

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Un Peuple—Un But— Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES **U.S.T.T-B**
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
(F.M.O.S)

Année Académique : 2013-2014

N°

THESE

**ETUDE DES URGENCES OBSTETRIQUES
DANS LE CADRE DE LA
REFERENCE/EVACUATION AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE MAJOR MOUSSA
DIAKITE DE KATI A PROPOS DE 319 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le 02/06/2014
Devant la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par Mr Adama Tiécolo TRAORE

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

Jury

Président : Pr Salif DIAKITE

Membre : Dr Tioukani A. THERA

Co-directeur : Dr Konimba KONE

Directeur : Pr Issa DIARRA

DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le clément et miséricordieux .Après avoir loué et rendu gloire à ALLAH qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son prophète MOHAMED (Paix et salut sur lui)

Je dédie ce travail :

- A mon père : Tiecolo Traoré.

Aujourd'hui plus que jamais, nous apprécions la valeur de vos efforts, la justesse de votre éducation et la précocité de vos conseils ; homme de vertu, vous resterez pour nous un exemple à suivre.

- A ma mère: Sorofing Koné .Femme soumise, courageuse et combative.

Tu as tout donné pour ma réussite. Ton affection et ton attention à mon égard n'ont pas d'égal et m'ont conforté.

Que Dieu te donne l'heureuse opportunité de jouir des fruits de mon travail

- A mes frères Mamadou Traoré et Bakary Traoré

- A mes sœurs Mamou Traoré, Chata Traoré et Awa Traoré.

Qu'ALLAH renforce la cohésion familiale .

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont :

- **A la famille Koné** : Seydou Koné enseignant à Kolondièba
- **A la famille Diallo** : Chaka Diallo enseignant à Bougouni.
- **Aux familles : Kouyaté et Diarra à Kati.**
- **A mes amis Moussa Konaté et Sidi Kouyaté** qu'ALLAH vous accorde longue vie.

- **A Dr Abdrahamane Diabaté**

Pour les encouragements l'assistance et la disponibilité dont vous avez fait preuve.

A mon ami (es) du grin : Je ne saurais vous remercier car vous aviez été pour moi un réconfort pendant les moments difficiles de ma vie. Que se resserrent davantage nos liens amicaux, car l'union fait la force.

- **A mes aînés et collègues au CSREF Kati: Dr Luc Sidibé, Dr Kibili Demba Dr Broulaye Diarra, Dr Ilias Guindo , Adama Sidibé, Daouda Coulibaly, Mory Bengaly, Mamadou Diakité , Seydou Doumbia**

Pour votre disponibilité, courage pour le reste du chemin laborieux.

- **A toutes les sages femmes :**

Pour les conseils précieux. Soyez assurées de ma reconnaissance.

- **Au personnel du Centre de Santé de Référence de Kati.**

- **A toute ma promotion**

- **Aux Professeurs de la Faculté de Médecine.**

- **Aux internes collègues au CSREF Kati.**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Salif DIAKITE

Professeur honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de l'université de Bamako

Cher Maitre,

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maitre aimé et admiré de tous.

Honorable Maitre, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand Médecin.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Tioukani Augustin THERA

Maître Assistant à la FMOS

Praticien au service de Gynécologie-Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire du Point G

Ancien chef de service de Gynécologie- Obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Cher maître

Votre exigence du travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre comportement quotidien, votre disponibilité et votre esprit d'organisation sont là quelques unes de vos qualités, qui ont forgé notre admiration et font de vous un chef et un maître très apprécié de tous.

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Veillez croire cher maître, à l'expression de notre admiration, de notre profonde gratitude et de notre respect.

.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Konimba KONÉ

Spécialiste en gynécologie obstétrique

Chef de service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de Kati.

Cher Maître, c'est un grand honneur que vous nous avez fait en initiant ce travail et d'accepter de le diriger. Ce travail est le vôtre.

Nous avons bénéficié de votre savoir faire et de votre savoir être tout au long de ce travail.

Votre sens élevé du travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre humanisme ont forcé notre admiration.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Issa DIARRA

-Professeur de gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'odonto

Stomatologie de Bamako .

-Gynécologue obstétricien à la maternité de garnison de Kati

-Colonel major de l'armée du Mali

-Haut fonctionnaire de défense auprès du ministère de la santé

-Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali

Cher Maître

C'est avec abnégation et le souci constant du travail bien fait que vous avez dirigé ce travail malgré vos multiples occupations .

Ce travail est une fois de plus la preuve de votre attachement à la formation des étudiants en médecine .Honorable Maître ,nous avons été fascinés par votre sens élevé de pédagogie .

Homme de vertus ; cher Maître ,vous êtes et resterez un modèle à suivre.

Trouvez ici cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

Puisse Allah vous accorder longue vie.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMIU :	Aspirateur Manuelle Intra Utérine
ASACO :	Association de santé Communautaire
ATCD :	Antécédent
BDCF :	Bruit du cœur foetal
CAT :	Conduite à tenir
CC :	Consultation Curative
CPM :	Chef de Post Médical
CPN :	Consultation Prénatale
CPON :	Consultation Post Natale
CSCOM :	Centre de santé Communautaire
CSREF :	Centre de santé de Référence
CSP :	Centre de santé périphérique
CUD :	Contraction utérine douloureuse
DCD :	Décédé
DFP :	Disproportion foeto pelvienne
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DRC :	Dépôt Répartitaire de Cercle
DRDS-ES :	Direction Régionale du Développement Social et l'Economie Solidaire
DRS :	Direction Régionale de la Santé
DV :	Dépôt de vente
EDS :	Enquête démographique et de Santé
EPH :	Etablissement Public Hospitalier
ESSC :	Equipe Socio Sanitaire de Cercle
GATPA :	Gestion active de la troisième période d'accouchement
GEU :	Grossesse extra utérine
HUE :	Hauteur utérine excessive
HDD :	Hémorragie de la délivrance
HRP :	Hématome retro placentaire
HU :	Hauteur utérine

HTA : Hypertension artérielle
HGT : Hôpital Gabriel TOURE
IEC : Information, éducation et la communication
ME : Médicament essentiel
OMS : Organisation mondiale de la santé
PDE : Poche des eaux
PMA : Paquet minimum d'activité
PPH : Placenta praevia hemorrhagique
RPM : Rupture prématurée des membranes
PF : Planification Familiale
PO : Plan Opérationnel
PTME : Prévention de la transmission mère Enfant
RAC : Radio Administrative de Communication
SFA : Souffrance fœtale aigue
SENN : Soin Essentiel du Nouveau Né **SAGO :** Société africaine de gynéco-obstétrique
SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence
TA : Tension artérielle
TDC : Technicien de Développement Communautaire
TLP : Technicien de laboratoire et de Pharmacie
UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance
VIH : Virus Immunodéficience Humaine
< : Inférieur
≤ : Inférieur ou égal
> : Supérieur
≥ : Supérieur ou égal
= : Egal

Sommaire

<u>I.INTRODUCTION</u>	0
<u>II.OBJECTIFS</u>	4
<u>1-OBJECTIF GENERAL</u>	4
<u>2-OBJECTIFS SPECIFIQUES</u>	4
<u>III. GENERALITES</u>	5
<u>1- PROBLEMATIQUE DE LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE</u>	6
<u>2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION</u>	8
<u>3. PRINCIPES DIRECTEURS DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION</u>	9
<u>4. CRITERES DE CHOIX DES ZONES D'INTERVENTION</u>	12
<u>5. CONDITIONS DE REUSSITE</u>	13
A. <u>Physiologie de l'accouchement</u> :	15
B. <u>Les pathologies obstétricales</u> :	19
C. <u>Thérapeutiques obstétricales</u> :	28
<u>IV. METHODOLOGIE</u>	32
A. <u>Cadre d'étude : L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati</u>	32
1. <u>Historique du Centre de Santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati</u> :	32
2. <u>Les données géographiques</u> :	32
3. <u>La Commune urbaine de Kati</u> :	33
4. <u>La population : le cercle de Kati compte une population de 681872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15 ans</u>	33
6. <u>Les Différents services du centre de santé de référence major Moussa Diakité de Kati : il se compose de</u> :	34
7. <u>Activités</u> :	37
B. <u>Type d'étude : Il s'agit d'une étude prospective allant du 01/01/ 2012 au</u>	39
1. <u>Population d'étude : Les parturientes admises dans le service pendant</u>	39
2. <u>Période d'étude : janvier 2012-décembre 2012 soit une période de 12 mois</u>	39
3. <u>Echantillonnage : La taille minimale de l'échantillon (n) a été déterminée à partir de la formule suivante : $n= 4p.q/i^2$</u>	39
4. <u>Collecte des données : Le recueil des données a été effectué sur les dossiers des malades, le registre du bloc opératoire, le registre d'accouchement, le partogramme et le registre de référence /évacuation</u>	39

<u>5. Traitement informatique : Les données ont été portées, analysées en utilisant les logiciels Microsoft Word et Epi info version 7.</u>	39
<u>V . RESULTATS</u>	40
<u>VI . COMMENTAIRES ET DISCUSSION</u>	57
<u>VII . CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</u>	63
<u>1- CONCLUSION :</u>	63
<u>2- RECOMMANDATIONS</u>	64
<u>VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	66
<u>IX . ANNEXES</u>	69

I-INTRODUCTION

Les évacuations sanitaires d'urgence obstétricales sont fréquentes dans nos régions, leurs pronostics tant maternels que fœtaux sont réservés. Dans les pays en voie de développement en général et au Mali en particulier, ces évacuations sont une composante de l'organisation du système sanitaire.

L'organisation de la santé au Mali est schématiquement représentée par la pyramide sanitaire avec les hôpitaux du district au sommet et les Cscm à la base.

Le système de référence : est l'ensemble des dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge [1]. Le système de référence a été créé par l'administration coloniale britannique dans bon nombre de pays en développement.

En 1940 : l'introduction d'une structure organisationnelle de dispensaires et de centres de santé en Inde, en Egypte, en Tunisie et au Soudan a vu le jour.

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

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité maternelle, fœtale et néonatale élevée.

L'OMS et le fonds des nations unis pour l'enfance (UNICEF) estiment que plus d'un demi- million de femmes meurent chaque année à travers le monde de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et que près de 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement [2].

L'Afrique de l'ouest avec 1020 décès maternels pour 100.000naissances vivantes, détient le record au monde [3].

Une étude prospective faite sur la référence/évacuation à l'Hôpital Gabriel Touré dans le service gynéco- obstétrique en 1995 a trouvé 3 décès maternels sur une série de 160 cas [4]. Ces complications obstétricales justifient la référence/évacuation des maternités périphériques vers les centres plus équipés.

Au Mali, les femmes représentent 51% de la population, le taux de croissance annuelle est de 2,7%, le pays devra atteindre 23 millions d'habitants d'ici 2025 avec un indice synthétique de fécondité de 6,6 enfants par femmes.

(Thèse BALLA DIARRA 2008 au PG).

Selon EDS IV 2006, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100.000naissances vivantes [5], le taux de mortalité néonatale est de 57 pour 1000.

L'accessibilité des CSCOM est de 51% dans un rayon de 5Km et 76% dans un rayon de 15Km (annuaire du système d'information sanitaire2006) .Le pays comptait 785 centres de santé communautaires (CSCOM) ,59 centres de santé de référence (CSREF), des établissements publics régionaux, des établissements publics nationaux, l'hôpital mère /enfant et l'hôpital du Mali qui vient de voir le jour [5].

La référence /évacuation n'a jamais fait l'objet d'une étude au centre de santé de référence de Kati, d'où notre intérêt par rapport à ce sujet avec comme objectifs :

II.OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de ce travail est d'étudier le système de référence /évacuation au CSREF de Kati.

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES

Nos objectifs spécifiques sont les suivants :

- a- Caractériser le profil sociodémographique des femmes
- b- Déterminer les conditions d'évacuation des femmes des CSCOM vers le CSCREF.
- c- Préciser les obstacles au fonctionnement du système de référence/évacuation au CSREF de Kati.
- d- Déterminer le pronostic materno-fœtal des parturientes évacuées au centre de santé de référence de Kati.

III. GENERALITES

La déclaration de politique sectorielle de santé et de population du Mali retient parmi ces principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle (le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS). Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et l'offre des soins est assurée par 2 échelons complémentaires :

- le 1^{er} échelon représenté par les centres de santé communautaires offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et géré par les associations de santé communautaire (ASACO), composé des délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie;
- le 2^{ème} échelon, le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence.

D'une manière générale, le cercle compte une population variant entre 100.000 et 150.000 habitants.

La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé au Mali a permis d'obtenir les résultats suivants :

- l'accessibilité au PMA dans un rayon de 15 Km est passée de 3% en 1993 à 50% en 1999 ;
- les médicaments essentiels en DCI sont disponibles dans les centres de santé ;
- l'augmentation des besoins en soins de référence suite à l'extension de la couverture sanitaire a rendu indispensable l'organisation effective du système entre les deux échelons. A ce jour, un système de référence et de contre référence a été développé dans 15 cercles et 2 zones sanitaires en utilisant les soins obstétricaux comme porte d'entrée.

Le choix de la périnatalité comme porte d'entrée découlait de l'analyse des soins d'urgence couverts par les centres de santé de cercle. Les soins obstétricaux

d'urgence représentent plus de 50% des urgences observées au niveau des cercles. Ce choix tient compte aussi de l'importance des besoins ressentis par la population dans la définition des priorités. La porte d'entrée périnatalité a effectivement constitué un facteur favorable à la prise en compte globale du développement du système de santé de cercle. L'objectif final de l'organisation de la référence/évacuation est de fournir à toute la population un système intégré des soins de première et de deuxième ligne, tout en stimulant la participation communautaire.

1- PROBLEMATIQUE DE LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE

Les ratios de mortalité maternelle sont généralement utilisés pour apprécier la capacité des différents systèmes de santé à répondre aux besoins obstétricaux.

Ces ratios peuvent montrer des variations extrêmement importantes d'un contexte à l'autre. En effet sur toutes les statistiques de santé passées en revue par l'OMS, c'est dans le domaine de la mortalité maternelle que l'écart entre pays en voie de développement et pays développés est le plus grand.

Il meurt moins d'1% des mères dans les pays développés, ce qui montre que ces décès pourraient être évités si les ressources et les services étaient disponibles. En Scandinavie, où les performances et l'accès des services de santé sont excellents, le ratio de mortalité maternelle est de l'ordre de 6 décès maternels pour 100. 000 naissances vivantes. En Afrique ou dans certains pays d'Asie, ce taux peut être jusqu'à 100 à 300 fois supérieures. De nettes disparités existent également d'une région à l'autre à l'intérieur de ces différents pays [30].

En Afrique de l'Ouest et du centre, les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent les principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer. Selon les estimations publiées par l'OMS et l'UNICEF en 1996, 20%

des décès maternels suite à ces complications dans le monde (585 000) se produisent en Afrique.

Devant l'ampleur de ce problème, l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations internationales ont lancé et soutiennent la campagne mondiale de lutte contre la mortalité maternelle avec comme priorité d'identifier et assister les pays dont les capacités à prendre en charge les urgences obstétricales étaient faibles.

Définition module de périnatalité	Définition SAGO Dakar 98
Référence : transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.	Référence : concerne une parturiente pendant sa grossesse, avant le début du travail pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie de la grossesse. Par définition une femme non suivie en CPN ne peut être référée, elle est évacuée.
Evacuation : c'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.	Evacuation : l'évacuation concerne une parturiente en travail évacuée en urgence ou non, en travail mais pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.

Remarque : la confusion se pose au niveau d'un centre de santé de référence où la séparation des échelons n'est pas effective.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le système de référence/évacuation pour urgences obstétricales a vu le jour à travers le programme de périnatalité.

Le système de référence/évacuation est fonctionnel dans le pays depuis environ une dizaine d'années. Il est en cours d'implantation et n'est pas effectif dans tous les cercles.

Pour harmoniser les interventions, il a été élaboré en mai 2000 un document de référence intitulé « Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali ».

L'initiative qui a consisté à organiser le système de soins obstétricaux d'urgence et d'en assurer le financement constitue une innovation importante du système de santé.

Malgré la mise en œuvre du système les taux de mortalité maternelle et néo natale restent toujours élevés. Selon EDS III 2001, le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 582 pour 100 000 naissances vivantes et celui des décès néo natals à 57 pour 1000 naissances vivantes.

Aussi, une évaluation externe du système réalisée en 2004 a constaté certaines faiblesses et insuffisances notamment :

- La, non régularité du paiement des cotisations ;
- La, non prise en compte dans le partage de coût du niveau village au CSCom et du niveau CSRef vers les EPH ;
- La, non prise en compte du nouveau né dans le cadre conceptuel ;
- La, non prise en compte des femmes des villages des aires non fonctionnelles (les villages non couverts par un CSCOM).

De plus, depuis l'élaboration du premier cadre conceptuel de référence, certaines évolutions sont intervenues à savoir :

- L'avènement de la décentralisation avec l'implication de nouveaux acteurs dans le partage de coût (les collectivités territoriales) ;
- la base de calcul des césariennes selon les indicateurs des Nations Unies dans les structures de soins obstétricaux d'urgence (5% à 15%) ;
- l'initiative du gouvernement du Mali de prendre en charge une partie du coût de la césarienne (médicaments et consommables, frais d'hospitalisation, l'acte chirurgical ...) pour rendre encore plus accessible les SOU et réduire considérablement le délai de prise en charge au niveau des CSRef ;

Au regard de ces faiblesses et insuffisances, des changements intervenus dans l'environnement institutionnel, une réactualisation du cadre conceptuel s'impose.

3. PRINCIPES DIRECTEURS DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION

Conceptuellement, le centre de santé de référence est le complément du réseau des CSCom, il ne se justifie que dans la mesure où il prend en charge les cas qui, pour une raison ou pour une autre, ne trouvent pas satisfaction au premier échelon. Ces raisons sont d'ordre :

- **Médical** : cas nécessitant des compétences techniques beaucoup plus qualifiées pour assurer une bonne prise en charge des malades et que le niveau de qualification du personnel disponible au CSCom ne permet pas d'assurer ; problèmes nécessitant une exploration technique (paramédicales par exemple), des médicaments ou tout autre équipement non disponible au niveau CSCom; des cas dont l'évolution ou le pronostic est considéré comme grave à court terme.

- **Social** : cas des raisons de familles, économiques,

- **Organisationnel** : Répartition des rôles ou des fonctions par niveau par exemple la décentralisation de certaines modalités diagnostique, thérapeutique... (Tuberculose). Le volume de travail à prendre en charge (supervision, formation, intervention médocirurgical, AGIS,...) au CSRef est directement proportionnel

au nombre des CSCOM opérationnels d'où la justification de définir des critères de choix.

La rationalisation des services au niveau du centre de santé de cercle constitue un passage obligé pour assurer une véritable cohérence du système.

Au niveau du chef lieu de cercle, le centre de santé de cercle offre le plus souvent aussi bien des soins de recours que des soins de premier niveau. Cette situation occasionne des confusions préjudiciables au bon fonctionnement du service de référence. Les enseignements tirés des expériences en cours ont permis de retenir la nécessité de procéder systématiquement à la séparation des échelons au niveau cercle pour améliorer l'efficacité et l'efficience du niveau de la première référence. Chaque niveau de soins doit jouer son rôle spécifique dans la prise en charge des problèmes de santé.

D'une manière claire, le centre de santé d'arrondissement central doit être séparé physiquement du centre de santé de cercle et répondre aux normes requises en matière de gestion communautaire des activités et des finances.

La documentation des expériences doit se poursuivre en mettant un accent sur la pérennité et la viabilité du système. Cependant, des questions importantes demeurent :

- l'instabilité du personnel formé ;
- la problématique du renouvellement et de la maintenance du matériel et équipement nécessaire (exemple les RAC) pour un bon fonctionnement de la première référence ;
- la faible motivation du personnel dans certains cercles, cause d'échec du système ;
- la spécificité urbaine méritant une démarche innovatrice ;
- la, non régularité dans le paiement des cotisations ;
- l'évolution des formes de pré mutuelles vers des systèmes de financement adéquats.

Ces différentes questions doivent faire l'objet de débats plus approfondis avec les autres partenaires concernés.

Pour les cercles ne répondant pas encore aux critères d'éligibilité, une stratégie de prise en charge des urgences doit être définie de telle sorte que la qualité des soins soit assurée. Il s'agira d'assurer la disponibilité du personnel, des infrastructures, des équipements et de la logistique nécessaire dans les régions non couvertes par le processus d'organisation de la référence/évacuation en attendant que les conditions de mise en œuvre soient remplies.

Les principes directeurs du processus de mise en œuvre de la référence comportent 3 parties qui répondent aux questions suivantes :

- a. Quels sont les critères de sélection des cercles où l'on peut démarrer le processus ?**
- b. Quelles sont les conditions de réussite à remplir pour mettre en place de façon efficace l'organisation du système ?**
- c. Quelles sont les différentes étapes de mise en œuvre du processus ?**

N.B : Dans les cas où ces critères ne seraient pas réunis, la priorité est de contribuer en premier lieu à les mettre en place pour assurer l'efficacité et la pertinence des interventions ultérieures.

4. CRITERES DE CHOIX DES ZONES D'INTERVENTION

Existence de Plan de Développement Socio Sanitaire du Cercle (PDSC) :

- PDSC validé par l'ensemble des partenaires avec l'ensemble des partenaires (communauté, partenaires au développement, équipe Socio Sanitaire de Cercle, Direction Régionale de la Santé, Direction Régionale du développement Sociale et de l'économie solidaire et autres services techniques) ;
- Engagement des organes des collectivités décentralisées pour la mise en œuvre du PDSC (conseil de cercle, conseil de commune) ;
- Disponibilité d'un financement pour l'ensemble des volets du plan.

Extension de la couverture sanitaire avec paquet minimum d'activités (PMA) :
Existence d'un réseau d'au moins 4 centres de santé fonctionnels de 1^{er} niveau depuis au moins 6 mois (infrastructure + équipement + personnel).

Participation communautaire effective

Organes de gestion fonctionnels :

ASACO formées et fonctionnelles (disposer des statuts et de règlement intérieur, participer à l'organisation des activités du centre, tenir régulièrement des réunions mensuelles du comité de gestion avec procès verbal, participer aux réunions de conseil de gestion du centre de santé de cercle, procéder au renouvellement du bureau suivant les statuts et règlement...).

CAS SPECIFIQUES DES REGIONS DU NORD, DU DISTRICT DE BAMAKO ET DES ZONES D'ACCES DIFFICILES

Compte tenu des caractéristiques spécifiques de ces zones (grandes étendues, mobilité des populations, faible densité, obstacles naturelles, faible participation communautaire et la difficulté de mise en place du réseau de CSCOM...), il est nécessaire d'appliquer des stratégies alternatives pour la mise en œuvre du cadre conceptuel de la référence évacuation.

5. CONDITIONS DE REUSSITE

Equipe Socio Sanitaire du Cercle complète :

- Avoir au moins deux médecins à compétence chirurgicale ;
- Avoir au moins 2 Sages-femmes ;
- Avoir au moins 2 Infirmiers Diplômés d'Etat (aides chirurgien et anesthésiste) ;
- 1 administrateur ou 1 Technicien supérieur de l'Action Sociale, 1 Technicien Sanitaire ;
- 1 gestionnaire ;
- Personnel qualifié pour le fonctionnement des différentes unités opérationnelles ;
- Personnel de soutien (chauffeur, manœuvre etc....).

Infrastructures et équipements :

- Existence d'au moins un bloc opératoire avec deux salles d'opération équipées suivant les normes (salle aseptique et 1 salle septique) ;
- Une maternité équipée : 20 lits, 2 tables d'accouchement ; une table de réanimation pour nouveau né, source d'oxygène, source de chaleur, l'aspirateur, sonde naso-gastrique, matériels d'intubation, masque, ...) ;
- Une unité de néonatalogie équipée selon les normes avec au moins 3 lits ;
- Pavillons d'hospitalisation chirurgie et médecine équipées selon les normes ;
- Existence d'un laboratoire
- Existence d'une salle de réanimation
- Existence d'une mini banque de sang.

Médicaments et consommables :

- Existence de dépôt de ME (DRC et DV) ;
- Disponibilité d'un stock suffisant en Médicaments essentiels et de consommables médicaux aux besoins de la référence (DRC et DV) ;
- Disponibilité d'un kit complet pour le laboratoire et d'un mini banque de sang.

Financement :

Remboursement des kits pour l'intervention chirurgicale, les frais d'hospitalisation, actes et examens préparatoires et le post opératoire.

Logistique :

- Un réseau RAC fonctionnel ou téléphone ;
- Ambulance fonctionnelle équipée d'un RAC, de médicament d'urgence et d'oxygène ;
- Disposer d'un système de maintenance des RAC, des appareils biomédicaux et de l'ambulance ;
- Existence d'un système de transport adéquat entre le village et le CSCOM.

Le transport du village – CSCOM se fera sur base d'une organisation communautaire par l'utilisation de moyens adaptés à la réalité de terrain. Les coûts liés au transport sont à la charge de la communauté.

Le transport CSCOM-CSRef et CSRef –EPH sera assuré en ambulance. Les coûts liés au transport sont à la charge des collectivités et des ASACO.

Formation du Personnel Technique :

Périnatalité :

Avoir un personnel formé en périnatalité, SOU, soins essentiels du nouveau né, PTME contre le VIH (médecin, Sage-femme, CPM, Matrones).

Chirurgie :

Avoir un personnel médical formé en chirurgie (médecins, aides chirurgiens)

Anesthésie (deux infirmiers anesthésistes)

Laboratoire (un TLP)

Gestion (un gestionnaire formé en gestion)

Formation des Membres des ASACO :

Gestion :

Avoir des ASACO formées en gestion et en communication pour un changement de comportement (CCC)

A. Physiologie de l'accouchement :

« L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées) ». Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement. L'accouchement prématuré se produit entre la 28ème et la 37ème semaine d'aménorrhée, révolues.

S'il se produit entre la 37ème et la 42ème semaine, il est dit à terme [2]. L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de fœtus par voie basse. L'accouchement dystocique est

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

a. Phénomène dynamique :

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

Les contractions utérines ont pour effet :

- 1 L'effacement et la dilatation du col
- 2 La formation de la poche des eaux
- 3 Le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

b. Phénomène mécanique :

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

c. Le travail d'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, Il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps une modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes rythmées progressives dans leur durée leur fréquence et leur intensité, elles sont totales et

douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

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

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

2ème période c'est l'expulsion : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus l'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement 15 minutes.

3ème période : c'est la délivrance. Elle va de la naissance de l'enfant à l'expulsion du placenta et dure 5 à 30 minutes.

La surveillance active du travail d'accouchement permet :

1 De réduire la durée du travail

2 De corriger des anomalies mineures dès leur apparition.

3 De contrôler de façon constante la vitalité fœtale

a) **Pronostic mécanique** : Il est basé sur l'étude du bassin osseux maternel et du volume fœtal dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.

b) **Pronostic dynamique** : Il est basé sur l'appréciation des contractions utérines, de la dilatation et l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

c) **Pronostic fœtal** : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme. Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

L'obstétricien « aux mains nues » selon Delecour et Thoulon a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques[6].

1 Les contractions utérines

2 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.

3 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 de 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 [8].

4 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 la tête et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF.

5 L'état du fœtus.

Les bruits du cœur fœtal sont bien audibles en dehors des contractions utérines, le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modification des bruits du cœur en intensité et en fréquence.

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

; la température et la tolérance aux contractions utérines, il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

B. Les pathologies obstétricales :

I. Les dystocies :

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

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- Dystocie mécanique en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne
 - Un obstacle preavia ou anomalie des parties molles.

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

1. Les dystocies d'origine fœtale :

a. La disproportion foeto-pelvienne :

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios. Selon Delecour une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106cm correspondent dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne.

b. Les présentations dystociques :

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

- **La présentation du siège** : 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% selon Delecour, 18% au centre

Foch[9] Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon le pronostic fœtal est incertain.

- **La présentation de la face** : c'est la présentation de la tête bien défléchie. 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, contrairement aux variétés antérieures, les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

- **La présentation du front** : C'est une présentation intermédiaire du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

- **La présentation transversale ou présentation de l'épaule** :

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

- **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'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que le cordon non battant ne signifie pas obligatoirement la mort du fœtus.

- **La souffrance fœtale** :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, et aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial.

La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale.

2. Dystocies d'origine maternelle :

a) La 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 utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale

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

b) Bassins pathologiques :

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

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leur bassin :

- 1 Celles dont l'état nécessitent une césarienne (bassins chirurgicaux).
- 2 Celles chez lesquelles l'épreuve du travail est indiquée (bassins limites).
- 3 Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse (bassins normaux). Pour un enfant de poids normal si :

- 1 Le promonto-retro pubien est évolué à moins de 8 cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

2 Le promonto-retro pubien est entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est meilleure sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- 1 La femme doit être en travail
- 2 Le col dilaté (3 à 4 cm)
- 3 La présentation du sommet
- 4 Le poids de fœtus normal

L'épreuve du 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'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables :

1 Chez la mère de :

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

2 chez le fœtus :

- Souffrance fœtale
- Mort foetale in utero
- Mortalité néonatale précoce.

II. 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 ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia, l'hématome rétro placentaire.

1. La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

C'est l'urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare si non exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées [9].

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructures socio-sanitaires, d'insuffisance de personnel qualifié et ou mal reparti.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou pendant le travail. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'une la cause la plus fréquente en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais l'intervention chirurgicale est à lui seul insuffisant et doit être complété par la lutte contre le choc hypovolémique et par celui de l'infection.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : la rupture utérine compliquée de lésions de voisinage ; irrégulière et étendue, accompagnée de lésions vasculaires ; la rupture datant de plus de 6 heures même lorsqu'elle est moins grave[10].

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (ovaires et trompes laissés en place), cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

2. L'hématome rétro-placentaire : H.R.P :

Ce système réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) alors que le fœtus est encore dans l'utérus [11]. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse, ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause de l'hématome rétro-placentaire n'est pas connue avec précision. Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP.

1 Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtent à confusion avec le placenta praevia.

2 Les formes moyennes, dans les quelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

3 Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur la face maternelle du placenta.

4- Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

5- L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Elle peut se compliquer aussi de nécrose corticale du rein : sur le plan hémodynamique, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une défibrillation vasculaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire,

puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécroses glomérulaires étant définitives [12].

En présence de l'H.R.P il faut :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.
- Effectuer une césarienne pour sauver la mère et le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications en cas d'hémorragies incoercibles après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

3. Placenta preavia hémorragique :

C'est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus. Il s'attache tout en entier sur la muqueuse corporelle devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse.

Le placenta praevia se manifeste au 3e trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

C'est une extrême urgence obstétricale pour le pronostic fœtal et maternel. Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vive, abondante, indolore et inopinée [13].

En présence d'un PPH il faut :

- Prendre une voie veineuse efficace
- Rompre les membranes dans le but d'arrêt d'hémorragie lorsqu'elles sont accessibles ;
- Extraire le fœtus le plus rapidement possible s'il est vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

4. Les hémorragies du post-partum immédiat :

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, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général [14].

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

III. L'utérus cicatriciel :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturée ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico – chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la première césarienne ne relevait pas d'une indication permanente, c'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta praevia.

IV. L'hypertension artérielle et ses complications :

a. La toxémie gravidique ou pré éclampsie :

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en **1986**, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure.

La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois

supérieure ou égale à 300 mg par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l à 3 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et collaborateurs décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister. L'évolution peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et hellp syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

b. L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail, ou plus rarement les suites de couches. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accident iatrogène lié au coma postcritique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

1 Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le diazépam et le sulfate de magnésium. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le pentothal en cas d'échec de ces traitements.

2 La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilât) et les diurétiques dans le post-partum.

C. Thérapeutiques obstétricales :

1) La césarienne :

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

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont ;

1. Les présentations dystociques
2. le placenta praevia hémorragique

3. L'hématome rétro - placentaire
4. l'éclampsie et la toxémie gravidique
5. La procidence du cordon battant
6. Disproportion foeto-pelvienne
7. Utérus cicatriciel plus bassin limite
8. Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques
9. La souffrance fœtale
10. Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires
11. Le gros fœtus en présentation du siège
12. Présentation du siège chez une primigeste.

2) Le forceps :

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destinée à saisir 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 sera indiqué essentiellement dans la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale.

D'autres indications sont : diamètre bi-pariétal élevé supérieur à 9,5 cm, l'état de fatigue maternelle. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et le fœtus.

3) Quelques manœuvres obstétricales :

3 La manœuvre de Mauriceau :

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

- Fléchir la tête

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

4 La manœuvre de Bracht:

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur 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.

5 La grande extraction du siège :

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

1er 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, ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve.

Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2ème temps : L'accouchement du siège.

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

Au moment du dégagement orienter le bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur.

C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

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

3ème temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2ème et 3ème doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro – postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2ème et 3ème doigts le long du bras antérieur 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 antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

4ème temps : Accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Maurice au, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4ème temps particulièrement indiquée.

IV.METHODOLOGIE

A .Cadre d'étude : L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

1. Historique du Centre de Santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati:

Il a été créé par le décret n° 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu centre de santé de référence de Kati.

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du Centre de Santé de Référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

Major Moussa DIAKITE a commencé à travailler d'abord comme aide soignant pendant que le centre était un CSCOM puis il est devenu infirmier ; puis le premier Major quand le CSCOM est devenu CSRef d'où le nom.

2. Les données géographiques :

Le centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati est bâti sur une superficie de 6.5 hectares environ.

Il est situé au plein cœur de la ville de Kati à environ 20 mètres du commissariat de police et à environ 100 mètres de la mairie et contigu au camp militaire par son côté Sud-est.

Il recouvre quarante (40) aires de santé plus le centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati.

3. La Commune urbaine de Kati :

Elle est limitée :

- Au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago,
- A l'Est par la commune rurale de Safo,
- Au Sud par le district de Bamako (la commune III),
- A l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou.

Elle est composée de dix (10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, N'tominikoro, Noumorila, Kati coura, Kati coro, Coco, Sananfara et Samakebougou), trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoroniarié) et un (1) hameau (Sébénikoro).

4. La population : le cercle de Kati compte une population de 681872habitants répartie entre villages et communes. Elle est caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de15 ans.

La ville de Kati, de par sa situation géographique et stratégique (3^{ème} région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économique et culturelle du Mali avec : des Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonhaïs, les Ouolofs, les Sénoufo.

Le dialecte majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007).

5.Les infrastructures socio-sanitaires : elles comprennent :

- des structures sanitaires de troisième niveau : Centre Hospitalo-universitaire de Kati.
- des structures sanitaires de deuxième niveau : Centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

- des structures sanitaires de premier niveau: qui se composent d'une infirmerie de garnison, des centres de santé communautaires (CSCOM) de (Malibougou, Farada, Coco et Sananfara),
- un Dispensaire de l'Eglise catholique, et la PMI de Kati.
- un secteur privé : Cliniques (TENAN, ALLAMA, PLATEAU)... et des cabinets.

6. Les Différents services du centre de santé de référence major Moussa Diakité de Kati : il se compose de :

- Une unité de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédicale ;
- Une unité de programme élargi de vaccination(PEV) ;
- Une unité d'Odontostomatologie (équipée non fonctionnelle) ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité optique (confection et vente de verres correcteurs) ;
- Une unité d'imagerie (Echographie, Radiologie) ;
- Une unité d'hygiène et assainissement ;
- Une unité de Dépôt Répartiteur du Cercle (DRC) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité de système d'information sanitaire ;
- l'administration ;
- Une unité de grandes endémies : (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, de soins d'accompagnement et de conseil des PVVIH) ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de MATERNITE qui comprend :
 - Une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements,
 - Une salle de suites de couches équipée de 9 lits,
 - Deux salles de garde (des sages-femmes et Internes),
 - Une salle de consultation prénatale(CPN)
 - Une salle de planification familiale(PF),

- Une salle de vaccination et suivie préventive des enfants sains,
- Une salle de la prévention de transmission du virus du sida de la mère à enfant(PTME)
- Deux bureaux pour les gynécologues,
- Un bureau pour la sage-femme-maitresse,
- Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas à froids),
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation.

Personnel du centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati à la date du 30 juin 2012 y compris des agents de l'Etat et ceux payés sur recouvrements de fonds des pays pauvres très endettés (PPTE).

Tableau I:

Gynécologue obstétricien ;	02
Spécialiste en ophtalmologie ;	01
Médecin généraliste dont le chef de service;	12
Pharmacien ;	01
Technicien d'Hygiène et assainissement ;	02
Technicien sanitaire (ophtalmologue, Santé publique, Laborantin, Radiologue, gérant de la pharmacie) ;	21
Sage-femme ;	09
Infirmière obstétricienne ;	12
Aide-soignante ;	04
Secrétaire ;	01
Assistant médical (anesthésiste) ;	01
Chauffeur ;	04
Gardien;	02
Archiviste;	02
Billetliste ;	01
Comptable ;	02
Caissière ;	01
Lingère ;	02
Manœuvre...	02

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et de la FMOS.

7. Activités : Consultations gynécologiques, les interventions programmées.

Un staff de 30 minutes environ a lieu tous les jours à partir de 8 heures réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées. Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide soignante, d'un étudiant en année de thèse, d'un anesthésiste, d'un manœuvre et d'un chauffeur.

Tableau II: Equipement de la maternité

	Matériels	Nombre
Salle d'accouchement	Table d'accouchement	2
	Stéthoscope obstétricale	2
	Bassin de lit	2
	Source d'oxygène	0
	Source d'eau chaude	0
	Seau d'eau de décontamination	2
	Appareil à tension	1
	Source lumineuse	1
	Poubelles	2
	Poupinelle	1
	Ventouse	1
	Boîte d'accouchement	5
	Table chauffante pour Nné	1
	Table de réanimation pour Nné	1
	Bloc opératoire	Boîte de laparotomie
Boîte gynécologique		1
Boîte de forceps		1
Boîte de césarienne		2
Table opératoire		2
Boîte de sécurité		2
Autoclave		1
Bistouri électrique		1
Poupinel		1
Aspirateur		2
Générateur d'oxygène		1
Poubelles		2
Boîte à blouses et champs		4
Lampe scialytique		1

B. Type d'étude : Il s'agit d'une étude prospective allant du 01/01/ 2012 au 31/12/ 2012.

1. Population d'étude : Les gestantes admises dans le service pendant la durée de l'enquête .

2. Période d'étude : janvier 2012-décembre 2012 soit une période de 12 mois.

3. Echantillonnage : La taille minimale de l'échantillon (n) a été déterminée à partir de la formule suivante : $n = \frac{4p \cdot q}{i^2}$

i= précision de l'étude (5%)

p= proportion de femmes exposées au phénomène étudié (urgences obstétricales) (11%).

q= 1-p

$n = \frac{4 \cdot 0,11 \cdot 0,89}{0,0025} = 156$.

***Critères d'inclusion :** sont concernées par cette étude toutes les femmes enceintes évacuées ou référées dans le service pendant la période de l'étude .

***Critères de non inclusion :** les femmes enceintes venues d'elles-mêmes .

4. Collecte des données : Le recueil des données a été effectué sur les dossiers des malades, le registre du bloc opératoire, le registre d'accouchement, le partogramme et le registre de référence /évacuation.

5. Traitement informatique : Les données ont été portées, analysées en utilisant les logiciels Microsoft Word et Epi info version 7 avec un seuil de significativité $P < 0,05$.

V. RESULTATS

1-Fréquence: Durant la période d'étude nous avons enregistré 2820 femmes dont 319 références /évacuations soit une fréquence de 11%.

2-Caractéristiques sociodémographiques.

Tableau I : Répartition des parturientes en fonction de l'âge

En année	Effectif	Pourcentage
<= 19 ans	104	32,6%
20-24 ans	64	20,1%
25-29ans	65	20,4%
30-34 ans	44	13,8%
35-39 ans	38	11,9%
>= 40 ans	4	1,2%
Total	319	100,0%

La tranche d'âge inférieure ou égale à 19 ans était la plus représentée avec une fréquence de 32,6%.

Tableau II: répartition en fonction de la profession des parturientes

Profession de la patiente	Effectif	Pourcentage
Ménagère	282	88,4%
Fonctionnaire	3	1%
Elève/ Etudiante	24	7,5%
Aide ménagère	10	3,1%
Total	319	100,0%

Les ménagères sont les plus représentées avec une fréquence de 88,4%

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Urbaine	122	38,2%
Rurale de <= 5km	11	3,4%
Rurale de 6 à 15 km	57	18,0%
Rurale de 16 à 30 km	44	13,8%
Rurale > 30 km	85	26,6%
Total	319	100,0%

38,2% des femmes sont de la ville de Kati et 26,6% ont parcouru plus de 30km.

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction du moyen de transport

Moyens d'évacuation	Effectif	Pourcentage(%)
Ambulance	296	92,8%
Véhicule collectif	7	2,2%
Véhicule personnel	12	3,8%
Moto	4	1,2%
Total	319	100%

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé avec une fréquence de 92,8%.

Tableau V : répartition des parturientes en fonction de l'intervalle de temps mis entre la prise de décision et le départ (en minutes)

Intervalle de temps	Effectif	Pourcentage (%)
00mn-30mn	148	46,4%
31mn-59mn	41	12,9%
60mn-90mn	18	5,6%
91mn-120mn	13	4,1%
121mn-150mn	15	4,7%
151-180mn	19	5,9%
181mn-210mn	22	6,9%
211mn-240	8	2,5%
>240mn	35	11 %
Total	319	100%

Le temps écoulé entre 00-30mn était le plus représenté avec une fréquence de 46,4% par contre 11% des femmes ont mis plus de 4heures pour arriver au centre.

Tableau VI: répartition des parturientes en fonction de la résidence

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Ville de Kati	151	47,3%
Faladiè	28	8,8%
Yelekebougou	31	9,7%
Diago	21	6,6%
Neguela	18	5,6%
Kalifabougou	13	4,1%
Dio	7	2,2%
Autres	50	15,7%
Total	319	100%

47,3% des femmes viennent de la ville de Kati et 15,7% sont indéterminées.

3-Antécédents :

Tableau VII: répartition des parturientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste (1)	117	36,7%
Paucigeste (2-3)	89	27,9%
Multigeste (4-5)	39	12,2%
Grande multigeste (≥ 6)	74	23,2%
Total	319	100%

Les primigestes sont les plus représentées avec 117 femmes soit une fréquence de 36,7%.

Tableau VIII: répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	120	37,6%
Primipare	57	17,9%
Paucipare	51	16%
Multipare	34	10,6%
Grande multipare	57	17,9%
Total	319	100%

Les nullipares sont les plus représentées avec 120 femmes soit une fréquence de 37,6%.

Tableau IX : répartition des parturientes en fonction du type d'antécédents médicaux.

Médicaux	Effectif	Pourcentage(%)
HTA	5	1,6%
Anémie	7	2,2%
VIH	4	1,2%
Aucun	303	95%
Total	319	100%

HTA : 5 cas soit 1,6%, Anémie : 7 cas soit 2,2%, VIH : 4cas soit 1,2%.

Tableau X : Répartition en fonction des antécédents chirurgicaux.

Chirurgicaux :	Effectif	Pourcentage
Césarienne	22	6,9%
GEU	1	0,3%
Aucun	296	92,8%
Total	319	100,0%

L'utérus cicatriciel a été le plus représenté avec 6,9% .

Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction du suivi des CPN

Suivi des CPN (nombre)	Effectif	Pourcentage
Moins de 4CPN	183	57,4%
4CPN	33	10,3%
Plus de 4CPN	20	6,3%
Pas de CPN	83	26,0%
Total	319	100,0%

57,4% des femmes ont fait moins de 4 CPN et 26,0% des femmes n'ont fait aucune CPN.

Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction de l'auteur des CPN

Auteur des CPN	Effectif	Pourcentage
Gynécologue	11	3,4%
Généraliste	4	1,3%
Sage femme	42	13,2%
Infirmière obstétricienne	40	12,5%
Matrone	141	44,2%
Indéterminé	81	25,4%
Total	319	100%

44,2% de nos femmes ont été suivies par des matrones, 13,2% par des sages femmes et seulement 3,4% par des gynécologues

4-Données cliniques :

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction du taux d'hémoglobine fait en urgence

Taux d'hémoglobine en urgence :	Effectif	Pourcentage
< 7 g/ dl	12	3,8%
7-11g/ dl	49	15,4%
> 11g/ dl	199	62,3%
Non fait	59	18,5%
Total	319	100,0%

62,3% de nos femmes avaient un taux d'hémoglobine supérieur à 11g/dl , 3,8% avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl et 18,5% de nos femmes n'ont pas été groupées.

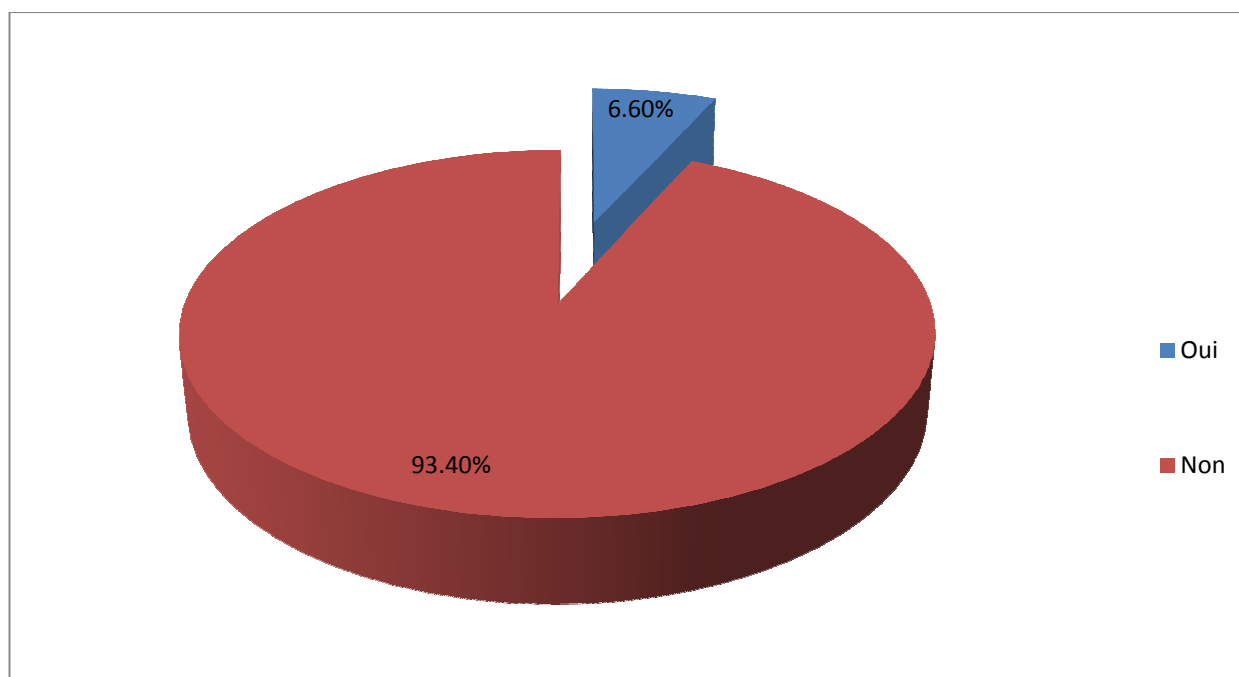


Figure 1 : Répartition des parturientes en fonction du besoin de transfusion.

6.6 % de nos femmes avaient besoin d'une transfusion.

Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction du problème transfusionnel.

Etat de la transfusion	Effectif	Pourcentage
Transfusion faite	18	85,7%
Transfusion non faite	3	14,3%
Total	21	100%

Parmi les femmes qui avaient besoin d'une transfusion, 85,7% ont été transfusées et 14,3% ne l'ont pas été.

Tableau XV: répartition en fonction de l'agent qui a procédé à la référence /évacuation.

Qualification de l'agent qui évacue	Effectif	Pourcentage
Médecin	22	6,9%
Sage femme	61	19,1%
Infirmière obstétricienne	65	20,4%
Matrone	171	53,6%
Total	319	100,0%

53,6% de nos femmes ont été référées ou évacuées par des matrones.

Tableau XVI: Répartition en fonction de supports de la référence/évacuation.

Support d'évacuation :	Effectif	Pourcentage
Partogramme	53	16,6%
Fiche d'évacuation	104	32,6%
Lettre	42	13,2%
Partogramme et Fiche d'évacuation	78	24,5%
Partogramme et Lettre	32	10,0%
Aucun	10	3,1%
Total	319	100,0%

32,6% des femmes avaient une fiche d'évacuation et 3,1% n'avaient aucun document.

Tableau XVI : Répartition des parturientes en fonction du motif de la référence/évacuation.

	Effectif	Pourcentage
Dystocie	140	43,9%
Placenta prævia	7	2,2%
HRP	5	1,6%
Eclampsie	8	2,5%
SFA	6	1,9%
Hémorragie de la délivrance	7	2,2%
Douleur pelvienne	2	0,6%
CUD	10	3,1%
Autres	134	42%
Total	319	100,0%

La dystocie a été le motif le plus représenté avec une fréquence de 43,9% et 42% des femmes ont été référées ou évacuées sans motif.

TableauXVII: Répartition des parturientes en fonction de l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	263	82,4%
Passable	51	16%
Altéré	5	1,6%
Total	319	100%

82,4% de nos femmes avaient un bon état général.

Tableau XVIII: Répartition des parturientes en fonction du diagnostic retenu au csref de Kati.

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
SFA	30	9,4%
Dilatation stationnaire	64	20,1%
Macrosomie	9	2,8%
BGR	16	5,0%
Echec de l'épreuve de travail	13	4,1%
Bassin immature	8	2,5%
Rupture utérine	8	2,5%
PPH	8	2,5%
HRP	17	5,3%
Hémorragie de la délivrance	7	2,2%
Lésions des parties molles	3	0,9%
Procidence du cordon	7	2,2%
Eclampsie	4	1,3%
Prééclampsie	12	3,8%
GEU	15	4,7%
Paludisme / Grossesse	7	2,2%
Bassin asymétrique	1	0,3%
*Autres	84	26,3%
Total	319	100%

*Autres

*Utérus cicatriciel 9 : 2,8% ; *Rétention de la tête derrière 2 : 0,6%

*Syndrome de pré-rupture 7 : 2,2% ; Dystocie dynamique 9 : 2,8%

* Menace d'accouchement prématuré 5 : 1,6% ; *Avortement 22 : 6,9%

* CUD 36 : 11,3%

La dilatation stationnaire a représenté 20,1% ; la SFA 9,4%.BGR 16 cas soit 5,0%.

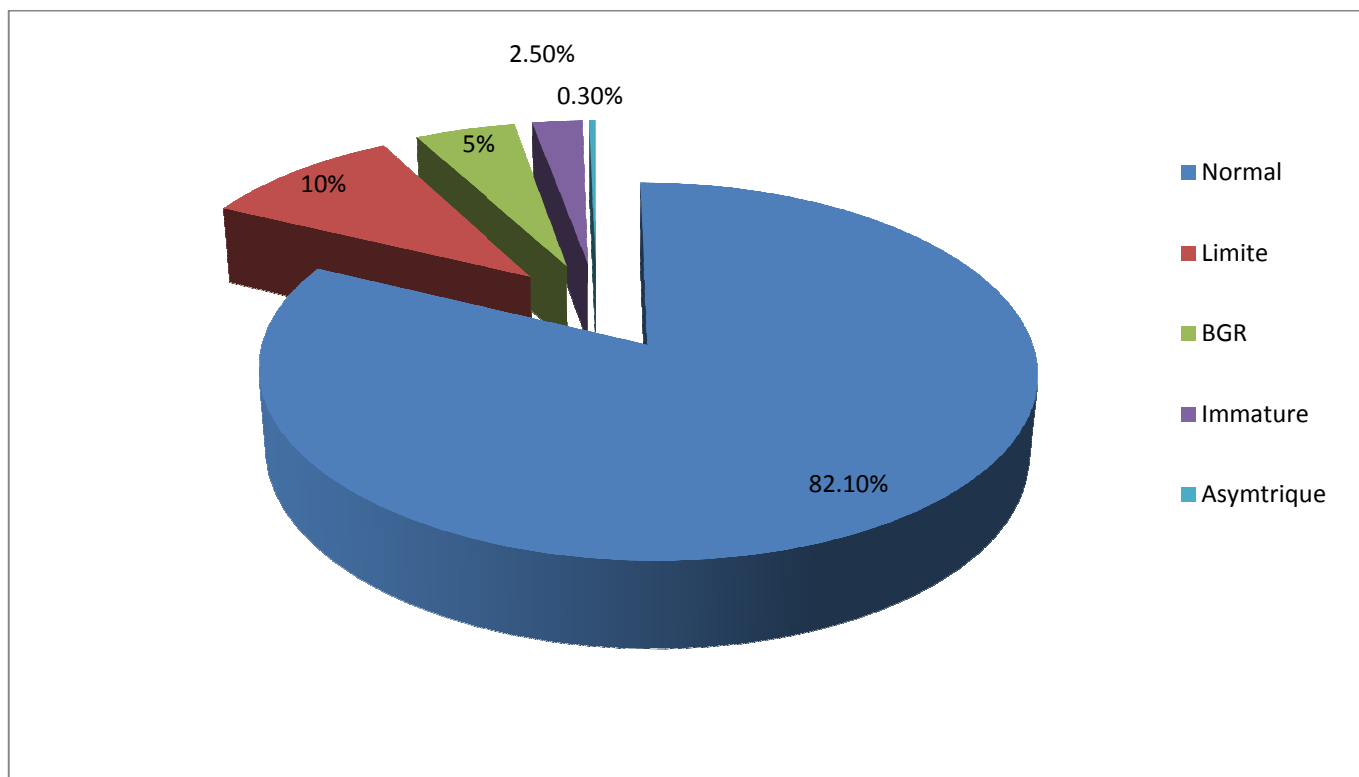


Figure 2 : Répartition des parturientes en fonction de l'état du bassin.

82,1% de nos femmes avaient un bassin normal.

5-Traitements :

Tableau XIX: Répartition en fonction de traitement chirurgical.

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Oui	148	46,4%
Non	171	53,6%
Total	319	100%

46,4% de nos femmes ont subi un traitement chirurgical.

Tableau XX: Répartition des parturientes en fonction de la prise en charge.

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
Voie basse	81	25,4%
Césarienne	107	33,5%
Autres	131	41,1%
Total	319	100%

33,5% de nos femmes ont été césarisées.

Tableau XXI: Répartition des femmes en fonction de la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1 jour	107	33,5%
2-7 jours	206	64,6%
>7jours	6	1,9%
Total	319	100%

La durée d'hospitalisation allant de 2-7 jours a été la plus représentée avec une fréquence de 64,6%.

6-Pronostic :

a-Maternel :

Tableau XXII: Répartition en fonction de la complication morbide post opératoire.

Complications	Effectif	Pourcentage
Anémie	12	3,8%
Endométrite	6	1,9%
Eclampsie	4	1,2%
Suppuration	5	1,6%
Aucune	292	91,5%
Total	319	100%

3,8% de nos femmes avaient de l'anémie et 91,5% de nos femmes n'avaient aucune complication.

Tableau XXIII: Répartition des femmes en fonction des causes de décès

cause	Effectif	Pourcentage
HRP	1	50,0%
HTA et complications	1	50,0%
Total	2	100,0%

Nous avons enregistré 2 décès maternels dont les causes sont respectivement

L'HRP et l'HTA et complications.

b-Fœtal :

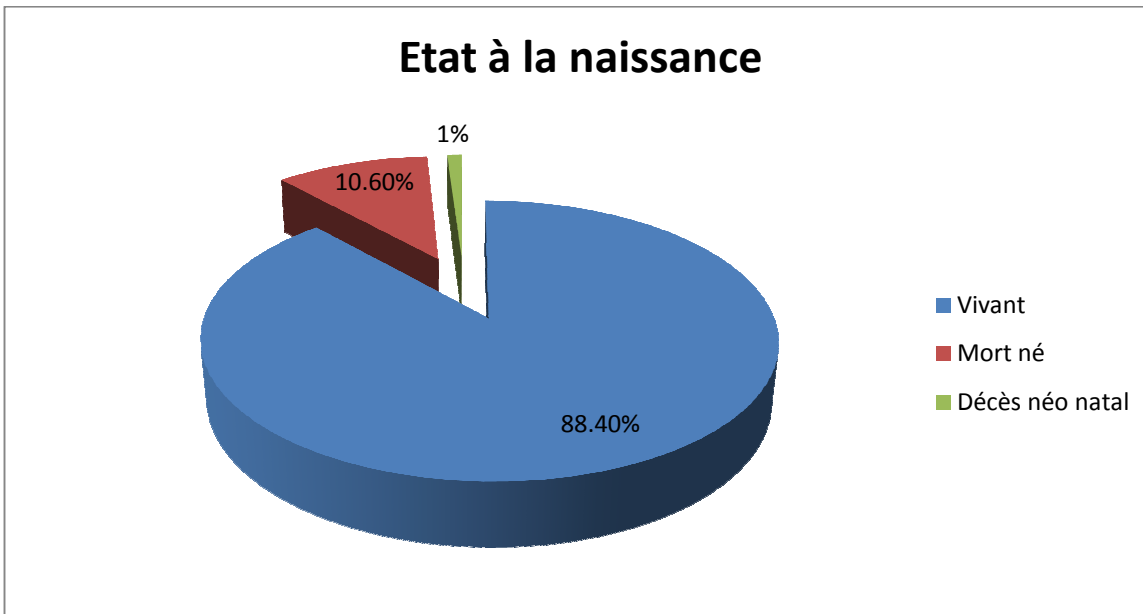


Figure3 : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état à la naissance.

88,4% de nos nouveau-nés étaient vivants, nous avons enregistré 32 mort-nés soit une fréquence de 10,6% et 3 décès néonataux soit une fréquence de 1%.

Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés en fonction de l'indice APGAR à la naissance

Apgar à la naissance	Effectif	Pourcentage
(1 – 4)	7	2,4%
(5- 7)	56	19,6%
(8- 10)	223	78%
Total	286	100%

2,4% des nouveau-nés avaient un APGAR compris entre 1-4 et 78% avaient un APGAR compris entre 8-10.

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'état de la réanimation.

Etat de réanimation	Effectif	Pourcentage
Réanimé	54	20%
Non réanimé	215	80%
Total	269	100,0%

20% de nos nouveau-nés ont été réanimés.

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés en fonction des causes de mort in-utero.

Cause	Effectif	Pourcentage
SFA	11	34,4%
Rupture utérine	5	15,6%
HRP	9	28,1%
Eclampsie	1	3,1%
Procidence du cordon	1	3,1%
Dystocie	5	15,7%
Total	32	100,0%

La SFA a été la cause la plus représentée avec 11 cas soit une fréquence de 34,4% suivie de l'HRP avec 9 cas soit une fréquence de 28,1%.

Tableau XXVII : Répartition des mort-nés en fonction de la distance du centre de référence.

Mort-nés en fonction de la distance	Effectif	Fréquence
<=5Km	3	9,4%
6-15Km	5	15,6%
16-30Km	5	15,6%
> 30Km	19	59,4%
Total	32	100%

59,4% de nos femmes avaient parcouru plus de 30km et seulement 9,4% ont parcouru moins de 5 km. Il existe bien une corrélation entre la distance parcourue et les mort-nés.

VI . COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A-La fréquence :

La fréquence des urgences obstétricales dans notre service est de 11% sur un total de 2820 patientes enregistrées en 12 mois.

Cette fréquence s'explique par la taille de sa population 681.872 habitants d'une part et par l'étendue de son aire de santé (40 aires de santé) d'autre part. Notre fréquence est légèrement inférieure à celles de SIDIBE D. [15] :17,15% et de DOUGNON F.[16] :28,5%. Par contre notre taux est supérieur à celui de SAMAKE Y.[17] :8,12%.

Cette baisse progressive des urgences est le témoin d'une amélioration des infrastructures socio-sanitaires entres autres la création de nouveaux CSCOM, l'application assez correcte du système de référence/évacuation au niveau local, le renforcement des capacités en matière de réduction de la mortalité materno-fœtale.

B-LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1-Age

Le jeune âge de la majorité de nos patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue de grossesses précoces dans un contexte d'immaturation physique confirmant ainsi l'augmentation progressive de la dystocie mécanique.

2-Le statut matrimonial :

90,6% de nos femmes étaient mariées ;

88,4% de nos femmes étaient des ménagères. Cela s'explique par le fait que la majeure partie de nos femmes se marient précocement.

3-Les facteurs de risque.

3-1.La parité :

Les nullipares représentent 37,6% dans notre étude.

Les grandes multipares représentent 17,9%.Le risque chez ces femmes est dû à la fragilité de l'utérus consécutive à des grossesses multiples et rapprochées MERGER [28]. Notre taux est inférieur à celui de SIDIBE D.[15] :23,71% ,mais supérieur à celui de Thiero M.[5] :11,9%.

3-2.Les caractéristiques obstétricales :

57,4% de nos femmes avaient fait moins de 4CPN et 26% n'avaient fait aucune CPN.

Ce taux est inférieur à celui de COULIBALY M [46] qui a trouvé un taux de 52,9%.L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des CPN constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et au cours de l'accouchement.

4-Le risque selon la distance :

La distance parcourue varie de 2 à 90 km dans notre étude .Ce résultat est inférieur à celui trouvé par MACALOU [20] dont les extrêmes sont de 2 à 250 km mais supérieur au taux d'ALAMINE [21] dont les extrêmes sont de 1à20 km. Notre résultat est conforme au statut de centre de santé de référence.

5- Qualification de l'agent demandeur de l'évacuation :

Les matrones et les infirmières obstétriciennes viennent en tête avec respectivement 53,6% et 20,4%.Cela s'explique par le fait que la plupart de nos femmes viennent des CSCOM ruraux.

6- Moyens d'évacuation :

L'ambulance est le moyen le plus fréquemment utilisé 92,8%.

Ce taux est légèrement supérieur à celui de COULIBALY M [19] 74% mais nettement supérieur aux taux de ALAMINE [21] soit 0,8% et de MACALOU [20] soit 14,71%.

Ce résultat s'explique par les efforts consentis par les autorités de tutelle dans la dotation des structures de référence en moyens logistiques : ambulance.

7- Durée du trajet parcouru :

Le temps moyen est de 30 mn avec des extrêmes allant de 20 mn à 5H.

Ce résultat est comparable à celui de DIARRA N. [22] dont les extrêmes sont inférieurs à 1 heure et supérieurs à 4 heures.

Nous constatons une diminution de la durée du transport grâce à la disponibilité des ambulances.

8- Diagnostic retenu :

Parmi les diagnostics retenus après l'examen en salle d'accouchement, les principaux sont :

- dilatation stationnaire : 20,1 %
- la souffrance fœtale aigue : 9,4% ;

Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés par DIARRA N. [22] dont les principaux diagnostics étaient :

- dilatation stationnaire : 15,10% ;
- la souffrance fœtale aigue 7,92 % ; mais différents de ceux trouvés par Thiero[5] dont les diagnostics retenus étaient :

Présentations vicieuses 14,41% ;

Disproportion foeto-pelvienne 14,41% ;

Dystocie osseuse 13,80%.

Après les diagnostics retenus, nous nous sommes appesantis sur un élément pour évaluer le pronostic materno-foetal à savoir le retard pris dans le cadre des évacuations.

La fréquence des GEU est de 4,7% dans notre service . Notre taux est inférieur à celui de N'GUESSAN K. et COLL. [23] qui ont trouvé une fréquence 4,92% mais supérieur à ceux de DOUGNON F. [20] et DIALLO F.B.[24] qui ont trouvé respectivement une fréquence de 3,24% et 2,38%.

Ce qui prouve que les MST demeurent un fléau.

La rupture utérine a représenté 2,5% dans notre étude. Notre fréquence est supérieure à celles de SIDIBE D. [15] et de SAMAKE Y.[17] avec respectivement 0,8% et 0,68% comme fréquence .Elle est inférieure à celle de

TRAORE Y.[25] qui a trouvé une fréquence de 3,8%.

La rupture utérine est la conséquence des dystocies méconnues ou négligées.

La rupture utérine est aussi due à la fragilité de l'utérus surtout chez les grandes multipares MERGER R. [18].

Le placenta praevia a représenté 2,5%. Le placenta praevia se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âges supérieurs à 30 ans [7]. Cette fréquence est légèrement supérieure à celle de DOUGNON F. [16] qui a trouvé une fréquence de 2,16% mais nettement inférieure à celle de MACALOU B. [20] avec 7,79% comme fréquence.

L'hypertension artérielle et ses complications :

Au cours de notre étude, la fréquence de l'éclampsie était de 1,3%. Notre fréquence est comparable à celles de HYJAZI et COLL.[26] : 1,07% et de

DIARRA N. et COLL. [22] : 1,8% mais légèrement supérieure à celle de KANTE F.[27] : 0,70% et MORO Y.[28] : 0,66% .

La fréquence de l'hématome rétro-placentaire est de 5,3% dans notre étude.

Les bassins dystociques :

Ils sont essentiellement représentés par les BGR, les bassins limites, les bassins immatures et les bassins asymétriques.

Les bassins pathologiques représentent 17,8% dans notre étude. Cela peut s'expliquer par les mariages précoces . Cette fréquence est légèrement supérieure à celle de SAMAKE Y. [17] : 15,36% mais légèrement inférieure à celle de DOUGNON F. [16] : 19,49%.

9-Traitement instauré :

La démarche thérapeutique dépend du diagnostic retenu et de l'état général de la patiente. Nous avons eu recours à :

- la césarienne gratuite dans 33,5 % ;
- voie basse 36,4% ;

Ces résultats sont différents de ceux rapportés par Thiero [5]

Soit :

- césarienne 50% ;
- accouchement par voie basse 42,50 %.

De ceux de ALAMINE [21] soit :

- césarienne 25,30%
- accouchement par voie basse 73,10 %.

10- Pronostic materno-fœtal :

L'état général de certaines évacuées est aggravé par le retard à la prise en charge et l'absence de mini banque de sang.

Ces facteurs augmentent la morbidité et la mortalité à court terme. Durant la période d'étude nous avons recensé 91,5% de suites de couches simples contre 0,60% de décès maternel.

Les complications sont représentées essentiellement par :

- l'anémie 3,8 %;
- l'endométrite 1,9 %.
- l'éclampsie 1,2%
- la suppuration 1,6%.

11-Pronostic fœtal :

Il reste satisfaisant avec 96,4% des nouveau-nés présentant un bon état à la sortie du service malgré l'absence d'un service de néonatalogie, grâce aux efforts déployés par toutes les équipes pour la prise en charge des cas de complication nécessitant une intervention urgente. Les manœuvres de réanimations manuelles permettent dans la majorité des cas de corriger des détresses respiratoires mineures.

VII .CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION :

Les urgences obstétricales constituent un problème de santé publique dans le monde. Les conditions d'évacuations et les conditions socio-économiques défavorables sont les principaux problèmes dans notre contexte.

Une prise en charge urgente et une amélioration du niveau de vie des populations sont nécessaires pour diminuer la mortalité fœto-maternelle.

2- RECOMMANDATIONS

1-Au ministère de la santé :

-Doter les centres de santé communautaire et de référence des compétences obstétricales (sage femme, gynécologue obstétricien) et du matériel approprié (matériels du bloc, table d'accouchement), rénover la salle d'accouchement pour réduire le taux de mortalité fœto-maternelle.

-Assurer la disponibilité de sang (mini-banque de sang) dans le Centre de santé de Référence pour des possibilités transfusionnelles rapides car l'hémorragie reste la première cause de décès maternel.

2- Aux autorités municipales :

-Améliorer l'état des routes, des moyens de transport pour garantir l'évacuation rapide des patientes.

3-Au médecin chef du CSRéf :

-Assurer la formation continue des sages femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes.

-permettre une connaissance précoce de l'ampleur et des causes de la mortalité materno-fœtale par l'enregistrement rigoureux des naissances et des décès.

4-Aux sages femmes :

-Pratiquer les consultations prénatales selon les normes afin de déceler toute anomalie de la grossesse ;

-Evacuer à temps les patientes devant toute urgence vers un centre plus adapté à sa prise en charge ce qui améliore le pronostic ;

-Référer à temps les patientes.

5-Aux médecins et aux sages femmes :

-promouvoir l'IEC pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'avortement, aux accouchements à domiciles et à la méconnaissance des risques de complication de la grossesse.

-Organiser des audits internes devant tous les cas de décès maternel et tous les autres cas compliqués.

-Redynamiser le système de suivi de référence et de contre référence par

l'enregistrement rigoureux des différents cas ;

6-Aux gestantes :

-Faire les consultations prénatales aussi vite que possible dès le début de la grossesse pour améliorer la qualité de la prise en charge ;

-Eviter les pratiques coutumières néfastes (mariage précoce, l'excision) pouvant conduire à des complications comme les fistules.

-Eviter les accouchements à domiciles dont le but est de prévenir la survenue de complications mortelles surtout chez les multipares.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-KOMONGUI T. , DOGUE K., GBEDEZE S. A., GBAN G BADE.** Le système de référence/ contre référence de l'hôpital demère de l'enfant Lagune (Homel) de Cotonou .Congres de Cotonou, édition 2004
- 2- PRURALA.** Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999 ; volume
- 3- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ; GENEVE 1997 ;**
»Coverage of maternal care = A listing of available information,
Four the edition"
- 4- THIERO M.**Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré thèse de Médecine Bamako 1995 ; 17.
- 5. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES.** Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population 1990.
- 6. CORREA P. et COLL.** Paludisme et grossesse J. gynécol. Obst. Biol. Réprod. 1982, 11, N°1
- 7. DIARRA O.** Les urgences obstétricales dans le service de gyneco-obstetrique de l'hôpital duPoint G. Thèse Med. Bamako 2000 n°177, 81p.
Dossier santé publique 1999 volume 11 N° :2 pp 193 – 201.
- 8- BERLAND M.** Le choc en obstétrique. Enc Med chir Paris obst. 1980 ; 65 :082 10A.
- 9. CAMARA S.** Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude. Thèse de médecine Abidjan 1986 N° : 714.
- 10- SUZANNE FY. ET COLLABORATEURS.** Hémorragies obstétricales graves (du post-partum immédiat) .Encyclopédie Médecine chirurgicale. Précis d'obstétrique 1982 ; 10- 12- S103A.

11. COULAU J. C. ET UZANS. Hématome retro placentaire ou DPPNI :Encycl. Méd. Chir. (Paris – France) obstétrique 5071 A10 6 1985, 10 P.

12- LANKOANDE J.ET COLLABORATEURS. Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995. Médecine d'Afrique noire :1998 ; Vol 5 :187-190.

13-FERNANDEZ H. Hémorragies graves en obstétrique: 35ème congrès national d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation. Paris, Masson, 1993 ; 511-529.

14- PELAGE JP. ETCOLLABORATEURS .Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle. Gynéco-obstétrique, Biologie Reproduction 1999; 28: 55-61.

15. SIDIBE D. Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de Sikasso en2004 à propos de 456 cas. Thèse de médecine 2006

16. DOUGNON F. Contribution à l'étude des urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité de l'hôpital National du Point « G ». Thèse de Médecine 1989 N° 64

17. SAMAKE Y. Approche épidémio-Clinique des urgences Gynéco-obstétricales à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou. De janvier 2000 à décembre 2000. Thèse de médecine 2002 N° 11

18. MERGER R.Précis d'obstétrique_ 6° ed._ Paris ; Melau, Barcelone, Masson, 1995.583 ; 25 cm

19. COULIBALY M. Les urgences gynéco-obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala. Thèse de médecine Bamako 2006, N.

20. MAGALOU B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine 2002 N°: 142

21. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES : Cellule de planification et de statistique. Enquête démographique et de santé au Mali 2001.

- 22. DIARRA NAMA A.J., O. ANGBO, M.N. KOFFI, M.K KOFFI, T.K. YAO, C. WELFFENS EKRA.** Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte D'Ivoire
- 23. N' GUESAN K. et COLL.** La grossesse extra-utérine à localisation tubaire au CHU de Cocody Abidjan : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Guinée médicale archive N° 23 oct. Nov. décembre 2001
- 24. DIALLO F. B. et COLL.** Grossesse extra – utérine (GEU) : aspect épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (10).
- 25. TRAORE Y.** Les ruptures utérines à l'hôpital national de Point « G ». Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas. Thèse de médecine Bamako 1996 N : 27
- 26- HYJAZI Y. et COLL.** Fréquence, traitement et pronostic fœto-maternel de l'éclampsie au service de gynécologie et obstétrique du CHU DONKA(Guinée).Guinée Médical 2002
- 27- KANTE F.** Grossesse et accouchement à risque dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital national du Point G à propos de 723 cas Thèse de médecine Bamako : 1997 No 27 .
- 28. MORO Y.** Relation entre éclampsie et conditions socio-économiques : étude de 28 cas au sein du service des urgences et réanimation de l'hôpital National Gabriel TOURE. Thèse de médecine 1999 N°:

IX .ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'enquête.

Thème : Les urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati à propos de 319 cas.

Identification de la patiente Nom :..... Prénom :.....

Q-1– âge en année N°

1 : (≤ 19) ; 2 : (19 –29) 3 : 30 – 39 4 : ≥ 40

Q-2– Ethnie 1 : Mianka ; 2 : Bambara ; 3 : Sénoufo ; 4 :Sarakolé ; 5 : Malinké

6 : Dogon 7 : Peulh ; 8 : Bobo ; 9 : Songhraï; 10 : Bozo 11 : Autres

Q- 3Nationalité 1 : Malienne 2 : Autres Si autres préciser

Q-4Résidence 1 : Kati ville 2 : Kati extension (à préciser)

Q-5Profession de la patiente 1 : Ménagère ; 2 : élève/étudiante

3 : Fonctionnaire; 4 : Aide ménagère

Q-6Profession du conjoint : 1 : cultivateur ; 2 : commerçant ;

3 : Fonctionnaire ; 4 : ouvrier ou autres

Q 7Statut matrimonial 1 Marié ; 2 : célibataire; 3 : Divorcé ; 4 : Veuve

Q-8Revenu par mois du foyer : 1 : extrême 2 : moyen 3 : minimum

Q-9Mode d'admission : 1 : Evacuée ; 2 : Venue d'elle même;

3 : référence interne

Si évacuée ; motif :

1 Dystocie ; 2 : Hémorragie; 3 : Eclampsie ; 4 : SFA; 5 : Hémorragie de la délivrance; 6 : Douleur pelvienne; 7 : GEU 8 : Anémie sur grossesse

9 : CUD 10 : Autres

Si évacuée , temps mis a destination en heures : 1 : Demi- heure; 2 : (1-2) ;

3 : (3-4) ; 4 : >4

Si venue d'elle même ; motif :

1 : CUD, 2 : hémorragie; 3 : Douleur pelvienne; 4 : Crise convulsive ;
5 : Autres

Q-10-Système d'alerte : 1 : Rac ; 2 :Téléphone ; 3 : Autre

Q-11- Moyen ou condition d'évacuation :

1 :Ambulance 2 : véhicule collective ou taxi 3 : véhicule personnel

Q12- support de référence : 1: Partogramme, 2 : fiche d'évacuation , 3 : lettre

4 : sans documents

Q-13Provenance

Q-14-a Kati ville: 1 : INPS, 2 : CSCOM, 3 : clinique, 4 : Autres

Q15-Agent de l'évacuation ou de la référence

1 : Médecin 2 : Sage-femme 3 : Infirmiers 4 : Matrone 5 : autres.

II- Données cliniques :

Q16- Antécédent médicaux

1: HTA, 2 : Anémie 3 : bilharziose; 4 : Diabète; 5 :Tuberculose;

6 : Autres

Q17 –Antécédents chirurgicaux

1 : Appendicectomie; 2 : péritonite; 3 : Césarienne; 4 : Myomectomie ;

5 : Curetage; 6 : Autres

Q-18Antécédent gynéco-obstetricaux

1 : Fibrome utérin; 2 : Salpingectomie; 3 : kystectomie; 4 : Infection générale; 5 : Avortement; 6 : Plastie tubaire; 7 : Malformation génitale

Q 19Gestité

1 : Primigeste ; 2 : Paucigeste ; 3 : Multigeste ; 4 : Grande multigeste

Q 19 Parité:

1 : nullipare ; 2 : Primipare; 3 : Paucipare ; 4 : Multipare ; 5 : Grande multipare

Q-20 Nombre d'enfant vivants

1 : (≤ 1) 2 : (2-3) 3 : (4-5) 4 : (≥ 6)

Q-21Nature de la grossesse actuelle :

1 : pathologique ; 2 : non

Q-22 âge gestationnel

1 : premier trimestre ; 2 : deuxième trimestre ; 3 : troisième trimestre

Q-23 Nombre de CPN: 1 : (0) 2 : (1-4) 3 : (≥ 5)

III EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

3-1 Signes Q-27 Pelvialgie généraux

Q 24 Etat général: 1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré

Q 25 Coloration des conjonctives: 1 : colorées; 2 : pâles

Q-26 Fièvre : 1 : (37,5-38,5) 2 : (≥ 39) 3 : Pas de fièvre

1 : Modérée 2 : Intense 3 : très intense

Q-28 Hypotension artérielle 1 : Oui 2 : Non

Q-29 HTA 1 : Modérée 2 : sévère 3 : Pas d'HTA

Q-30 Poul s : 1 : 100 bts / mn, 2 : (100 - 120) 3 : Filant 4 : imprenable

Q-31 Toucher Vaginal

1 : Dilatation incomplète 2 : Dilatation complète 3 : Col ferme

Q-32 -Examen au spéculum; Col sain : 1 Oui 2 : Non

Q-33 Métrorragie

1 : Minime 2 : Moyenne 3 : Abondante 4 : Très abondante 5 : Non

3-2 SIGNES CARDIO –VASCULAIRES

Q-34 Tachycardie 1 : oui 2 : Non

Q-35 Etat de choc 1 : oui 2 : Non

3.3- signes neurologies

Q-36 Agitation 1 : oui 2 : Non

Q-37 Obnubilation 1 : oui 2 : Non

Q-38 Coma 1 : oui 2 : Non

3.4 - Etat de la femme en travail :

Q-39- Durée du travail en heures:

1 : (≤ 12) 2 : (13 –18) 3 : (19 –24) 4 : (25 –48) 5 : >48

6 :inconnue

Q-40 –Phase du travail d'accouchement

1 : phase de latence 2 : phase active 3 : phase expulsive

Q-41 Niveau de la présentation: 1 : engagée 2 : non engagée

3-5 Etat de l'enfant pendant le travail

Q - 42 présentation

1 : Céphalique 2 : Transverse ou épaule 3 : Siège front

4 : Face

Q-43 BDCF :

1 : présent < 120 2 : 120-160 3 : > 160 4 : absent

Q-44 – Etat des membranes:

1 : intactes 2 : Rompues dans le service; 3 : rompues hors de service (préciser délais)

Q-45 –Aspect du liquide

1 : clair; 2 fluide; 3 : méconial, épais; 4 : Hématique

Q-46 Nombre de foetus :

1 : Mono foetal 2 : Gémellaire 3 : ≥ 3

IV Examens complémentaires :

Q 47 Tx d'Hémoglobine en urgence

1 : normale 2 : bas 3 : effondré 4 : non fait

Q-48 Groupage- rhésus en urgence 1 : oui 2 : non

Q-49 Echographie : préciser résultat (anomalie): -----

Q-50 test d UCG en urgence : 1: positif 2 : négatif

V- Diagnostic

Q-51- Diagnostic retenu

1 : SFA 2 : rupture utérine 3 : PPH 4 : HRP

5 : hémorragie de la délivrance 6 : lésion des parties molles

- 7 : présentation dystocique 8 : DFP 9 : dystocie
10 : éclampsie
11 : procidence du cordon 12 : GEU 13 : torsion de kyste
14 : Avortement 15 : préciser

VI Modes thérapeutiques

Q-52 - hémorragie de la délivrance

- 1 : Révision utérine 2 : examens sous valve 3 : transfusion sanguine
4 : perfusion de macromolécules 5 : administration d'utérotoniques

Q-53- Lésion des parties molles :

- 1 : suture sous anesthésie 2 : perfusion de soluté 3 : transfusion sanguine
4 : suture sans anesthésie

Q-54- éclampsie

- 1 : administration d'anti-convulsivant 2 : administration d'anti-hypertension
3 : césarienne 4 : réanimation

Q-55- PPH ou HRP

- 1 : amniotomie 2 : perfusion d'ocytocine 3 : césarienne

Q-56- SFA

- 1 : forceps 2 : Césarienne ; si oui type d'anesthésie -----
perfusion de soluté -----
transfusion sanguine-----

Q-57-GEU : 1:laparotomie 2 : perfusion de soluté 3 : transfusion de

- sang
soluté 3 : laparotomie

Q-59-Avortement : 1 :Expulsion spontanée 2 : Curage /curetage

- 3 : administration d'ocytocique

VII- Evolution et pronostic :

Q- 60- pour l'enfant ; 1 : vivant 2 : Mort-né 3 : décès néonatal

Si vivant, APGAR à la naissance : 1 : (1-4) 2 : (5-7) 3 : (≥ 8)

Q-61- réanimé : 1 : suites bonnes 2 : décès néonatal

Si mort né cause :

1 : SFA 2 : RU 3 : PPH 4 : HRP 5 : éclampsie

6 : procidence 7 : présentation dystocique

Q 62- Etat physique de l'enfant 1 : normal 2 : Mal formé

Q- 63 : Pour la mère :

1 : vivante 2 : Suites simples 3 : suites compliquées

Q-64 Nature des suites de couche :

1 : Endométrite 2 : Anémie 3 : Septicémie 4 : Thrombophlébite

5 : Suppuration + lâchage 6 : péritonite 7 : pelvipéritonite

Q-65– Mère décédée, cause :

1 : hémorragie 2 : Anémie 3 : Arrêt cardiaque 4 : HTA et complication

5 : septicémie

Q-66- Voie d'accouchement des mères décédées :

1 : voie basse 2 : voie haute 3 : Avant accouchement

Q-67- Durée de l'hospitalisation en jour

1 : 1 2 : (2-7) 3 : (8-14) 4 : > 15

Q-68-Besoin de transfusion 1 : oui 2 : non

Q-69 Besoin satisfait 1 : oui 2 : non

Q-70- Si oui besoins satisfait en quantité par ml de sang :

1 : 500 2 : 1000-1500 3 : ≥ 2000

ANNEXE 2 : FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : TRAORE

PRÉNOM : ADAMA Tiécolo.

TITRE DE LA THESE : les urgences obstétricales dans le cadre de la référence / évacuation au centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati à propos de 319 cas .

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013-2014.

PAYS D'ORIGINE : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEURS D'INTERET : obstétrique, santé publique.

RESUME :

Notre étude descriptive, transversale à collecte prospective s'est déroulée au centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati de Janvier 2012 au Décembre 2012 soit une période de 12 mois.

L'objectif principal est d'évaluer les urgences obstétricales dans le cadre de la référence / évacuation.

Nous avons enregistré 319 urgences durant la période d'étude soit une fréquence de 11%. Tous les âges de la période d'activité génitale sont concernés. Les urgences obstétricales sont dominées par les dystocies

38,6%, la SFA 9,40 % et l'HTA et ses complications (éclampsie) 1,25%.

La césarienne a été le moyen de traitement le plus pratiqué soit 33,5% .La mortalité fœtale est de 10,56 % et la mortalité maternelle de 0,60%.

En fonction de ces taux nous pouvons dire que la mortalité maternelle et/ou fœtale a baissé contrairement à l'année 1989 [16] où la mortalité maternelle et fœtale étaient respectivement de 11,95% et 35,84%.

Les parturientes d'âge compris entre 19 et 39 ans (90,2%), les conditions de références (distances à parcourir, moyen de transport, le retard à la référence) constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales [19]

Pour éviter ou réduire considérablement le drame lié aux urgences ; il faut nécessairement :

- la formation continue du personnel médical et paramédical,
- un équipement des centres de santé,
- une prise en charge sérieuse et efficace des grossesses.

Mots clés : urgences obstétricales ; références /évacuations ; pronostic mère/enfant .

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.