néonatalogie ;
- 11 Unité Pédiatrie Générale ;
- 12 Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13 Unité Tuberculose ;
- 14 Unité Lèpre ;
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17 Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18 Unité Nutrition ;
- 19 Unité Suites de Couche ;
- 20 Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21 Unité Gynécologie et grossesse à risque ;
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23 Unité Ophtalmologie ;
- 24 Unité Odontostomatologie ;
- 25 Unité Planification Familiale (PF).
- 26 Unité de réanimation

c- Le Personnel

Il comporte :

- Un professeur agrégé (chef de service) ;
- Trois médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Deux pédiatres ;
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation (06) ;
- Des sages-femmes (38) ;
- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes (23)
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

4-1-2 Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique

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

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

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

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

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

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

4-2- Le type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale avec recueil rétrospectif des données.

4-3- La période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015 (soit 1 an).

4-4- La population d'étude

Elle a porté sur l'ensemble des patientes admises dans le service durant la période d'étude.

4-5- Échantillon :

4-5-1-Critère d'inclusion :

Étaient incluses dans cette étude, toutes les patientes admises dans le service pour cause obstétricale durant la période d'étude dont le mode d'admission était l'évacuation.

4-5-2-Critères de non Inclusion :

N'étaient pas incluses dans cette étude :

- Les patientes évacuées pour causes obstétricales dont la prise en charge n'a pas eu lieu dans le service pour une quelconque raison ;
- Les patientes évacuées pour causes non obstétricales
- Les patientes qui ont été référées.

4-6-Supports et collecte des données

Ont été utilisés comme supports :

- la fiche d'enquête ;
- les dossiers obstétricaux ;
- le registre de références/évacuations reçues,
- les registres de césariennes ;
- le registre de référence de Nouveau-né ;
- le registre de décès maternel ;
- le registre de décès périnatal.

4-7- Difficultés de l'étude

Les difficultés majeures rencontrées au cours de notre étude ont été la mauvaise tenue des supports d'évacuation (insuffisance de renseignements) et le problème d'archivage.

4-8- Variables étudiées

a- Variables qualitatives

- la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le régime matrimonial,
- les antécédents médicaux et obstétricaux, la notion de CPN,
- le motif d'évacuation, la provenance,
- la qualification de l'agent qui évacue et qui reçoit,
- le type d'accouchement,

- l'état à la naissance, le motif de référence des nouveaux nés à la néonatalogie, les causes de décès néonatal,
- les causes de décès maternel,
- la pertinence, la concordance, l'adéquation et l'opportunité des diagnostics

b- Variables quantitatives : l'âge, la gestité, la parité, le nombre de CPN, l'âge gestationnel, le score d'Apgar à la première minute et à la cinquième minute,

4-9- Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur les logiciels Word et Excel 2010, analysées sur le logiciel SPSS version 18.0.0.

4-10- Tests statistiques :

Pour les comparaisons de variables nous avons utilisé le test de Khi carré de Pearson et le test de Fisher. Nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $p < 0,05$.

Pour les comparaisons entre nos fréquences et celles de nos références nous avons utilisé le calcul de « l'écart réduit de proportions (\mathcal{E}) ». Nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $\mathcal{E} > 1,96$ soit $p < 0,05$.

4-11- Définitions opératoires :

- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Primigeste** : 1 grossesse ;
- **Paucigeste** : 2 à 3 grossesses ;
- **Multigeste** : \geq à 4 grossesses ;
- **Grande multigeste** : \geq à 6 grossesses ;
- **Primipare** : 1 accouchement ;
- **Paucipare** : 2 à 3 accouchements ;
- **Multipare** : \geq à 4 accouchements ;
- **Grande multipare** : \geq à 6 accouchements ;

- **Personnels qualifiés** : étaient les médecins, sages-femmes et les infirmières obstétriciennes ;
- **Personnels non qualifiés** : étaient les matrones et les aides-soignantes ;
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence ;
- **Évacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une prise en charge d'urgence ;
- **Evacuation obstétricale** : c'est le transfert d'une gestante ou d'une parturiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée pour une complication obstétricale grave nécessitant une prise en charge d'urgence.
- **L'évacuation est pertinente** : s'il n'y avait pas de moyens humains et matériels nécessaires pour satisfaire la prise en charge au centre de santé communautaire ;
- **L'évacuation est adéquate** : si les parturientes avaient reçu un traitement correcte au centre de santé communautaire et que les supports de référence étaient correctement remplis ;
- **L'évacuation est dite opportune** : si elle était réalisée à temps ;
- **Pronostic maternel et périnatal** : nous entendons par pronostic maternel et périnatal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité ;
- **Césarienne en urgence** : césarienne décidée pendant le travail d'accouchement ;
- **Mort-né** : nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance (score d'Apgar = 0) ;
- **Score d'Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar aux cinq premières minutes entre 1 et 7.

- **Profession rémunérée** : commerçantes/vendeuses, coiffeuses, secrétaires, enseignantes, infirmières
- **Profession non rémunérée** : ménagères
- **Cicatrices des voies urogénitales** : cure de prolapsus génital
- **Hémorragies antépartum** : hématome rétroplacentaire(HRP), placenta praevia(PP)
- **Dystocies** : Toute dystocie, mécanique ou dynamique, de cause maternelle ou fœtale.
- **Temps d'évacuation** : correspond au temps mis entre le départ du CSCOM et l'arrivée au CSREF.

RESULTATS

V- RESULTATS

1- Fréquence

Durant notre étude du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 nous avons enregistré 1823 évacuations sanitaires obstétricales sur un total de 11992 admissions au Centre de Santé de Référence de la Commune V soit une prévalence de 15,20%.

2- Profil sociodémographique

2-1. Tranches d'âge

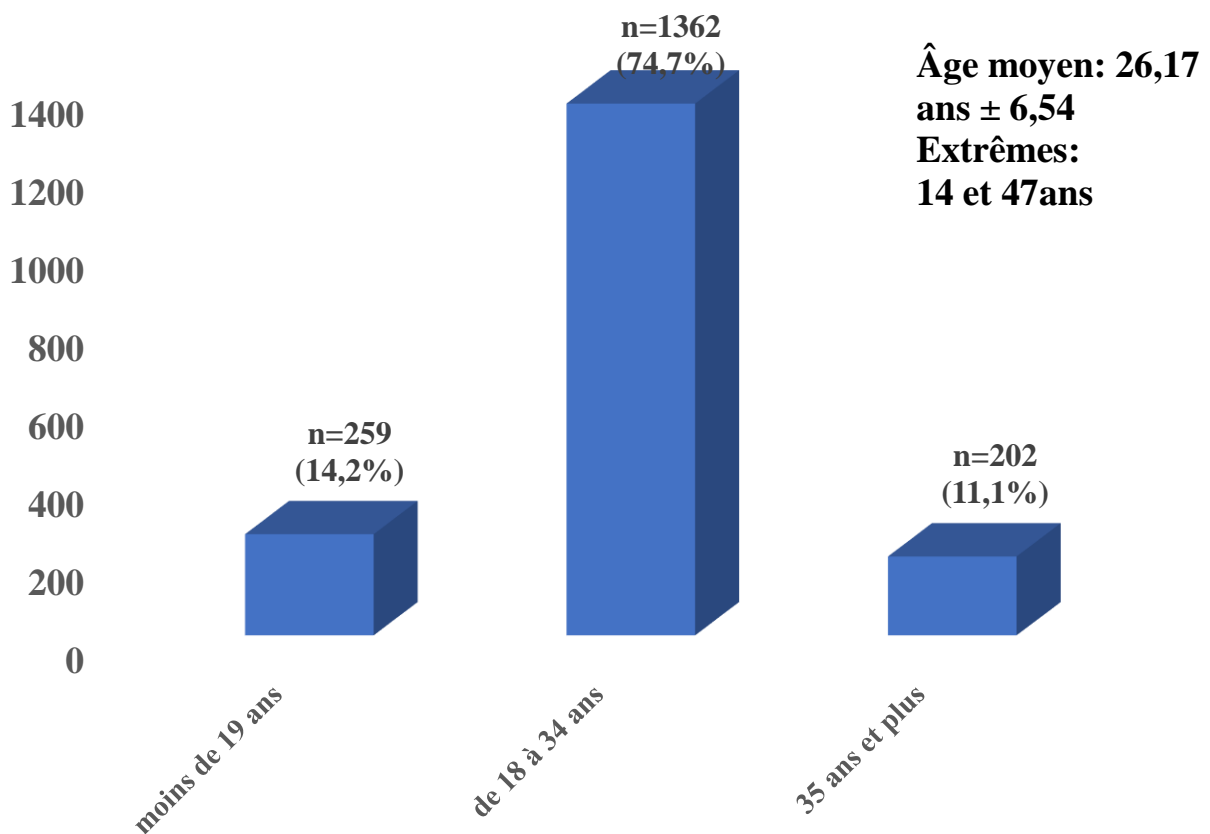


Figure 1: Répartition des patientes selon les tranches d'âge.

2-2. Profession

Tableau I : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Non rémunérée	1246	68,3
Rémunérée	414	22,7
Élève	87	4,8
Étudiante	76	4,2
Total	1823	100,0

2-3. Commune de Provenance

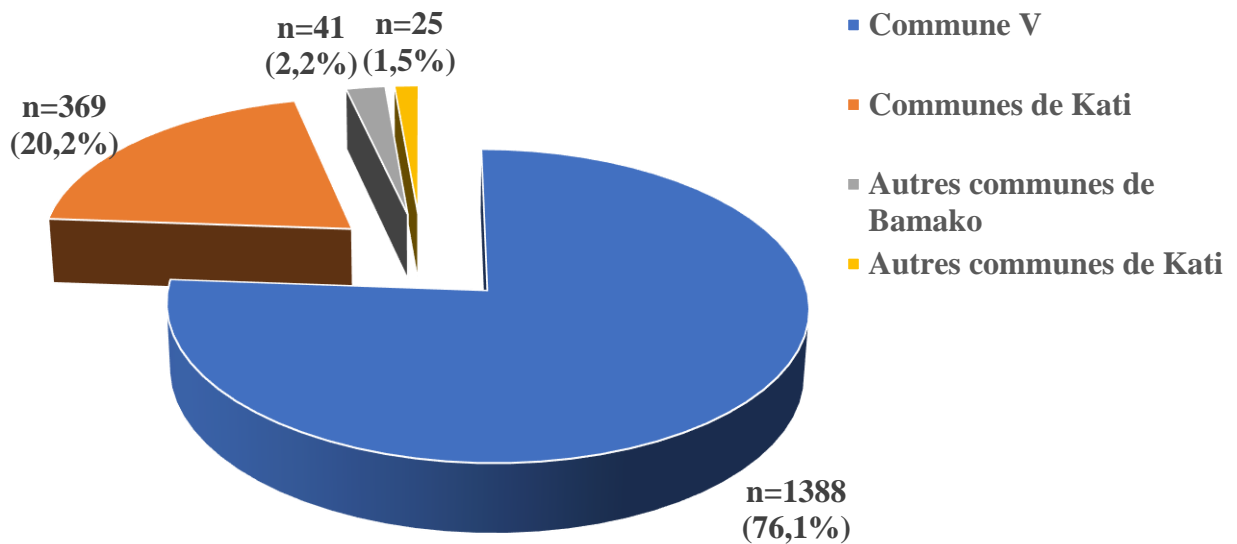


Figure 2: Répartition des patientes selon la commune de provenance.

2-4. Statut matrimonial

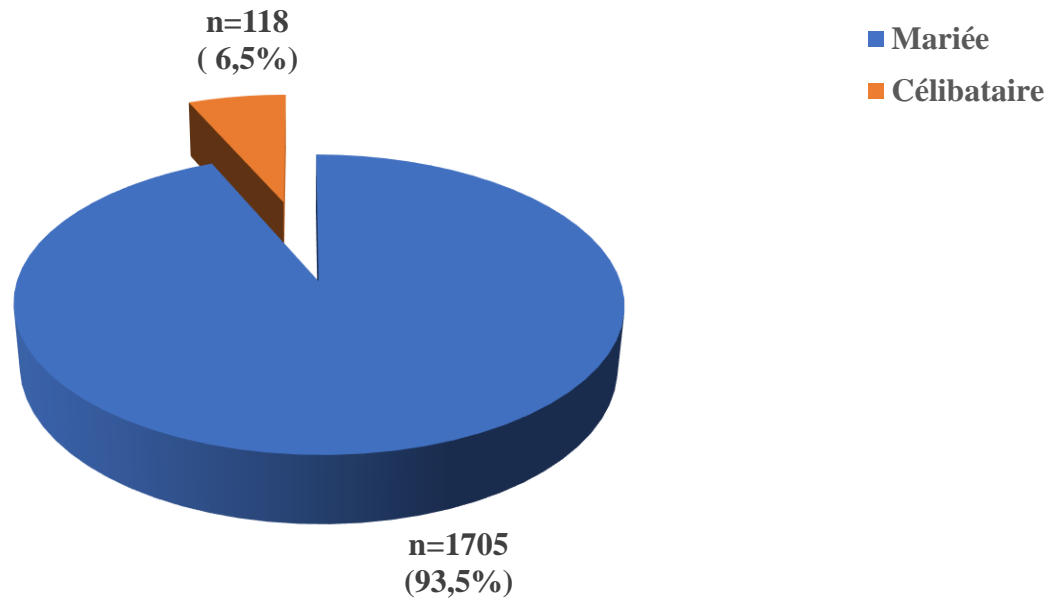


Figure 3 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

2-5. Régime matrimonial

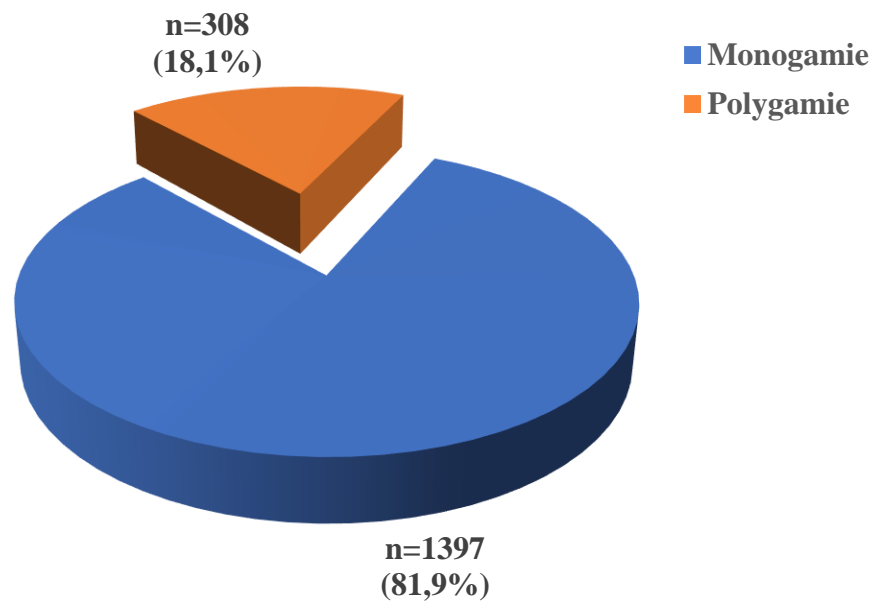


Figure 4: Répartition des patientes selon le régime matrimonial

2-6. Profession du conjoint

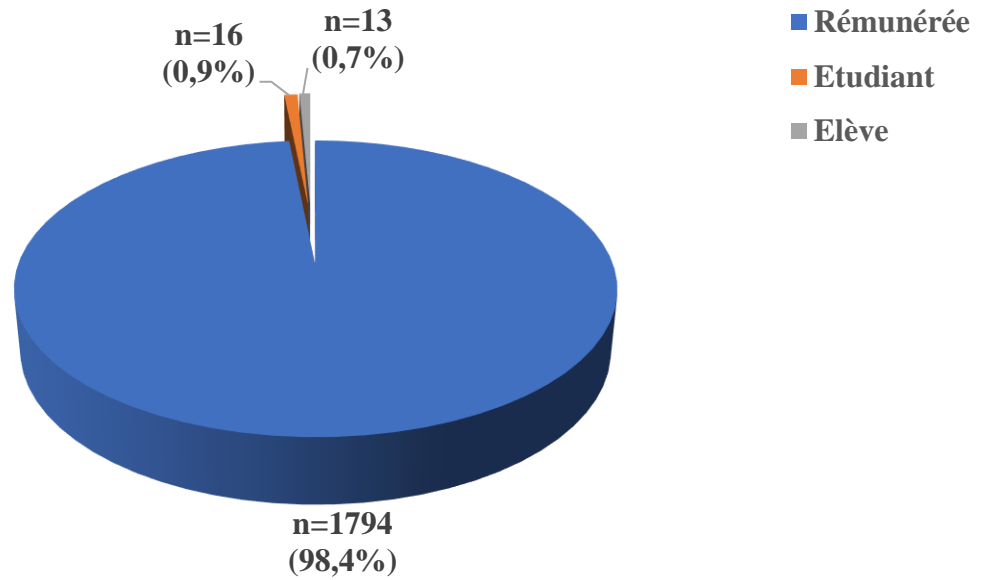


Figure 5 : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

2-7. Niveau d'instruction

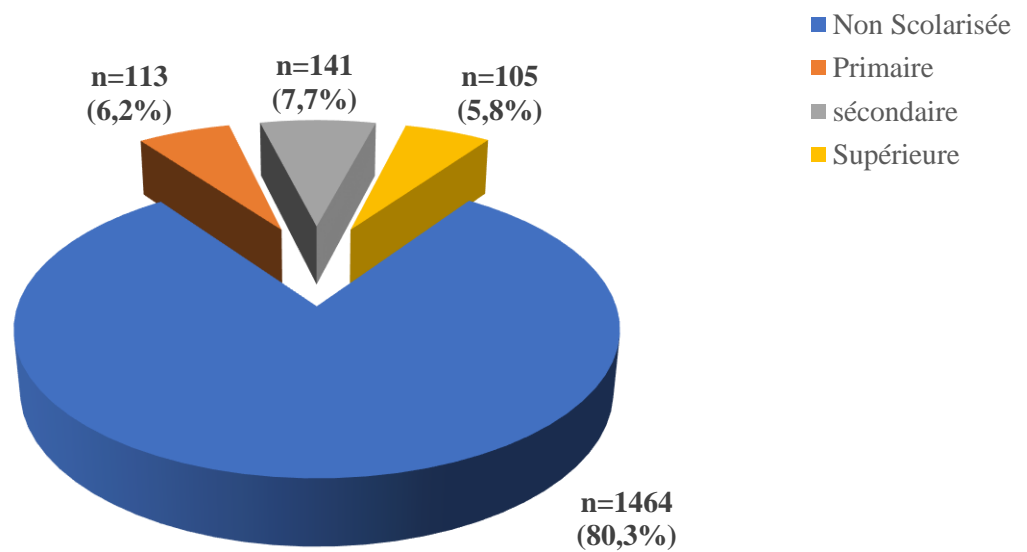


Figure 6: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

3- Caractéristiques de l'évacuation :

3-1. Moyen de transport emprunté

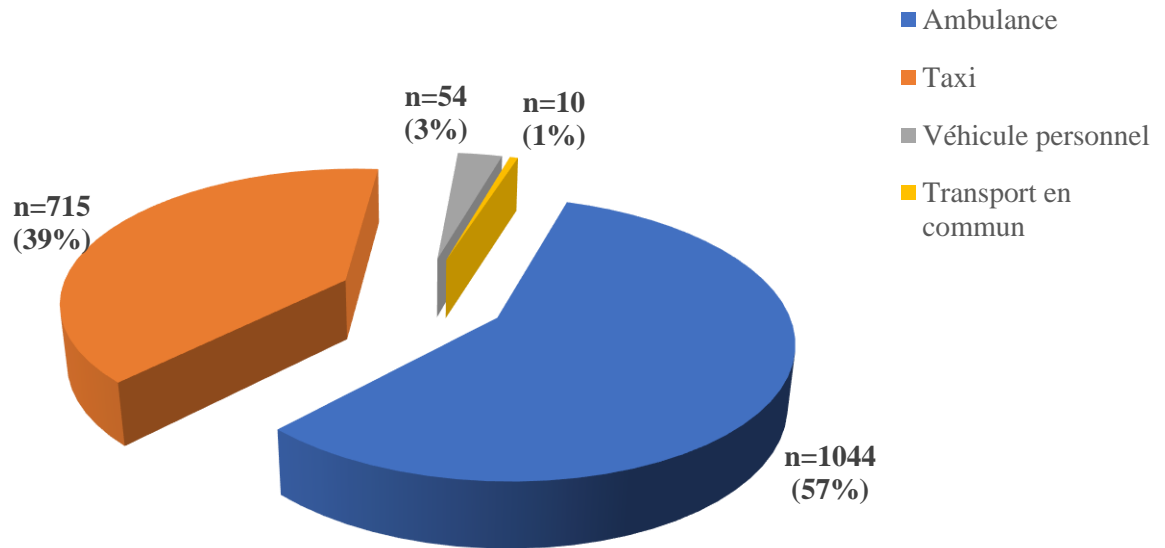


Figure 7: Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé pour regagner le CSRéf.

3-2. Temps mis entre le départ du CSCOM et l'arrivée au CSREF

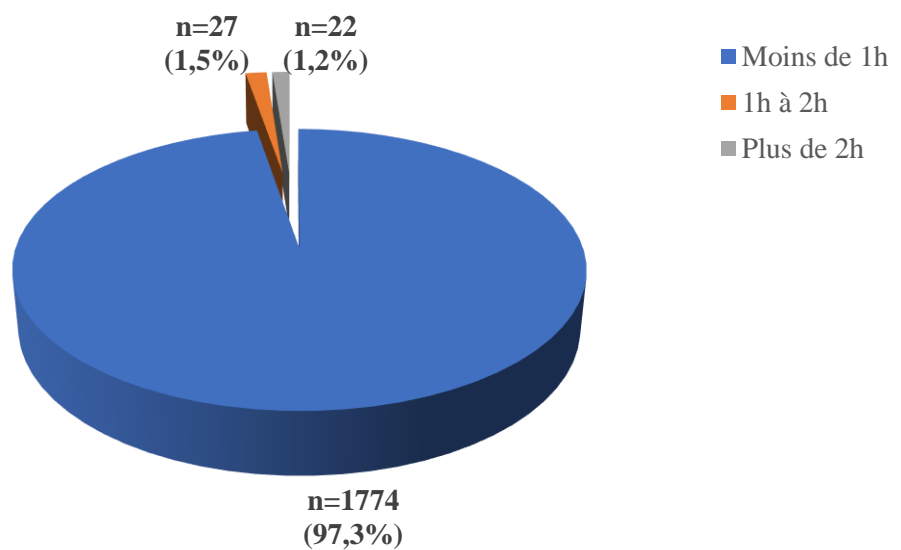


Figure 8: Répartition des patientes selon le temps d'évacuation

3-3. Supports utilisés pour l'évacuation

Tableau II: Répartition des patientes selon les supports utilisés lors de l'évacuation

Supports utilisés pour l'évacuation	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Fiche d'évacuation	1148	63,0
Partogramme et fiche d'évacuation	487	26,7
Partogramme	188	10,3
Total	1823	100,0

3-4. Motifs d'évacuation

Tableau III : Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation.

Motifs d'évacuation	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Dystocies	758	41,6
HTA et complications	305	16,7
Asphyxie foetale	114	6,3
Hémorragie du post-partum immédiat	113	6,2
Utérus cicatriciels	111	6,1
Hémorragies antépartum	109	6,0
Menace d'accouchement prématuré	83	4,5
Rupture prématurée des membranes	70	3,8
Grossesse multiple	53	2,9
Procidence du cordon	48	2,6
Pas de suivi prénatal	22	1,2
Bilan non fait	21	1,2
Dépassement de terme	4	0,2
Grossesse arrêtée	4	0,2
Oligoamnios	3	0,2
Femme Rhésus négatif	3	0,2
Antécédent de cure de prolapsus	2	0,1
Total	1823	100,0

3-5. Traitement reçu au CSCOM



Figure 9: Répartition des patientes selon la présence d'une voie veineuse

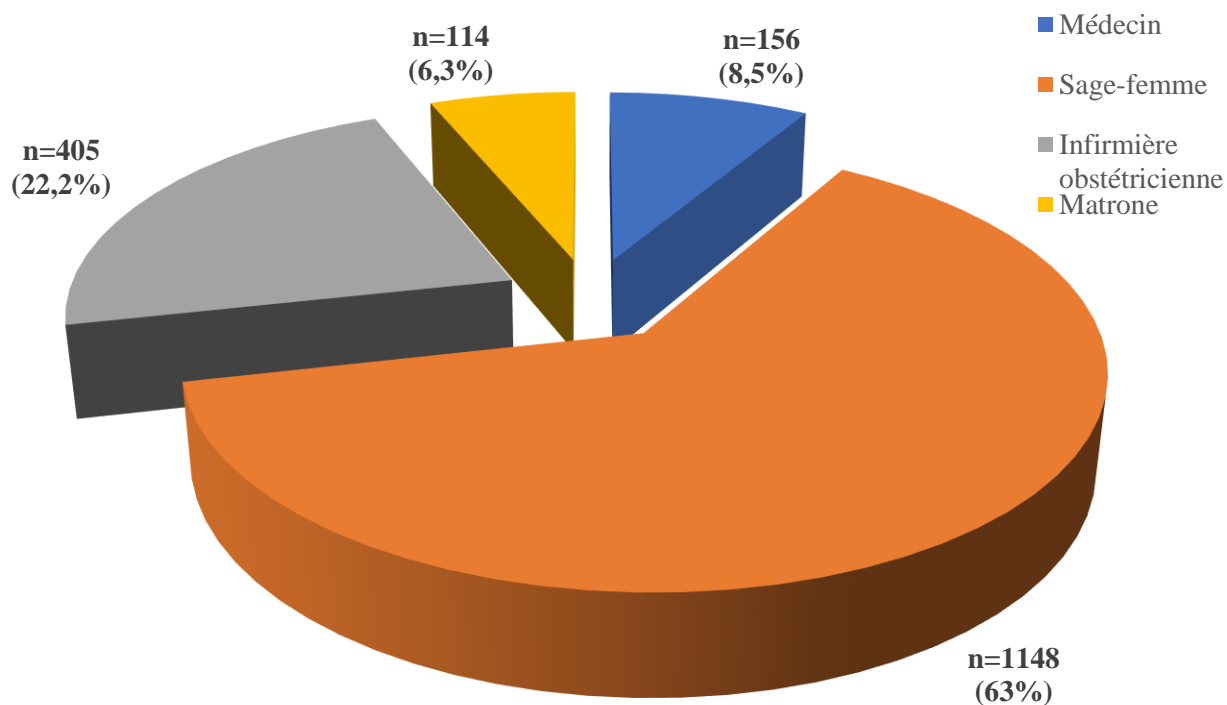


Figure 10: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant fait l'évacuation.

4- Antécédents :

Tableau IV : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Aucun	1757	96,4
HTA	45	2,5
VIH/SIDA	10	0,5
Diabète	9	0,5
Drépanocytose	2	0,1
Total	1823	100,0

Tableau V: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Aucun	1676	91,9
Cicatrice de césarienne	138	7,6
Cicatrice de myomectomie	7	0,4
Cicatrice des voies génitales (cure de prolapsus)	2	0,1
Total	1823	100,0

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRICALES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

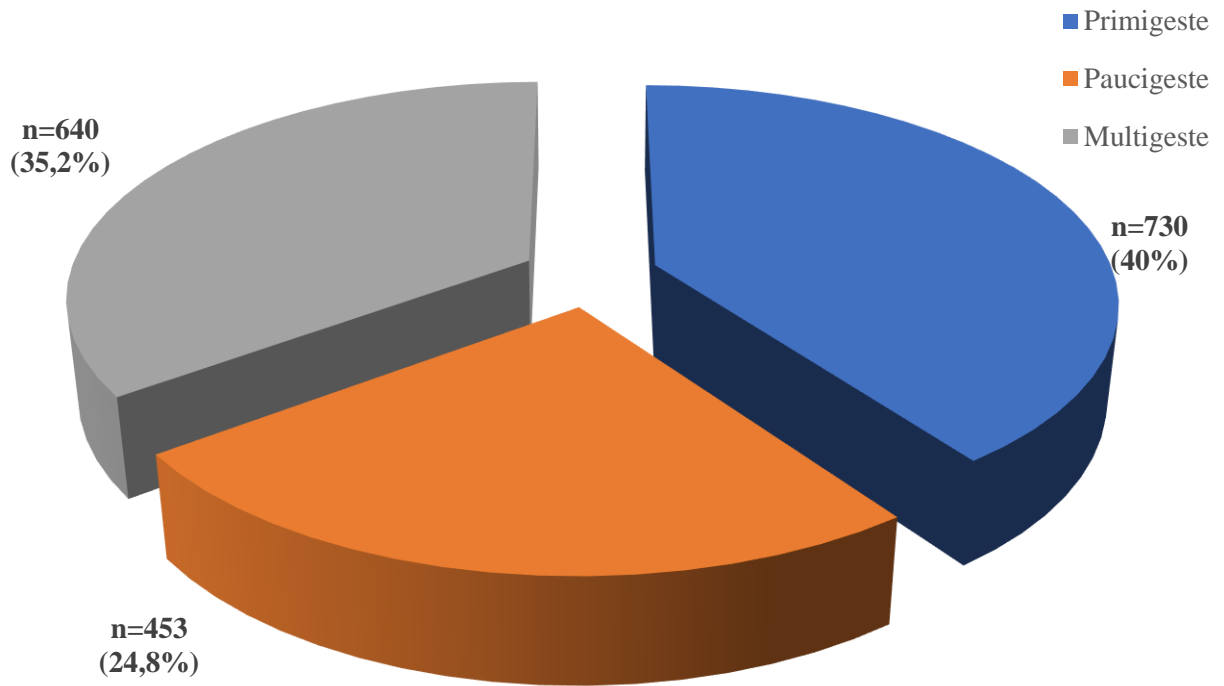


Figure 11: Répartition des patientes selon la gestité.

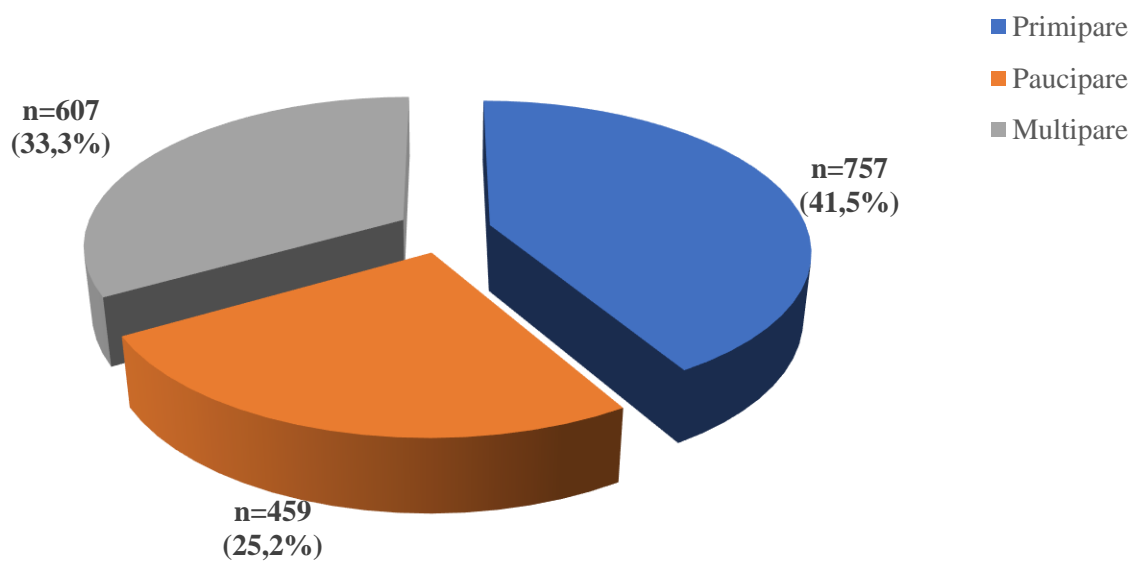


Figure 12: Répartition des patientes selon la parité.

5- Consultation prénatale

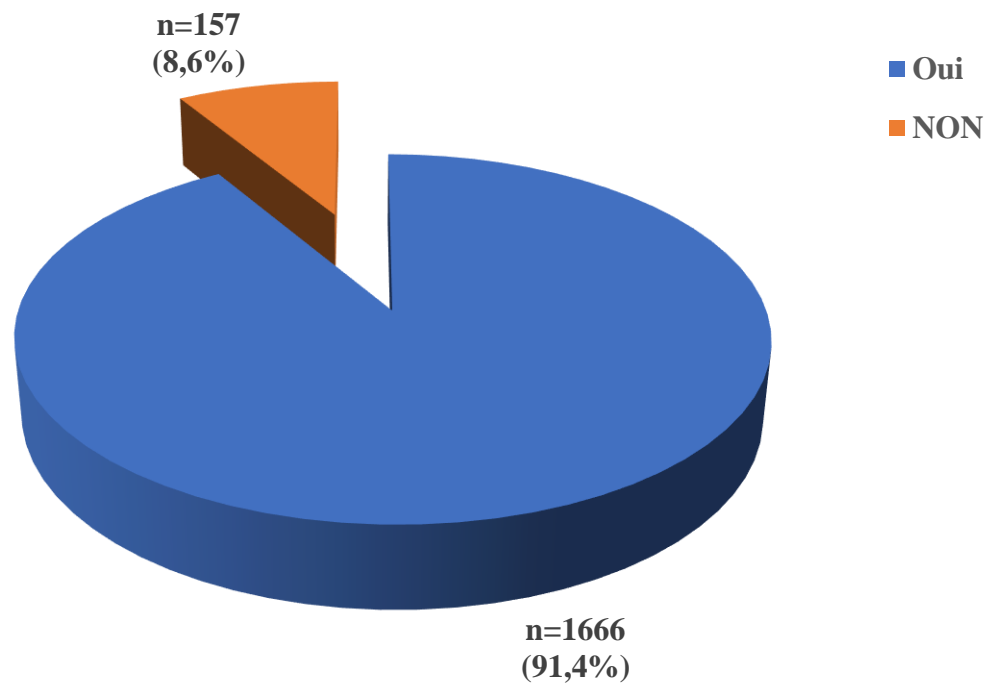


Figure 13: Répartition des patientes selon la réalisation de la consultation prénatale.

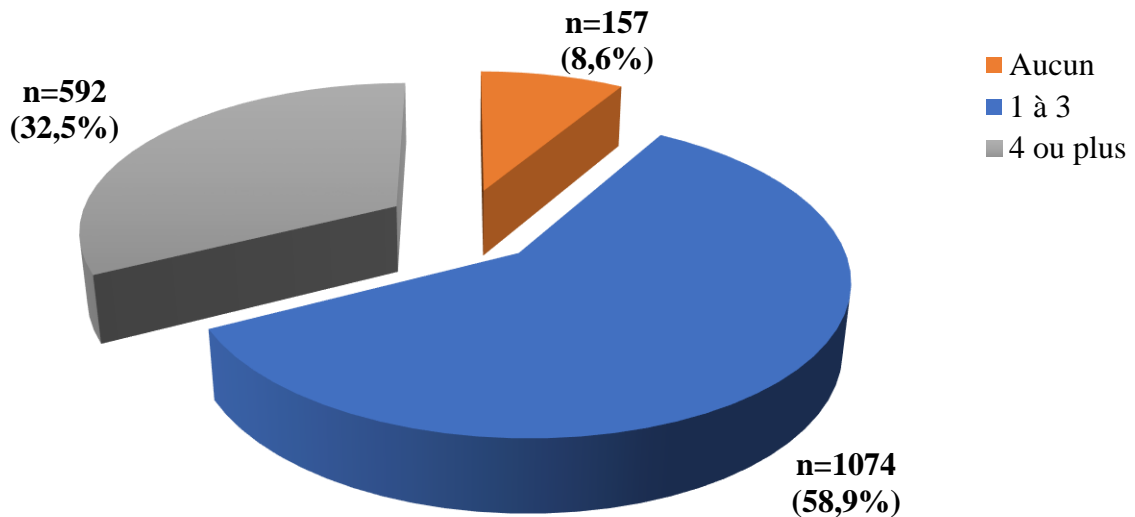


Figure 14 : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales.

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

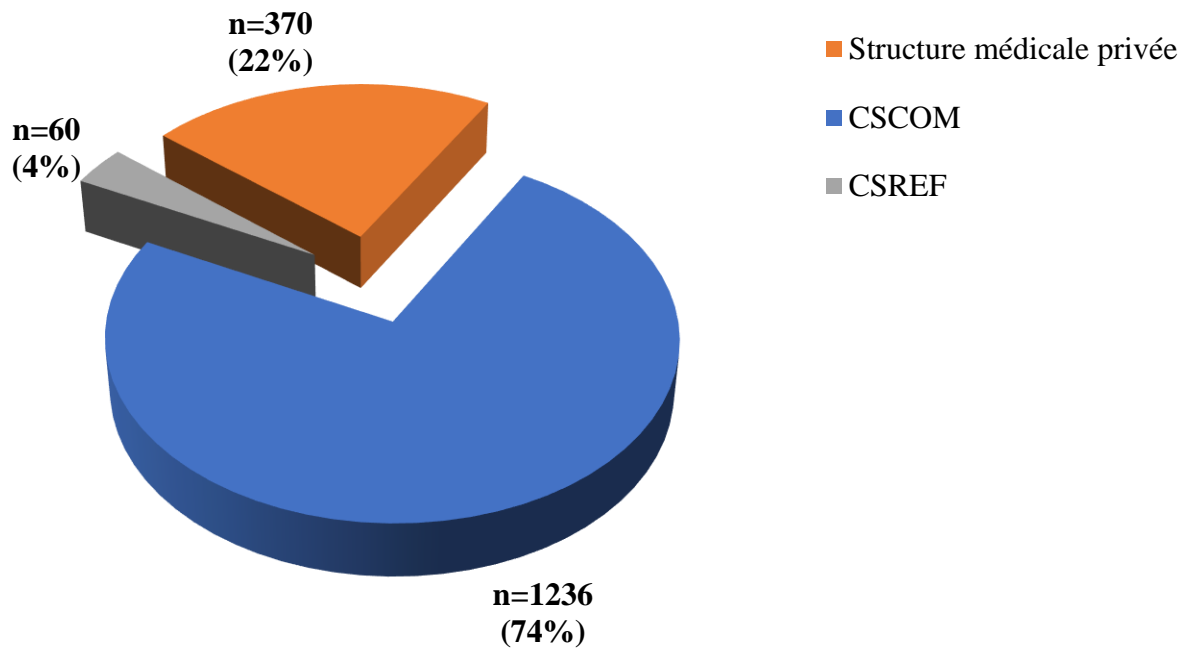


Figure 15: répartition des patientes selon le lieu de réalisation des consultations prénatales

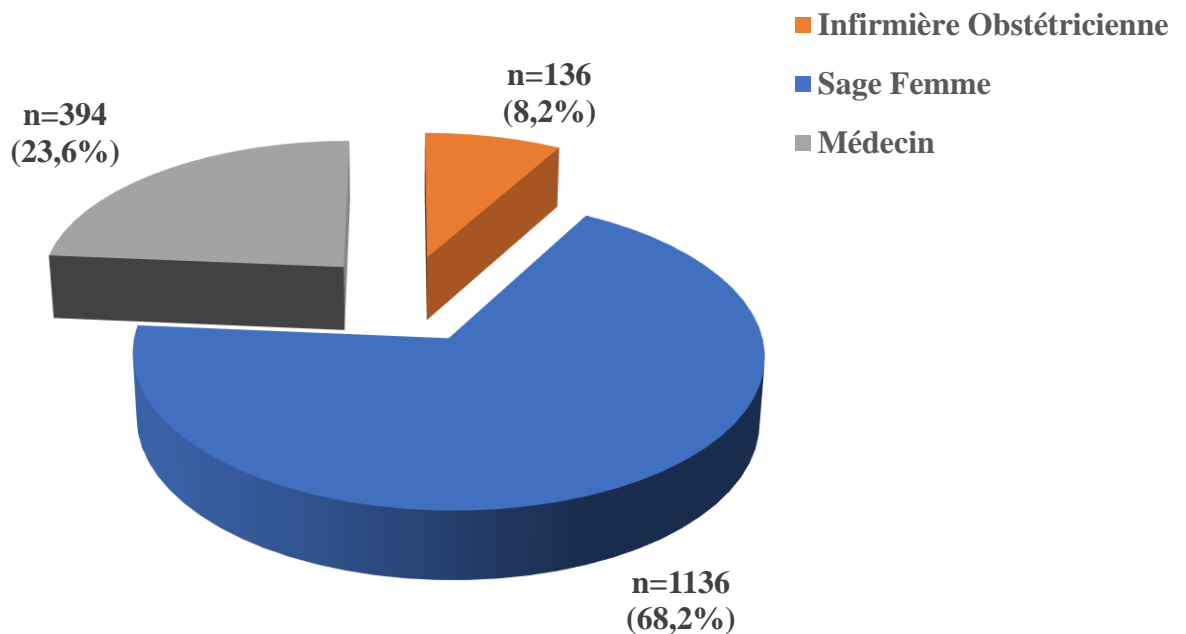


Figure 16: Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur de la CPN

6- Examen au CSREF :

6-1. Age gestationnel

Tableau VI: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Moins de 28 SA	23	1,3
28 à 36 SA+6 jours	85	4,7
37 à 42 SA	1548	84,9
Plus de 42 SA	10	0,5
Indéterminé	157	8,6
Total	1823	100,0

6-2. Examen général

Tableau VII: Répartition des patientes selon le score de Glasgow à l'admission

Score de Glasgow	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
15	1767	96,9
14 à 10	52	2,9
9 à 7	2	0,1
6 à 3	2	0,1
Total	1823	100,0

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

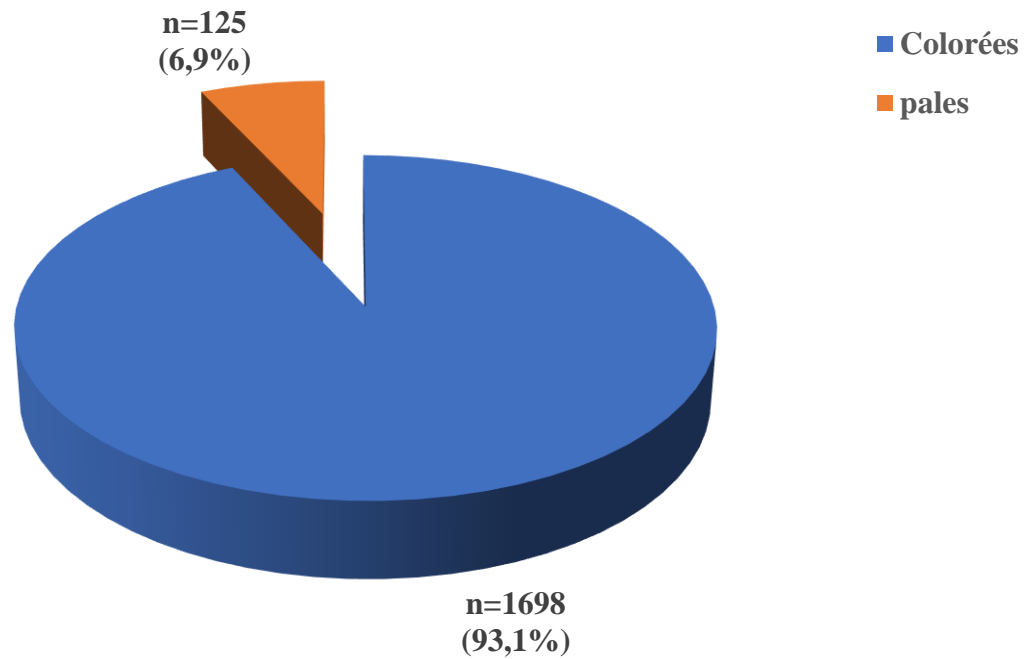


Figure 17: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

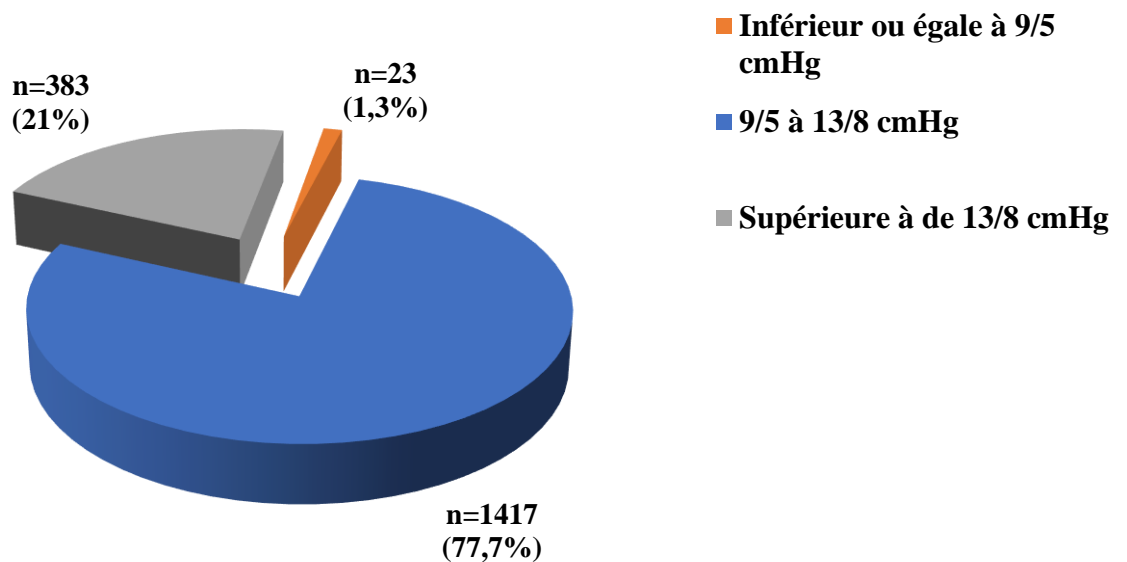


Figure 18: Répartition des patientes selon la pression artérielle

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

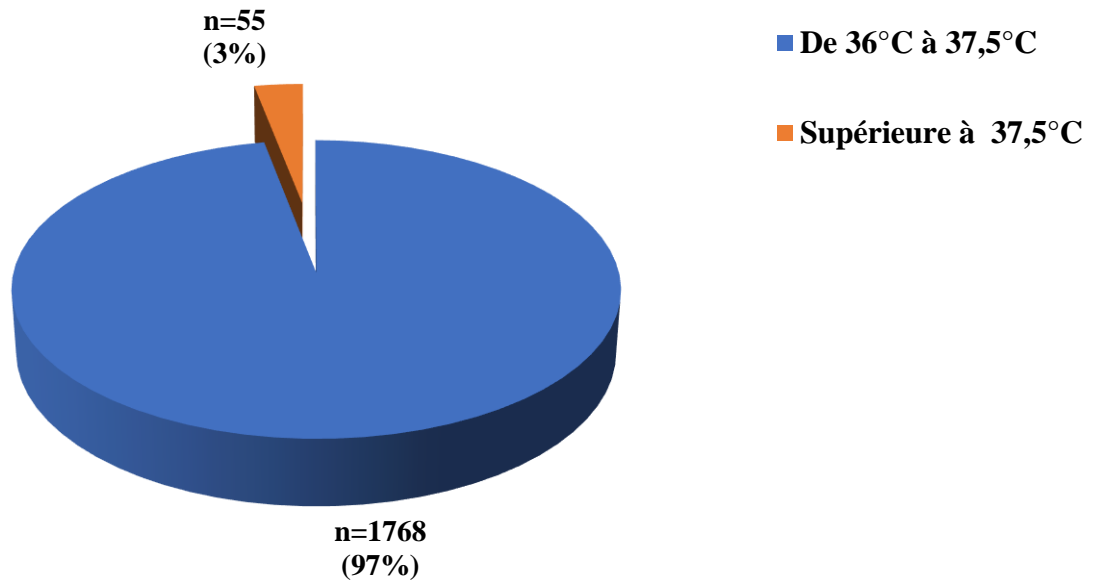


Figure 19: Répartition des patientes selon la température corporelle

6-3. Diagnostic retenu au CSREF

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au centre de santé de référence de la commune V.

Diagnostic au CSREF	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Travail d'évolution normale	625	34,3
Dystocies	362	19,9
HTA et complications	274	15,0
Asphyxie fœtale	245	13,4
HPPI	124	6,8
Cicatrices utérines	108	5,9
Procidence du cordon	50	2,7
Hémorragies antépartum	35	1,9
Total	1823	100,0

7- Prise en charge

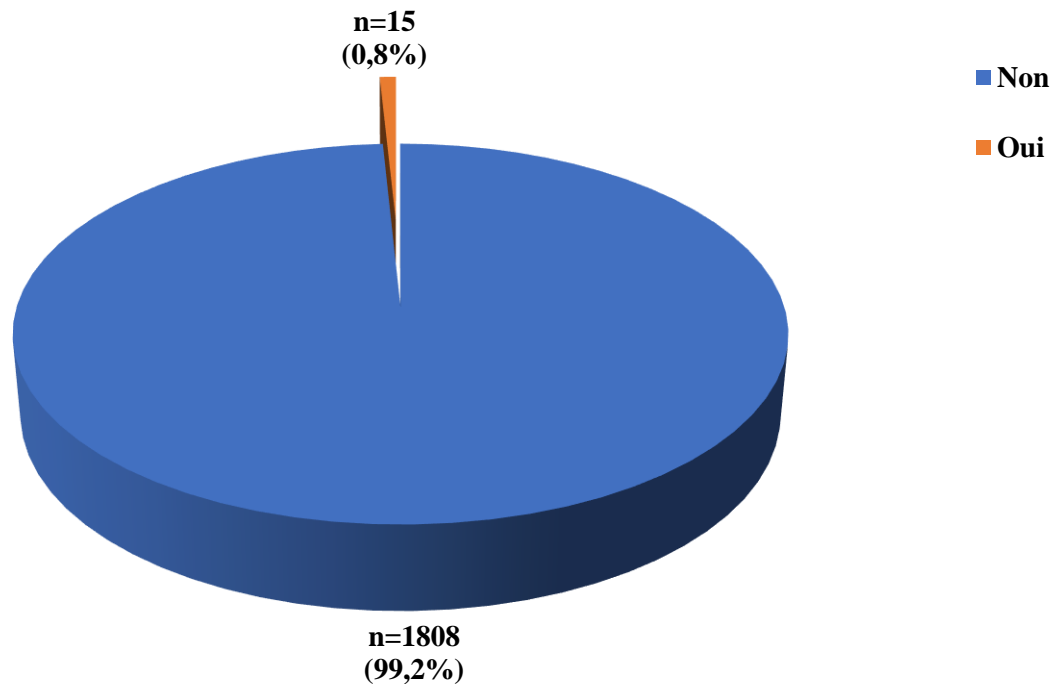


Figure 20: Répartition des patientes selon l'évacuation vers un CHU

NB : Ces patientes ont été évacuées dans le post-partum.

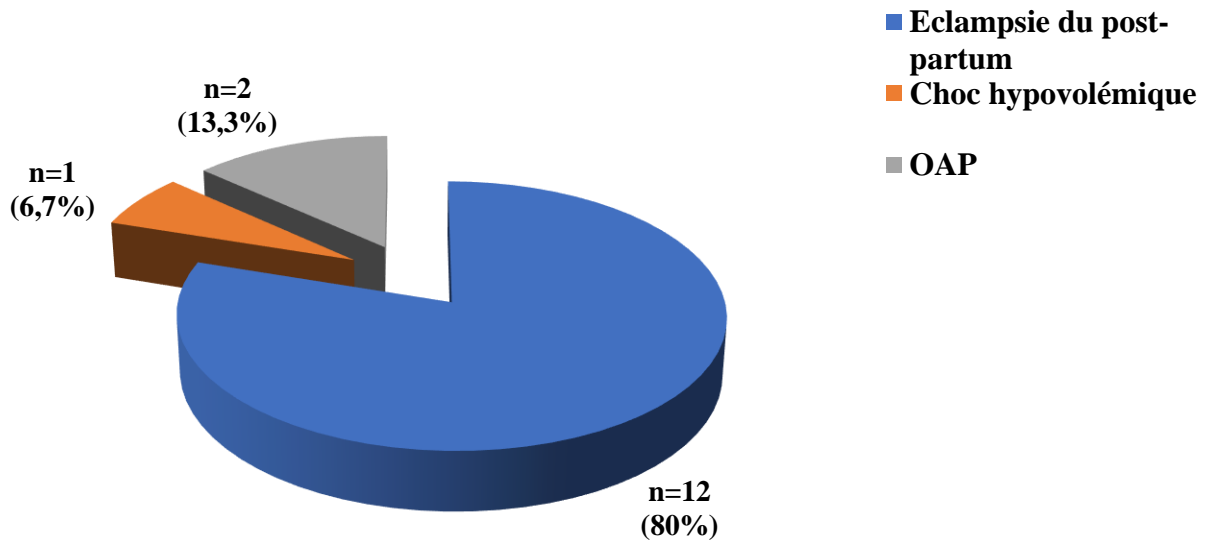


Figure 21: Répartition des patientes selon le motif d'évacuation vers un CHU

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

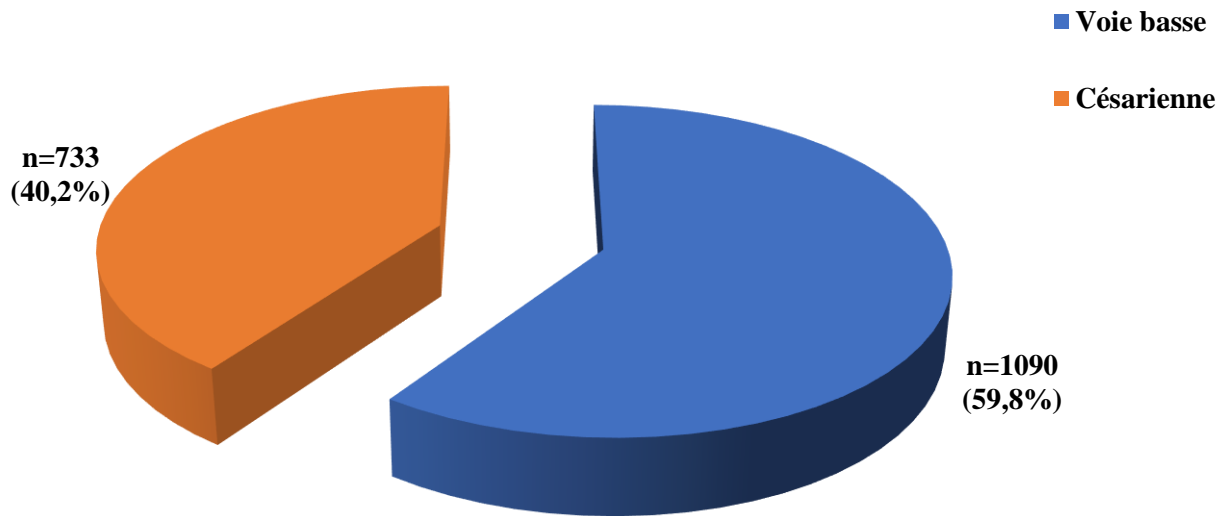


Figure 22 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Tableau IX: Répartition des patientes selon les indications de césariennes.

Indications de césariennes	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Dystocies	298	40,6
Asphyxie fœtale aiguë	180	24,6
Utérus cicatriciels	95	13,0
Pathologie funiculaire	59	8,0
HTA et complications	57	7,8
Hémorragies antépartum (PP et HRP)	41	5,6
Prolapsus génital	2	0,3
Condylome vulvaire	1	0,1
Total	733	100,0

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

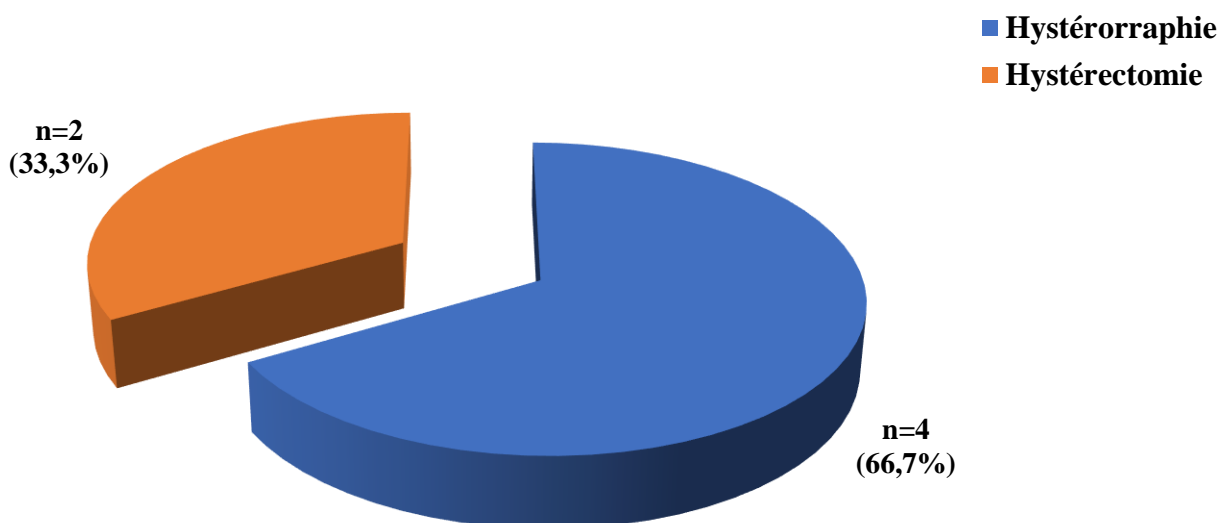


Figure 23: Répartition des patientes selon la prise en charge de la rupture utérine

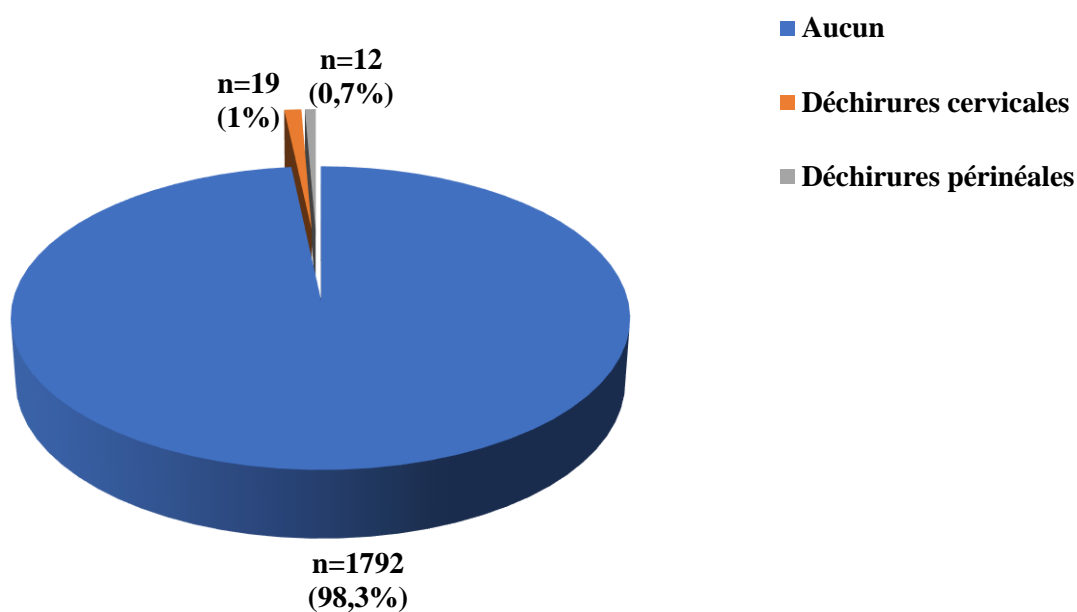


Figure 24: Répartition des patientes selon la présence de lésions des parties molles

8- Suites de couche :

Tableau X: Répartition des patientes selon la morbidité maternelle

Morbidité	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Aucune	1333	73,1
HTA et complications	381	20,9
Anémie	84	4,6
Infections puerpérales	25	1,4
Total	1823	100,0

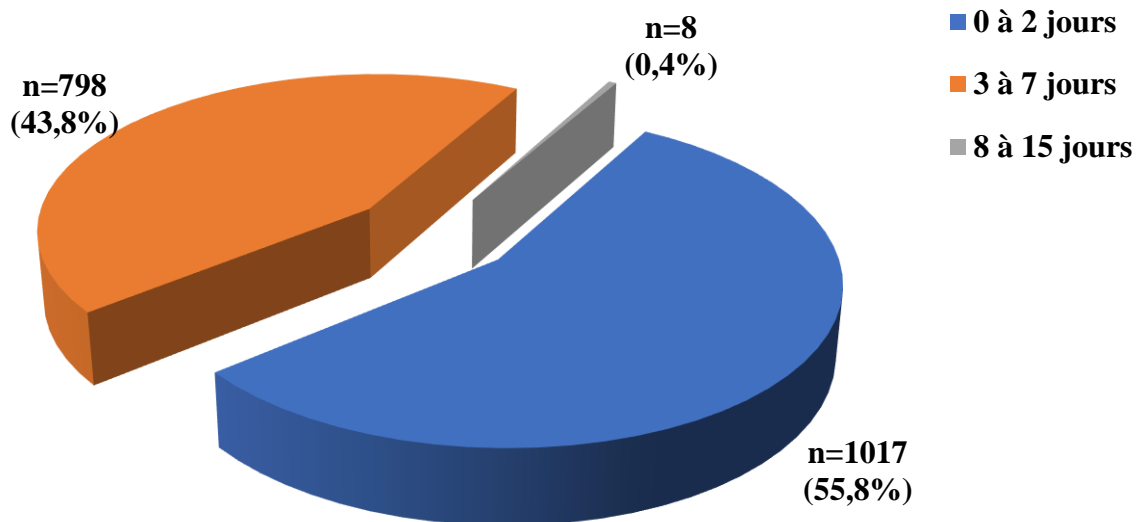


Figure 25: Répartition des patientes selon la durée du séjour au CSRéf CV

9- Pronostic materno-fœtal :

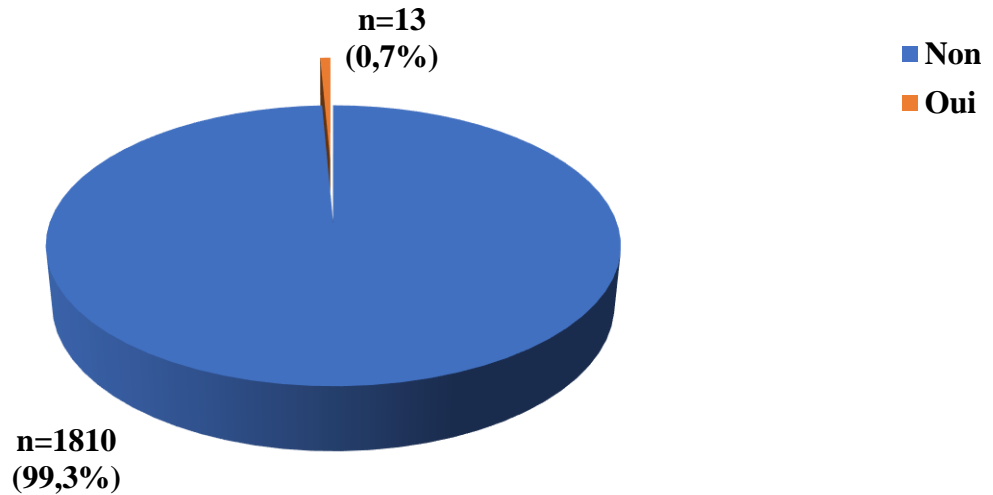


Figure 26: Répartition des parturientes selon la mortalité maternelle

NB : Nous avons enregistré 13 cas de décès maternel exclusivement dûs à l'hémorragie du post-partum immédiat.

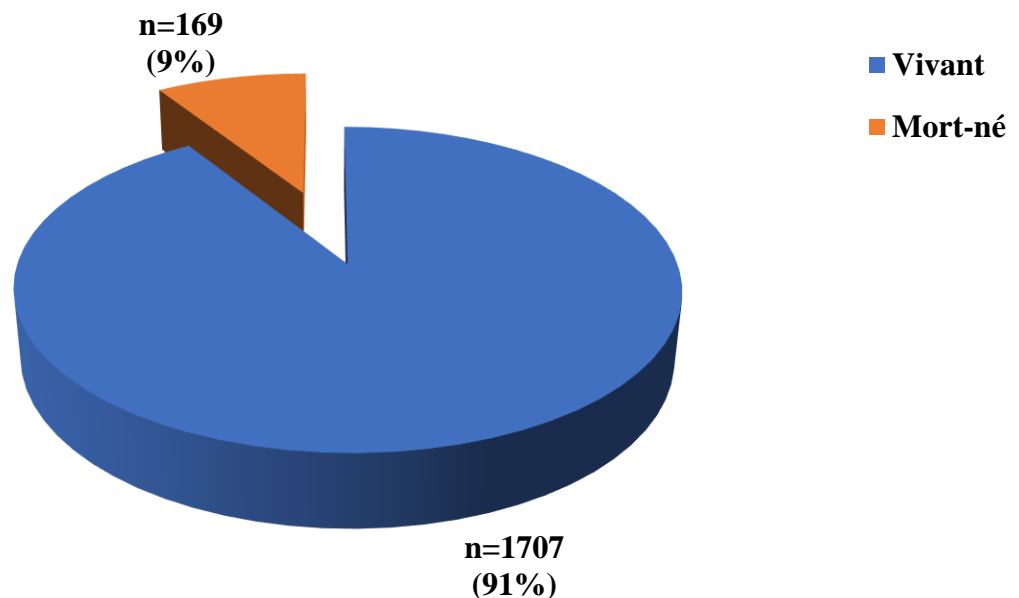


Figure 27: Répartition des nouveau-nés selon leur état à la naissance

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

Score d'Apgar à 1mn	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
De 8 à 10	1366	80,0
De 4 à 7	341	20,0
Total	1707	100,0
Score d'Apgar à 5mn	Effectifs	Pourcentage
De 8 à 10	1694	99,2
De 4 à 7	13	0,8
Total	1707	100,0

Tableau XII: Répartition des nouveaux nés selon le motif de référence en néonatalogie

Références nouveau-nés	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Asphyxie néonatale	341	57,8
Hypotrophie	86	14,6
Prématurité	85	14,4
Macrosomie	43	7,3
Contexte infectieux	29	4,9
Malformations	6	1,0
Total	590	100,0

Tableau XIII : Répartition selon la cause de décès néonatal

Décès néonatal	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Asphyxie néonatale	93	55,0
Hypotrophie	29	17,2
Prématurité	24	14,2
Infection néonatale	21	12,4
Malformations	2	1,2
Total	169	100,0

10- Relation entre le délai d'évacuation et le pronostic materno-foetal:

Tableau XIV: Relation entre le délai d'évacuation et l'état du nouveau-né

Temps d'évacuation	Etat du nouveau-né		
	vivant	mort-né	Total
Moins de 1h	1665	158	1823
De 1h à 2h	28	3	31
Plus de 2h	14	8	22
Total	1707	169	1876

(FISHER=13,29; p<0,001)

Tableau XV: Relation entre le délai d'évacuation et la mortalité maternelle

Temps d'évacuation	Mortalité maternelle		Total
	vivantes	décédées	
Moins de 1h	1761	9	1770
De 1h à 2h	27	4	31
Plus de 2h	22	0	22
Total	1810	13	1823

(FISHER= 20,068 ; p<0,001)

11- Relation entre le diagnostic retenu au CSRéf et le pronostic materno-foetal

Tableau XVI: Relation entre le diagnostic retenu au CSRef et la voie d'accouchement

Diagnostic retenu au CSRef CV	Voie d'accouchement		Total
	voie basse	césarienne	
Dystocies	69	293	362
Asphyxie fœtale	14	231	245
Hémorragies antépartum	9	26	35
HTA et complications	218	56	274
Cicatrices utérines	28	80	108
HPPI	124	0	124
Procidence du cordon	17	33	50
Travail d'évolution normale	611	14	625
Total	1090	733	1823

(khi-deux= 1132,79 ; p<0,001)

Tableau XVII : Relation entre le diagnostic retenu au CSRef et l'état du nouveau-né

Diagnostic retenu au csref cv	Etat du nouveau-né		
	vivant	mort-né	Total
Dystocies	325	37	362
Asphyxie foetale	217	28	245
Hémorragies antépartum	27	8	35
HTA et complications	260	14	274
Cicatrices utérines	108	0	108
HPPI	119	5	124
Procidence du cordon	36	14	50
Travail d'évolution normale	615	63	678
Total	1707	169	1876

(khi-deux= 51,488 ; p<0,001)

Tableau XVIII : Relation entre le diagnostic retenu au CSRef et la mortalité maternelle

diagnostic retenu au CSRef cv	Mortalité maternelle		Total
	Vivantes	Décédées	
Dystocies	362	0	362
Asphyxie foetale	245	0	245
Hémorragies antépartum	34	0	34
HTA et complications	273	0	273
Cicatrices utérines	108	0	108
HPPI	113	13	126
Procidence du cordon	50	0	50
Travail d'évolution normale	625	0	625
Total	1810	13	1823

(FISHER= 50,441 ; p<0,001)

12- Analyse du motif d'évacuation :

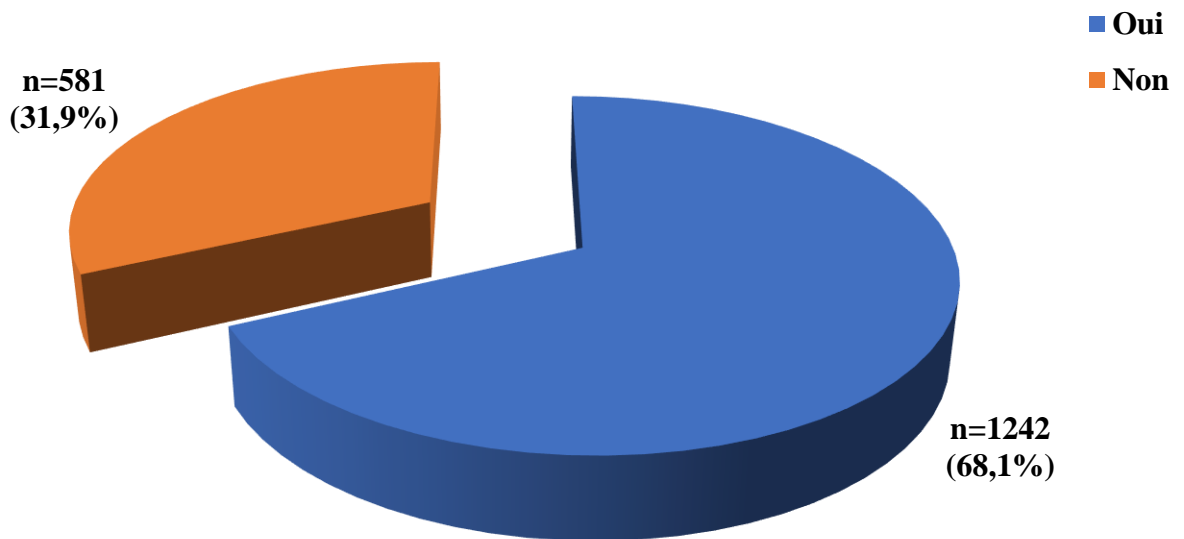


Figure 28: Répartition des patientes selon la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CSRef CV

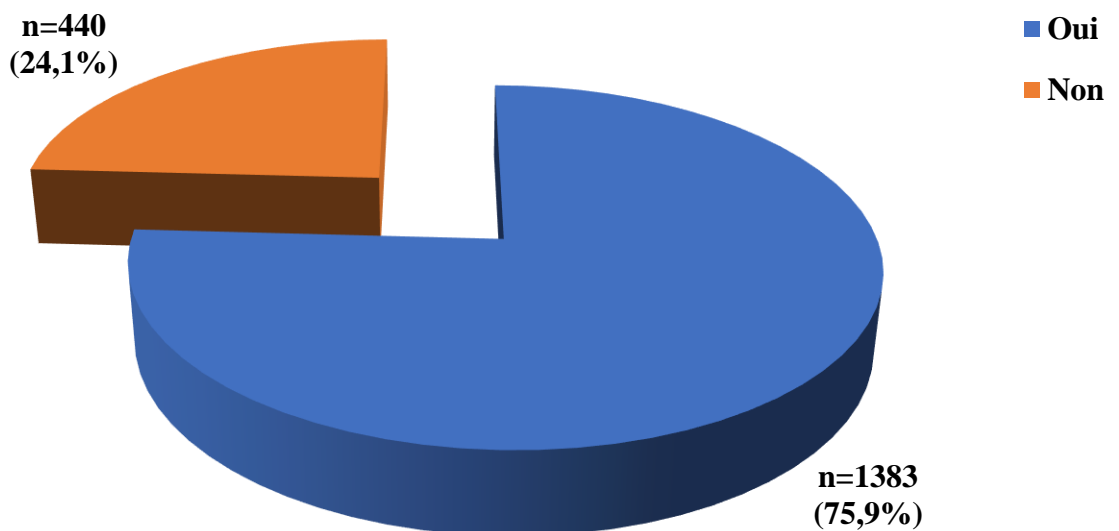


Figure 29: Répartition des parturientes selon la pertinence de l'évacuation.

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V (C.S.Réf.C.V) DU DISTRICT DE BAMAKO

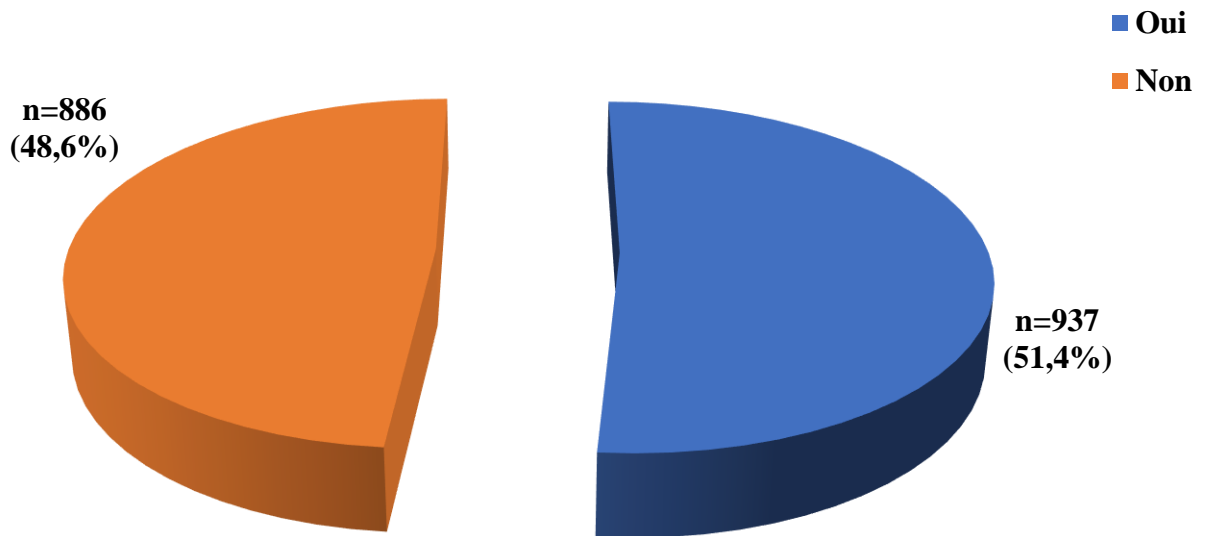


Figure 30: Répartition des parturientes selon l'adéquation de l'évacuation.

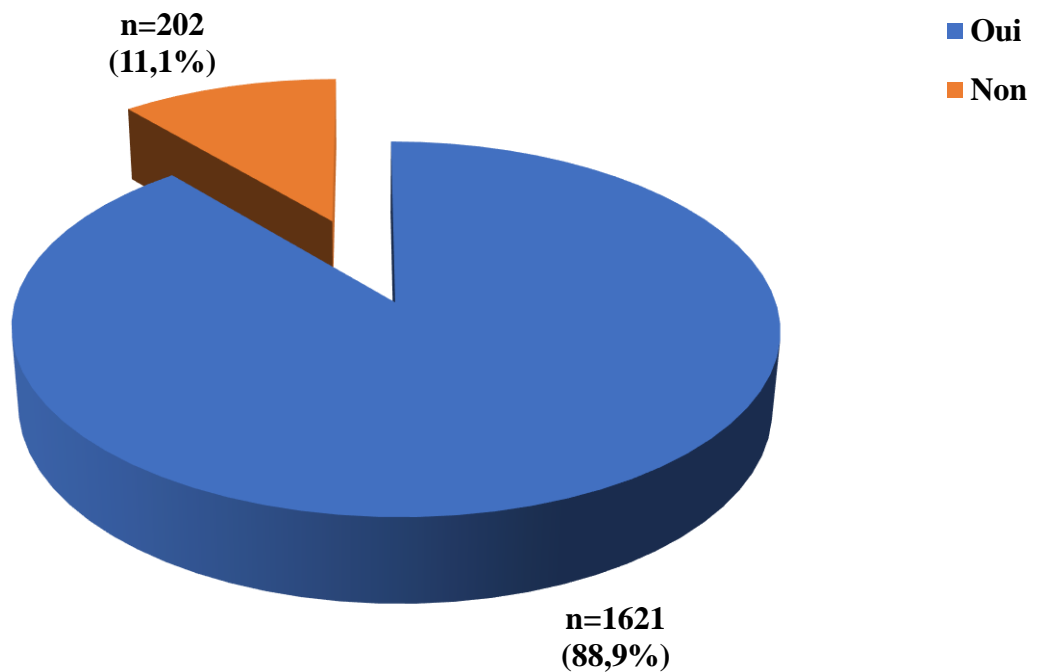


Figure 31: Répartition des parturientes selon que l'évacuation soit opportune

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. La fréquence

Au cours de notre étude les évacuations ont représenté 15,20% des admissions. D'autres études réalisées dans la même structure en 2008 [9], 2011 [15] et 2014 [10] avaient rapporté respectivement 24,60% ; 13,38% et 17%.

Barry A. [16] à Ouagadougou a trouvé 30,8%, Sépou A. et collaborateurs [17] à Bangui ont rapporté une fréquence de 27,3%, Thiam O. et collaborateurs [18] avaient trouvé au Sénégal 31,2%.

6.2. Le profil sociodémographique

L'âge moyen a été 26,17 ans \pm 6,54 pour des extrêmes de 14 ans et 47 ans. La tranche d'âge majoritaire a été celle de 18 à 34 ans avec un taux de 74,7%. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elle correspond à la tranche d'âge des femmes en âge de procréer.

Selon les études de Traoré D. B. [19] et Berthé D. S. [20], la tranche d'âge majoritaire a été celle de 20-35 ans avec des taux respectifs de 75,11% et 57%.

Dans l'étude de Traoré B. I. [8], l'âge moyen des évacuées était de 25,29 \pm 7,23 ans avec les extrêmes de 14 ans et 47 ans.

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec un effectif de 1705 (93,5%). Soumouthéra M. [26] rapportait en 2009 à Koutiala une fréquence de femmes mariées inférieure à la nôtre soit 90,7% ($p < 0,001$). Les ménagères ont constitué 68,3% de notre échantillon. Guindo S B [21] à Sikasso au Mali et Barry A. [16] à Ouagadougou au Burkina Fasso ont rapporté respectivement 81,18% et 85,2% de ménagères.

6.3. Consultation prénatale

Dans notre étude 157 femmes (8,6%) n'avaient fait aucune consultation prénatale. Diallo M L [27] et Sidibé I. M. [22] ont rapporté respectivement 23,71% et 20,7% de femmes sans suivi prénatal.

L'EDSM V rapporte que 26% des femmes n'avaient pas reçu de soins prénatals [5].

Le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé varie selon certaines caractéristiques démographiques. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (93%) qu'en milieu rural (69%) [5].

6.4. Motif d'évacuation

D'une manière générale les motifs d'évacuation étaient en rapport avec les urgences obstétricales. Les motifs les plus fréquemment évoqués étaient :

- les dystocies 41,6% ;
- l'HTA et ses complications 16,7% ;
- Les hémorragies du post partum immédiat 6,3%.

Ces mêmes motifs ont été rencontrés au CSRéf CII [23] avec 45,9% pour les dystocies, 10,24% pour l'HTA et ses complications et 8,61% pour les hémorragies.

Traoré D B [19] rapportait comme principaux motifs d'évacuation au CSRef CVI la dilatation stationnaire et les cicatrices utérines avec respectivement 13,29% et 8,65% des cas. Dembélé B S [10] au CSRéf CV rapportait :

- les dystocies 45,6 % ;
- l'asphyxie fœtale 28,6 % ;
- les hémorragies antépartum 15,5%.

Mais cette dernière étude (Dembélé B S) portait uniquement sur les parturientes (femmes enceintes en travail).

La fréquence élevée des dystocies dans notre étude pourrait s'expliquer en partie par le manque de dépistage précoce des facteurs de risque liés à la grossesse et à l'accouchement au cours du dernier trimestre et une surveillance inadaptée du travail d'accouchement par le partographe.

A l'admission les conclusions les plus fréquemment rencontrées dans notre étude étaient :

- Travail d'évolution normale (34,3%) ;
- Dystocies avec (19,9%) ;
- HTA et complications avec (15%) ;

Ces conclusions sont différentes de celles trouvées dans l'étude de Diarra M B [7] à savoir :

- Dilatation stationnaire (15,1%)
- Travail d'évolution normale avec (13,9%)
- Asphyxie fœtale avec (7,92%)

6.5. La pertinence des évacuations

Les motifs d'évacuation étaient exacts dans 68,1% des cas. Ce taux est semblable à celui de Coulibaly A B [28] qui a rapporté 68,8% ($p > 0,09$).

Les motifs ont été pertinents dans 75,9% des cas, liés à une complication du travail d'accouchement dont la prise en charge ne pouvait pas se faire en périphérie.

Dans notre étude les évacuations n'étaient pas adéquates dans 48,6% des cas. Une évacuation non adéquate pourrait aggraver le pronostic maternel, fœtal et néonatal.

Dans 11,1% les évacuations n'étaient pas opportunes, mettant en péril le pronostic maternel, fœtal et néonatal.

Arifari B N et coll. [24], lors d'une étude sur les évacuations vécues par les femmes en Afrique ont montré que les évacuations non pertinentes étaient le

résultat de la pression psychologique exercée par certaines patientes et leurs accompagnants pour être référées au niveau supérieur ; et également, le résultat de la sanction des patientes « *récalcitrantes* » ou des accompagnants jugés « *envahissants* » par le personnel de la santé.

6-6-La prise en charge

Parmi les évacuations reçues au centre de santé de référence de la commune V, 59,8% avaient accouché par voie basse. Traoré D B [19] et Koné A N [23] ont rapporté des taux supérieurs au nôtre avec respectivement 65,51% et 75% ($p < 0,05$).

Dans notre étude, 40,2% des patientes ont accouché par césarienne.

Ce taux est supérieur à ceux de Traoré D B au CSRéf CVI [19] et de Koné A N [23] au CSRéf CII qui ont trouvé respectivement 32,38% et 24,18% ($p < 0,05$)

Dans notre étude les principales indications de césariennes ont été :

- Les dystocies avec 40,6% ;
- L'asphyxie fœtale 24,6% ;
- Les utérus cicatriciels 13%.

Dembélé B S [10] avait trouvé en 2014 au Centre de Santé de Référence de la commune V, 59,4% d'accouchements par voies naturelles contre 39,8% de césariennes avec les mêmes indications.

Ce taux élevé de césariennes effectuées en urgence dans notre étude reflète l'absence d'identification de certains facteurs de mauvais pronostics liés à l'accouchement et une surveillance inadéquate du travail d'accouchement.

Nous avons enregistré six (6) ruptures utérines soit 0,3% des cas. Une hystérorraphie a été réalisée chez quatre (4) patientes soit 66,7% et deux (2) patientes avaient subi une hystérectomie soit 33,3%. Katilé M [29] et Salihou A [30] ont rapporté respectivement 1,9% et 5% de cas de rupture utérine. Dembélé B S [10] pour la rupture utérine rapportait 50% d'hystérorraphie contre 50% d'hystérectomie.

6-7-Pronostic maternel et périnatal

Dans 66,2% des cas, les suites ont été simples. Des complications ont été observées chez 33,8% des femmes.

Les complications les plus représentées étaient la persistance de l'HTA et ses complications, l'anémie et les infections puerpérales avec respectivement 20,9%, 4,6% et 1,4%.

Ces résultats sont retrouvés dans l'étude de Traoré D B [19] avec 32,79% pour l'HTA, 39,34% pour les infections puerpérales et 8,20% pour l'anémie.

La prédominance de l'anémie pourrait s'expliquer par le mauvais suivi prénatal ou l'absence de suivi prénatal et les conditions précaires de nos parturientes évacuées.

Nous avons enregistré 13 cas de décès maternels soit 0,7%.

Doumbia S [9], Barry A [16] et Thiam O et collaborateurs [18] ont rapporté respectivement 0,6%, 1,2% et 2% de cas de décès maternels.

Dans notre étude les décès maternels étaient exclusivement liés à l'hémorragie du post partum immédiat.

L'état général altéré des patientes, aggravé par le retard et les conditions difficiles de l'évacuation et le manque des produits sanguins pourraient expliquer ce taux de décès maternel observé dans notre étude.

Diarra B [31] rapportait 2,7% de cas de décès maternels qui avaient pour cause l'anémie (50%), l'éclampsie (25%), le choc hypovolémique (12,5%) et la septicémie (12,5%). Ce taux est statistiquement supérieur au nôtre. ($p < 0,05$)

Dans notre étude 590 nouveau-nés ont été adressés à la néonatalogie soit 31,4%.

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment évoqués étaient : l'asphyxie néonatale (57,8%), l'hypotrophie (14,6%) et la prématurité (14,4%).

Soixante-douze pour cent (72%) des nouveau-nés avaient un Score d'Apgar supérieur à 7/10 à la première minute, 169 (9%) étaient des mort-nés.

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par un retard à l'admission et des conditions d'évacuation souvent inadéquates.

Coulibaly D [25], Koné A N [23] et Traoré D B [19] ont rapporté respectivement 9,6%, 11,8% et 10,6% de mort-nés.

Dans notre étude les causes de décès néonatal étaient dominées par l'asphyxie néonatale (55%), l'hypotrophie (17,2%), la prématurité (14,2%) et l'infection néonatale (12,4%).

Coulibaly T [32] rapportait comme causes de décès néonatal l'asphyxie fœtale aigue (34,21%), l'anémie (13,16%), la rupture utérine (13,16%) et l'éclampsie (10,52%).

Pour un délai d'évacuation de moins d'une heure on note 8,7% de mort-nés, ce taux est de 11,1% entre une heure et deux heures et de 36,4% pour un délai supérieur à deux heures ($p<0,001$). De même la mortalité maternelle passe de 0,5% pour un délai d'évacuation inférieur à une heure à 12,9% entre une heure et deux heures ($p<0,001$).

La procidence du cordon, les hémorragies antépartum, l'asphyxie fœtale, les dystocies et l'HTA et ses complications sont accompagnées d'un fort taux de mortinaissance et de morbidité ($p<0,001$). Sur 126 cas d'hémorragies du post partum immédiat nous avons enregistré 13 cas de décès maternel soit 10,3%.

Ainsi nous pouvons dire que le pronostic materno-fœtal et périnatal est lié au délai d'évacuation et la pathologie associée à la grossesse et au travail d'accouchement.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'organisation du système de référence/évacuation au niveau du Csref CV est basée sur le cadre conceptuel.

Néanmoins cette organisation est confrontée à plusieurs difficultés qui sont entre autre les retards à l'évacuation des CSCOM vers le CSRef, le manque d'organisation du transport des patientes des ménages aux CSCOM.

L'absence de suivi prénatal et le manque de personnel qualifié en périphérie par moment font ressortir les notions de pertinence et d'adéquation des évacuations. Ces constats pourraient être les facteurs qui assombrissent davantage le pronostic maternel, fœtal et néonatal.

Le système de Référence/Évacuation tel que décrit dans le cadre conceptuel, est un mécanisme qui, bien appliqué pourrait notablement réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

AUX PERSONNELS SANITAIRES :

- Promouvoir les consultations prénatales recentrées par le dépistage précoce des facteurs de risques et par la référence vers les structures adaptées ;
- Sensibiliser la population sur les signes de danger de la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum par l'Information, l'Education et la Communication (IEC) ;
- Sensibiliser les populations sur les bénéfices du don volontaire de sang ;
- Veiller à l'utilisation systématique et correcte du partographe chez toutes les parturientes ;
- Remplir correctement les supports d'évacuation ;
- Prendre systématiquement une voie veineuse efficace chez toutes les patientes avant l'évacuation ;
- Évacuer précocement les cas compliqués.

AUX POPULATIONS :

- Fréquenter les services de santé sexuelle et génésique ;
- Faire des dons volontaires de sang et de façon régulière.

AUX AUTORITES SANITAIRES :

- Promouvoir la formation continue du personnel de santé ;
- Organiser un audit des évacuations sanitaires ;
- Améliorer le système de référence/évacuation en mettant à disposition des centres de santé plus d'ambulances et en créant un réseau de communication entre la périphérie (y compris les structures privées) et les centres de référence.

REFERENCES

REFERENCES

1. **De Bernis L.** La mortalité maternelle dans le monde. Extrait des mises à jour en Gynécologie et obstétrique, CNGOF 2005, p.93
2. **Bouvier-Colle M.** Mortalité maternelle en France. Rev.prat.1995 ; 9 :45-9.
3. **OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale.** Mortalité maternelle en 2005 :17
4. **Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales du Mali.** Recensement général de la population et de l'habitat, 2009 :64
5. **Ministère de la santé du Mali.** Enquête démographique et de la santé 5^{ème} édition 2014.) Chap. 08 :207
6. **Organisation mondiale de la santé.** La mortalité maternelle, Soustraire les femmes de l'engrenage fatal. Chronique OMS, 1986 ; 40(5) :193-202.
7. **Diarra M. B.** Evacuations obstétricales au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G à propos de 682 cas. Thèse de médecine, Bamako 2008 :63-64
8. **Traoré B. I.** Evacuations sanitaires obstétricales à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes : Pronostic maternel, fœtal et périnatal. Thèse de médecine, Bamako 2010 :60
9. **Doumbia S.** Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au CSRéf CV du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2008 ; numéro 101 :03-05
10. **Dembélé B. S.** Etude sur les évacuations sanitaires obstétricales du 1^{er} janvier au 30 juin 2014 au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2014 :51-69
11. **Merger R., Levy J., Melchior J.** Précis d'obstétrique. 5^{ème} édition Masson paris 1989 :135-533
12. **Horrier G., Solat J.** Mécanisme général de l'accouchement. Enc. Med. Paris Obstétrique, 1986 ; numéro 1 : 5017 C 10.

13. **Delecour M., Thoulon J. M.** Conduite à tenir au cours d'une dystocie. Rapport du 27^{ème} congrès de gynécologie et obstétrique de langue française. Rabat 21-24 mai 1978.
14. **Grall F.** Présentation du sommet. Enc. Med. Chir. Paris Obstétrique, 1977 ; numéro 6 : 5018, B10.
15. **Traoré A. T.** Évaluation du système de référence/évacuations des urgences obstétricales dans le district sanitaire de la commune V. Thèse de médecine, Bamako 2010 ; numéro 120.
16. **Barry A.** les références obstétricales au CMA du secteur 30 de Ouagadougou. Thèse de médecine, Ouagadougou ; numéro 133 :35-50
17. **Sepou A., Yanza M. C., Nguembi E., Dotte G. R., Nali M. N.** Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui (Centrafrique). Cahier d'études et de recherches francophones ; 2000 ; 10 (6) : 399- 405.
18. **Thiam O., Cissé M. L., M'Baye M., Niang M. M., Gueye M., Diouf A. A., Dieye S., Moreau J. C. :** Problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : Exemple du centre hospitalier de NDIOUM de janvier à décembre 2011;52-54
19. **Traoré D. B. :** Problématique du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako. Thèse médecine, Bamako 2010, numéro 365 :64-98
20. **Berthé D. S.** Les évacuations obstétricales à l'Hopital Fousseny Daou de Kayes /à propos de 322 cas. Thèse de médecine, Bamako 2011 :57-73
21. **Guindo S.B. :** Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso. Thèse médecine, Bamako 2008, numéro 262 :49
22. **Sidibé I. M.** Évacuations sanitaires obstétricales au CSRéf de Bougouni étude prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas. Thèse de médecine, Bamako 2006 :47

23. **Koné A. N.** Evacuations obstétricales au service de gynécologie obstétrique du CSREF de la commune II du DISTRICT de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2009 :65-71
24. **Arifari N. B., Ouattara F, Gruenais M E, Vidal N L.** La référence vécue par les femmes. Unité de recherche R002 “ Acteurs et systèmes de santé en Afrique ” :7-10
25. **Coulibaly D. :** Étude épidémio-clinique des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune IV à propos de 293 cas. Thèse médecine, Bamako 2008, numéro 479 :64
26. **Soumouthéra M.** Evaluation du système de référence évacuation des urgences obstétricales au Centre de santé de Référence de Koutiala de juillet 2008 à juin 2009. Thèse de médecine, Bamako 2010, numéro 277 :71
27. **Diallo M. L.** Evaluation du système de référence/évacuation du cercle de Barouéli de 2005 à 2010. Thèse de médecine, Bamako 2012, numéro 183 :89
28. **Coulibaly A. B.** La référence/évacuation gynéco-obstétricale au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako. Thèse médecine, Bamako 2006, numéro 233 :46
29. **Katilé M.** Evaluation du système de référence/évacuation dans la zone sanitaire de Sélingué du 1^{er} juillet 2005 au 30 juillet 2006. Thèse de médecine, Bamako 2008, numéro 110 :92
30. **Salihou A.** Evaluation du système de référence évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Niafunké de janvier 2007 à décembre 2008. Thèse de médecine, Bamako 2009, numéro 468 :68
31. **Diarra B.** Evaluation du système de référence/évacuation au Centre de Santé de référence de koulikoro de juillet 2005 à juin 2006. Thèse de médecine, Bamako 2007, numéro 153 :45
32. **Coulibaly T.** Problématique de la référence/évacuation par rapport aux urgences obstétricales dans le district sanitaire de Keniéba. Thèse de médecine, Bamako 2007 :73

ANNEXES

Annexes

FICHE D'ENQUETE

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom/Prénom :

1-) Age : /.../

a-) ≤ 19 ans b-) 18-34ans c-) ≥ 35 ans.

2-) Profession : /.../

a-) Non rémunérée b-) rémunérée c-) élève d-) étudiante

3-) Provenance : /...../

a-) Commune V b-) autres communes Bko ;
c-) commune de Kati d-) autres communes de Koulikoro

4-) Statut matrimonial : /...../

a-)célibataire b-) mariée c-) divorcée d-) veuve

5-) Régime matrimonial:/...../

a-)Monogamie b-) polygamie

6-) Niveau d'instruction:/...../

a-) Primaire b-) Secondaire c-) Supérieure
d-) Alphabétisation e-) aucun

7-) Profession du mari:/...../

a-)Non rémunérée b-) rémunérée c-) étudiant d-) élève

II. MODE D'EVACUATION

8-) Date/heure d'évacuation :

9-) Date/heure d'admission :

Durée/...../ a-) moins de 1h b-) de 1h à 2h c-) plus de 2h

10-) Moyen de transport emprunté:/...../

a-) Ambulance b-) taxi c-) moto d-) véhicule personnel/particulier
e-) Transport en commun f-) autres à préciser.....

11-) Support lors de l'évacuation /...../

- a-) fiche b-) partogramme c-) fiche et partogramme d-) aucun

12-) Motif d'évacuation : /...../

- a-) dystocies b-) asphyxie fœtale c-) hémorragies antépartum
d-) HTA/complications e-) cicatrices utérines f-) cicatrices des voies
urogénitales g-) HPPI h-) procidence du cordon i-) rpm j-) cpn non fait
k-) bilan non fait l-) grossesse multiple m-) autres

13-) Voie veineuse/...../ a-) Oui b-) Non

14-) Qualification de l'agent qui évacue:/...../

- a-) Médecin b-) sage-femme c-) infirmière- obstétricienne
d-) Matrone e-) Aide-soignant

15-) Qualification de l'agent qui reçoit : /...../

- a-) Médecin b-) Sage-femme c-) infirmière obstétricienne
d-) Matrone e-) Aide-soignant

III. ANTECEDANTS

16-) Médicaux://

- a-) aucun b-) Drépanocytose/autres hémopathies c-) diabète
d-) HTA e-) VIH/SIDA f-) plusieurs

17-) Chirurgicaux:/...../

- a-) aucun b-) Cicatrice de césarienne c-) cicatrice de myomectomie
d-) GEU e-) Autre à

préciser :

18-) Obstétricaux :

*Gestité:/...../

- a-) Primigeste b-) pauci geste c-) multigeste

*Parité:/...../

- a-) Primipare b-) paucipare c-) multipare

Vivants/.../ Décédés/.../ Avortements/.../ Morts-nes/.../

IV. EXAMEN DE LA FEMME

A. Histoire de la grossesse :

- 19-) Notion de CPN: /.../ a-) Oui b-) Non
- 20-) Nombre de CPN: /...../ a-) 0 b-) 1-3 c-) 4 et plus
- 21-) Lieu de CPN : /.../ a-) CSRef b-) CSCOM c-) Structure privée
- 22-) Auteur de CPN: /...../
a-) Médecin b-) sage-femme c-) Obstétricienne d-) Matrone
e-) Aide-soignant
- 23-) Age gestationnel /...../
a-) < 28 SA b-) entre 28 et 36 SA + 6j c-) entre 37 et 42 SA d-) ≥ 42 SA

B. Examen général :

- 24-) Score de Glasgow: /...../ a-) 15 b-) 14 à 10 c-) 9 à 7 d-) 6 à 3
- 25-) Conjonctives : /...../ a-) Colorées b-) Pâles
- 26-) TA /...../
a-) < 9/5 cmHg b-) 9/5 et 13/8 cmHg c-) > 13/8 cmHg
- 27-) Température /.../
a-) < 36°C b-) 36 et 37.5°C c-) ≥ 37,5°C
- 28-) Pouls /.../
a-) < 70 b-) 70 et 90 c-) > 90
- 29-) Respiration: /.../
a-) < 10 b-) 10 et 25 c-) > 25

C. Examen obstétrical :

- 30-) Surveillance du travail par le partogramme: /.../ a-) Oui b-) Non
- 31-) Date/heure du début du travail :
- 32-) Hauteur utérine :cm
- 33-) BDCF :battements/min
- 34-) MAF: /...../ a-) Présents b-) Absents
- 35-) Dilatation du col /.../ a-) fermé b-) Latence c-) Active

36-) Etat des membranes:/...../

a-)Intactes b-)rompues c-) si rompue, durée.....

37-) Aspect du liquide amniotique:/...../

a-) Clair b-) méconial c-) sanguinolent

38-) Odeur du liquide amniotique:/..../

a-)Fétide b-) non fétide

39-) Présentation:/...../

a-) céphalique b-) siège c-) épaule

40-) Nature de la présentation:/...../

a-) sommet b-) front c-) face d-) siège complet
e-) siège décomplété

41-) Engagement:/..../ a-)Oui b-) non

42-) Etat du bassin:/..... /

a-) Normal b-) limite c-) rétréci d-) asymétrique

43-) Hémorragie/..../ a-) Oui b-) Non

Si oui, la quantité/..../ a-) minime b-) moyenne c-)abondante

V. Diagnostic retenu au CSREF /...../

a-) dystocies b-) asphyxie fœtale c-) hémorragies antépartum

d-) HTA/complications e-) cicatrices utérines f-) cicatrices des voies

urogénitales g-) HPPI h-) procidence du cordon i-) travail

d'évolution normale

VI. CONDUITE À TENIR

44-) Evacuée vers autres structures/..../ a-) Oui b-) Non

45-) Si oui, cause :.....

46-) Voie d'accouchement proposée:/...../

a-)Voie basse simple b-) césarienne c-) manœuvre obstétricale

47-)Si césarienne, indication:/...../

a-) Hémorragies b-) dystocies c-) HTA/complications

- d-) pathologie funiculaire e-) cicatrice utérine f-) cicatrice voies génito-urinaire
g-) souffrance fœtale aigue
h-) autres à préciser.....

48-)Laparotomie:/...../

- a-) Rupture utérine b-) GEU c-) Autres, à préciser.....

Prise en charge de la rupture utérine

- a-) hystérorraphie b-) hystérorraphie+LRT c-) hystérectomie

49-) Autres lésions suturées:/...../

- a-)Vessie b-) vagin c-) col d-) Episiotomie

VII. Pronostic maternel

50-) Score infectieux :

51-)Morbidité:/...../

- a-)HPPI b-) anémie c-) paludisme d-) infections e-)

HTA/complications f-) VIH/SIDA

52-)Mortalité maternelle:/...../

- a-)HPPI b-) infectieuses c-) HTA/complications

d-) anémie e-) autres, à préciser.....

53-) Etat à la sortie/...../ a-) satisfaisant b-) non satisfaisant

54-) Durée du séjour : /...../ a-) 0 à 2 jours b-) 3 à 7 jours c-) 8 à 15 jours

e-) plus de 15 jours

55-) Suites de couche/...../ a-) simples b-) compliquées c-) décédée

56-) Si complications, préciser.....

57-) Si décédée, cause.....

VIII. PRONOSTIC DU NOUVEAU-NE

58-) Etat du nouveau-né/...../

- a-)vivant b-) mort-né

- 59-) Si mort-né /..../ a-) dystocies b-) HTA/complications c-)
prématurité d-) contexte infectieux e-) malformations f-) pathologies
funiculaires g-) autres.....
- 60-) si référé/...../ a-) asphyxie néonatale b-) prématurité c-)
macrosomie d-) hypotrophie e-) malformations f-) contexte infectieux
- 61-) Sexe/...../ a-) Masculin b-) Féminin
- 62-) Poids/...../ a-) <2500g b-) De 2500 à 4000g c-) ≥ 4000g
- 63-) Apgar à la 1^{ère} minute:/...../
a-) 0=mort-né b-) 1-3=mort-né apparent c-) 4-7=morbide
d) 8-10=normal
- 64-) Apgar à la 5^{ème} minute/...../
a-) 0=mort-né b-) 1-3=mort-né apparent c-) 4-7=morbide
d-) 8-10=normal

IX. RESULTATS

- 65-) Pertinence des diagnostics/...../
a-)Oui b-) non
- 66-) Concordance des diagnostics/...../
a-)Oui b-) non
- 67-) Adéquation de l'évacuation/...../
a-)Oui b-) non
- 68-) Opportunité de l'évacuation/...../
a-)Oui b-) non
- 69-) État de la mère à J42

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : MAIGA

Prénom : Issa Boubacar

Date et lieu de naissance : 10 Octobre 1989 à Koumaira

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2018-2019

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Les évacuations sanitaires obstétricales reçues au Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf.C.V) du District de Bamako.

Lieu de dépôt : Bibliothèque faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique et Santé publique

Résumé :

Le but de notre étude était d'étudier les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale avec recueil rétrospectif des données.

Au cours de notre étude menée pendant une période de 12 mois, nous avons enregistré 1823 évacuées sur un total de 11992 admissions dans le service ce qui représente 15,20% des admissions au CSRéf CV.

L'âge moyen a été 26,17 ans \pm 6,54 avec des extrêmes de 14 et 47 ans.

Les patientes non instruites ont représenté 80,3%.

Les motifs d'évacuation étaient concordants dans 68,1% dont le plus évoqué était les dystocies avec 41,6%.

Ces évacuations étaient pertinentes dans 75,9%, adéquates dans 51,4% et opportunes dans 88,9%.

La mortinatalité a représenté 9% et la mortalité maternelle était de 0,7%.

Mots clés : CSRef CV, évacuations obstétricales, morbidité, mortalité, patientes, pronostic materno-foetal.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.