

**MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DE BAMAKO**

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

\*\*\*\*\*

**DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR**

\*\*\*\*\*

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année : 2005 - 2006

N°

**LA REFERENCE/EVACUATION  
GYNECO-OBSTETRICALE AU CENTRE  
DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE V DU DISTRICT DE  
BAMAKO**

**THEME**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le / / 2006*

**devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-Stomatologie**

**Par**

**Monsieur Abdoulaye Boubacar COULIBALY**

**Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**Jury :**

**Président :**

**Professeur Salif DIAKITE**

**Membre :**

**Docteur Niani MOUNKORO**

**Membre :**

**Docteur Oumar M TRAORE**

**Directeur de Thèse :**

**Professeur Agrégé Mamadou TRAORE**

# **SOMMAIRE**

CHAPITRE I : INTRODUCTION

OBJECTIFS

CHAPITRE II : GENERALITES

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

CHAPITRE IV : RESULTATS

CHAPITRE V : COMMENTAIRES ET DISCUSSION

CHAPITRE VI : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CHAPITRE VII : REFERENCES

CHAPITRE VIII : ANNEXES

## **INTRODUCTION**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali par l'arrêté interministériel n°5092 à la date du 21 avril 1994 dans son **article 1<sup>er</sup>** précise: les conditions de création des centres de santé communautaires et les modalités de gestion des services Socio Sanitaires, de cercle, de commune et des centres de santé communautaires.

Par ailleurs il n'existe pas de décret, ni un texte traitant la création de CSREF.

**Article 7** : le même arrêté interministériel (n°5092) précise les conditions pour créer un centre de santé communautaire :

- Se conformer à la carte sanitaire
- Etre organisé en association de santé communautaire déclarée.
- Compter un nombre d'adhérents représentant au moins 10% de la population de l'aire de santé.
- Etre propriétaire ou titulaire d'un site pouvant abriter le centre de santé communautaire ou le cas échéant disposer d'un local en tenant lieu .

Ainsi il fut créé un centre de santé de référence dans chaque commune du District de Bamako.

Les évacuations sanitaires d'urgence obstétricales sont fréquentes dans nos régions, leurs pronostics tant maternels et foëtaux 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 à Bamako.

L'organisation de la santé au Mali est schématiquement représentée par la pyramide sanitaire (figure 1) voir annexes.

**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 [16].

Le système de référence a été créé par l'administration coloniale britannique dans bon nombre de pays en développement.

LORD DAWSON (1920) : Idée des dispensaires et des centres de santé comme premier contact des patients avec le système national de santé.

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.

En 1994, L'OMS : a mis un point sur l'importance du système de référence/évacuation et de contre référence pour les soins de la grossesse et de l'accouchement.

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité maternelles, foétales et néonatales élevées.

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 [13].

L'Afrique de l'ouest avec 1020 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, détient le record au monde [12].

Au Mali plusieurs travaux ont été consacrés à la mortalité maternelle. Son taux est de 582 pour 100000 naissances vivantes [22]. Une étude prospective faite sur la référence/évacuation à l'Hôpital Gabriel Touré dans le service gyneco obstétrique en 1995 a trouvé 3 décès maternels sur une série de 160 cas [20]. Ces complications obstétricales justifient la référence/évacuation des maternités périphériques vers les centres plus équipés.

Une attention particulière doit être accordée au centre de santé de référence de la commune V, qui existe depuis 1994 et reçoit la totalité des références de la rive droite du District de Bamako et souvent des évacuations de l'intérieur du pays.

La fréquence de la référence/évacuation a été l'objet d'une étude rétrospective sur trois ans (de 1996 à 1998). Elle a concerné le centre de santé de référence de la commune V et hors de la commune V. Cette fois ci nous avons jugé nécessaire d'effectuer une étude rétrospective sur 1 an (2004) en commune V.

L'objectif général de ce travail est d'étudier le système de référence

/évacuation en commune V du district de Bamako.

Nos objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Déterminer les conditions d'évacuation des parturientes des CSCOM vers le CSCREF CV.
2. Déterminer la provenance des femmes évacuées.
3. Déterminer les obstacles au fonctionnement du système de référence/évacuation dans la commune V.
4. Apprécier, le pronostic materno-fœtal des parturientes évacuées au centre de santé de référence de la commune V.

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement dues entre autres à des facteurs d'insuffisance d'infrastructures Socio-Sanitaires et le bas niveau d'instruction.

L'évacuation obstétricale d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert d'une parturiente d'un centre médical vers un autre mieux équipé.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé. La plupart des accidents sont dûs entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme. Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'HTA et ces complications (éclampsie).

### **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 28<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée, révolues.

S'il se produit entre la 37<sup>ème</sup> et la 42<sup>ème</sup> semaine, il est dite à terme [13]. 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 :

### **1. Phénomène dynamique :**

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

### **2. Phénomène mécanique :**

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

### **3. 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 augmente 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 :

**1<sup>ère</sup> 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.

**2<sup>ème</sup> 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.

**3<sup>ème</sup> 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 [5].

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 à un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence 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 [1].

#### 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 fœto-pelvienne :**

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

Selon Delecour 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. (6)

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 à 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

foetal, 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 fœtale 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 [3].

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[15].

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 [4]. 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 [10].

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 previa 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 corporéale devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse.

Le placenta previa se manifeste au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

C'est une extrême urgence obstétricale pour le pronostic foetal et maternel.

Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vive, abondante, indolore et inopinée [7].

**En présence d'un PPH il faut :**

- Prendre une voie veineuse efficace

- Rompre les membres dans le but d'arrêt d'hémorragie lorsqu'elles sont accessibles
- Extraire le fœtus le plus rapidement possible si 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 oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores. Les oedèmes 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 post-critique 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 foetale
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 foetale et l'arrêt de la progression de la tête foetale.

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 :

- o Fléchir la tête
- o Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- o 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 médullo-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 2<sup>ème</sup> jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

**1<sup>er</sup> 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.

**2<sup>ème</sup> 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.

**3<sup>ème</sup> temps** : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> 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 médius 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 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> 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.

**4<sup>ème</sup> temps** : Accouchement de la tête dernière.

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

## **A. Cadre de l'étude :**

Notre étude a eu lieu à la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune V du district de Bamako.

### **- Présentation de la Commune V :**

La commune V du district de Bamako est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41, 59 km<sup>2</sup> avec une population de 265 690 habitants. Le taux d'accroissement annuel de la population est de 5,1%.

Située sur la rive droite du fleuve Niger, elle est limitée par :

- le fleuve Niger au Nord-Ouest
- A l'Est par la commune VI ;
- Au Sud-Ouest par le quartier de Kalaban-coro (cercle de Kati).

La commune est constituée de 8 quartiers qui sont :

1. Badalabougou ;
2. Garantibougou ;
3. Quartier-Mali SEMAGEXCO ;
4. Torokorobougou ;
5. Sabalibougou ;
6. Baco-Djicoroni ;
7. Kalabancoura ;
8. Daoudabougou.

## Présentation du service gynécologie - obstétrique du centre de santé de référence de la Commune V :

Il comprend plusieurs services et unités qui sont :

Une unité grossesse à risque avec trois salles d'hospitalisation 12 lits

Une unité d'accouchement / suite de couche comportant 4 tables d'accouchement, une salle d'attente à deux (02) lits, une salle de surveillance après accouchement, une salle de consultation pour les urgences, un bureau pour les C.E.S en gynéco – obstétrique, une salle de consultation pré anesthésique

Une unité néonatalogie

Une unité CPN (Consultations Prénatales)

Une unité PF (Planning Familial), et post Natale.

Un bloc opératoire avec 2 salles d'opération, sept (07) salles d'hospitalisations post opératoires dont deux (02) uniques et climatisées, quatre (04) salles non climatisées à quatre (04) lits par salle, une salle à deux (02) lits, une salle de pansement et une salle de garde.

Le centre de santé de référence de la commune V compte 166 agents dont :

- 1 gynécologue obstétricien fonctionnaire d'état chef de service
- 1 gynécologue obstétricien contractuel
- 1 chirurgien pédiatre
- 1 Pédiatre

- 1 Odontostomatologue
- 1 Dermatologue
- 1 Ophtalmologue
- Les Médecins généralistes au nombre de six (6)
- 10 Techniciens Supérieurs de (1 ophtalmologue, 2 ORL, 2 TS en Santé publique, 1 Laborantin, 1 Echographe, 4 anesthésistes) ;
- 28 sages femmes ;
- 25 aides soignantes ;
- 10 infirmiers d'état ;
- 11 infirmiers du 1<sup>er</sup> cycle ;
- 3 instrumentistes (3 aides soignantes) ;
- 4 chauffeurs ;
- 1 Secrétaire (niveau CAP) ;
- 1 Informaticien (niveau IUG) ;
- 1 Contrôleur des Finances ;
- 1 Comptable (niveau CAP) ;
- 2 Caissières (aides soignantes) ;
- 1 Gérant de Pharmacie (infirmier d'état) ;
- 1 manipulateur de Radiographie ;
- 3 lingères ;
- 11 manœuvres ;
- 8 gardiens.

Les organes de gestion du centre sont : le conseil de gestion et le comité de gestion.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un médecin chirurgien
- quatre étudiants en médecine faisant fonction d'internes (FFI)

- une sage-femme et une aide-soignante toutes les 12 heures
- un infirmier anesthésiste
- une technicienne de Laboratoire
- un caissier (e)
- un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les Hôpitaux nationaux (HNPG, HGT) et le centre national de transfusion (CNTS) les CSCOM , les structures privées de commune V
- six garçons de salle assurant la propreté permanente des locaux

**- Au niveau organisationnel :**

**L'équipe dispose de :**

- quatre tables d'accouchement ;
- Un bloc opératoire avec deux salles opératoires fonctionnelles ;
- Une mini banque de sang ;
- un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit crée sur fonds propres du centre est remboursé par les patientes après l'intervention.

1 - Un staff a lieu les jours ouvrables à partir de 8 Heures 15 minutes réunissant le personnel du service, dirigé par le Chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés durant la garde dans les 24 heures, au staff du lundi sont présentés les dossiers de la garde pendant le week-end.

2- Il y a quatre jours de consultation gynéco-obstétricale, quatre jours d'opération durant la semaine en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Lundi et Jeudi après le Staff.

**- Situation Socio-culturelle :**

Elle reste encore traditionnelle dans sa grande composante. L'influence de l'islam est dominante. On compte cependant quelques communautés chrétiennes dans la commune.

L'analphabétisme, le chômage et la délinquance demeurent les fléaux sociaux importants.

**4.1-5 Education :**

La commune abrite plusieurs établissements d'enseignements primaires et secondaires, une faculté de sciences et techniques, un institut universitaire de gestion (IUG) et de nombreuses écoles.

**B. Période d'étude :** 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2004 (1 an)

**C. Type d'étude :** il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive transversale.

**D. Méthode d'étude :** c'est une étude non probabiliste

**E. Critères d'inclusion :**

- Inclusion :

IL s'agit de toutes les gestantes référées ou évacuées dans le service pour une cause gynéco-obstétricale et provenant d'un centre de santé de la commune V

**F. Critères de non inclusion :**

1- Les références/évacuations hors de la commune V.

2- Toute référence /évacuation pour motif non gynéco-obstétrical.

## **E. Outil et technique de collecte des données :**

- Technique de collecte : c'est l'exploitation des documents
- Outils de collecte : dossiers d'accouchement, partogrammes, dossiers d'hospitalisation, registres opératoires.

## **G. Variables utilisées:**

- Ethnie
- Age
- Profession
- Situation matrimoniale
- Niveau d'instruction
- Lieu de résidence
- Référence: Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- Evacuation : Référence réalisée dans un contexte d'urgence.
- Qualité de l'agent qui a évacué
- Moyens de commination
- Provenance de la femme (CSCOM, Cabinet, Clinique)
- Moyens d'évacuation
- Motif d'évacuation
- La durée moyenne de parcours entre le centre qui a évacuée et le centre de santé de référence de la commune V.
  - ATCD gynéco-obstétricaux, médicaux, chirurgicaux
- Examen général : TA, Température coloration des conjonctives
- Examen obstétrical = HU, auscultation du bruit du cœur foetal,

degré de dilatation du col de l'utérus, état de la poche des eaux, état du bassin.

- Diagnostic retenu
- CAT
- Le pronostic maternel et fœtal

#### **H. Déroulement de l'enquête :**

##### **I. Analyse des données:**

Saisie et analyse des données sur le logiciel Epi Version 6

## RESULTATS

### 1-Répartition des femmes référées ou évacuées

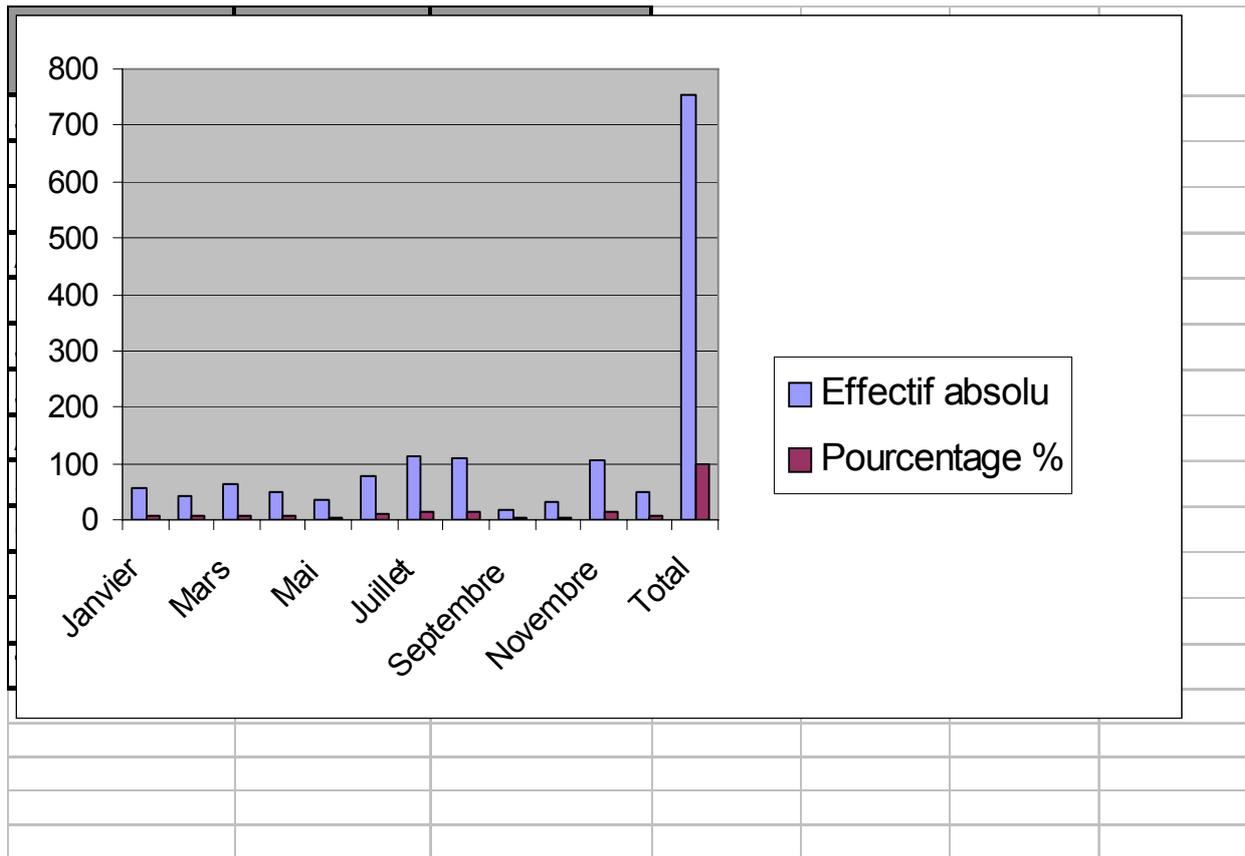
**Tableau 1 :**

<b>Les femmes justifiables d'une référence ou évacuation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage%</b>
<b>Référées</b>	<b>246</b>	<b>33</b>
<b>Evacuation</b>	<b>507</b>	<b>67</b>
<b>TOTAL</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

### 2-L'évolution des références dans la période d'étude :

**Tableau : 2**

<b>Mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Janvier	57	7,6
Février	42	5,6
Mars	62	8,2
Avril	51	6,8
Mai	36	4,8
Juin	77	10,2
Juillet	112	14,9
Août	109	14,4
Septembre	19	2,5
Octobre	33	4,4
Novembre	104	13,8
Décembre	51	6,8
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>



**Figure n°3 : Evolution des références / évacuations au cours de la période d'étude**

### 3-Répartition des femmes selon les tranches d'âge :

**Tableau 3**

<b>Age (ans)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Moins de 18	144	19,3
Entre 18 et 35	514	68,2
Plus de 35	63	8,3
Indéterminé	32	4,2
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

### 4-Répartition des femmes référées ou évacuées selon le lieu de résidence :

**Tableau 4 :**

<b>Résidence</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Daoudabougou	207	27
Sabalibougou	185	25
Kalaban-Coura	146	19
Bacodjicoroni	64	8
Garantiguibougou	42	6
Kalaban-Coro	30	4
Ghana	23	3
Torokorobougou	22	3
Niamakoro	14	2
Badalabougou	12	2
Faladiè	8	1
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

## 5-Répartition des femmes selon leur profession :

Tableau 5 :

<b>Profession</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Ménagère	320	42
Vendeuse	83	11
Elève /Etudiante	76	11
Commerçante	24	3
Ouvrière/artisane	14	2
Indéterminée	120	16
Fonctionnaire	64	8
Aide-ménagère	52	7
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

## 6-Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Tableau 6 :

<b>Statut</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
<i>Mariées</i>	564	74
<i>Divorcées</i>	0	0
<i>Veuves</i>	0	0
<i>Célibataires</i>	122	16
<i>Indéterminées</i>	67	9
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

**7 Répartition des femmes référées selon la profession du conjoint :**

**Tableau 7 :**

<b>Profession</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
<i>Ouvrier/ Artisan</i>	210	28
<i>Commerçant</i>	105	14
Fonctionnaire	96	13
Cultivateur	91	12
Indéterminée	87	12
Vendeur	62	8
Chauffeur	55	7
Elève Etudiant	33	4
Marabout	14	2
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

**8-ANTECEDENTS OBSTETRICAUX**

**Répartition selon la gestité**

**Tableau 8 :**

<b>GESTITE</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Primigeste (1)	220	29,2
Paucigeste (2 ;3)	390	51,7
Multigeste (4 ;6)	114	15,1
Grande multigeste ( $\geq 6$ )	29	4
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

## 9 Répartition selon la parité

**Tableau 9 :**

PARITE	Effectif absolu	Pourcentage %
<i>Nullipare (0)</i>	226	30
Primipare (1)	103	14
Paucipare = (2-3)	272	36
Multipare = (4-5)	113	15
Grande multipare ≥ (6)	39	5
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

## 10-Répartition des femmes référées ou évacuées selon la structure sanitaire qui a procédé à la référence/évacuation

**Tableau 10 :**

Origine	Effectif absolu	Pourcentage %
<u>ADASCO</u>	121	16
ASACO Sab I	113	15
ASACO Sab II	87	11,5
ASACO Kal	73	9,6
ASACO GA	72	9,5
ASACOM BADJI	70	9,2
ASACODA	59	7,8
CABINET SOUTRA SO	32	4,2
CABINET FONA	31	4,1
ASACO SAB III	29	3,8
ASACOTOQUA	24	3,2
PMI BADALA	12	1,6
CLINIQUE NANI	11	1,5
CLINIQUE KALABAN	7	0,9
CLINIQUE SAHEL	5	0,7
CABINET SADIAN	4	0,5
CABINET SABUNYUMAN	4	0,5
CLINIQUE COULIBALY	3	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

12,6% des femmes ont été référées ou évacuées par les structures sanitaires privées

**11-Répartition des femmes selon l'agent qui a procédé à la référence/évacuation :**

**Tableau 11 :**

<b>Agents de santé</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Médecins	56	7,4
Sages-femmes	565	75
Etudiants en Médecine en année de Thèse	36	5
Infirmiers	34	4,4
Matrones	2	0,2
Indéterminés	60	8
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

**12-Répartition des femmes en fonction du temps mis entre la prise de décision de référence et le départ (en minute) :**

**Tableau 12 :**

<b>Intervalle de temps</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
0 mn - 15 mn	12	1,5
16 mn - 30 mn	31	4
31 mn – 45 mn	63	8,4
46 mn – 60 mn	18	2
61 mn – 75 mn	45	6
76 mn – 90 mn	0	0
91 mn – 115 mn	25	3,5
116 mn – 120 mn	5	0,6
Indéterminé	554	74
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

**13 Répartition des femmes en fonction du temps mis entre le départ du centre qui a référé et l'arrivée (en minute) au CSREFCV**

**Tableau 13 :**

<b>Intervalle de temps</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
0 mn– 15 mn	47	6
16 mn– 30 mn	45	6
31mn – 45 mn	19	3
46 mn– 60 mn	0	0
61 mn – 75 mn	0	0
76 mn – 90 mn	0	0
106 mn – 120 mn	0	0
121 mn – 135 mn	25	3
136 mn – 150 mn	0	0
Indéterminé	630	82
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

**14-Répartition des femmes selon le document qui a accompagné la femme :**

**Tableau 14 :**

<b>Documents</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Partogramme	217	29
Fiche de référence	217	29
Partogramme + Fiche de référence	251	33
Aucun document	66	9
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

NB: dossier complet (partogramme + fiche de référence) pour les parturientes (33%) et une fiche de référence pour les cas de GEU et avortement (17%).

41% des femmes ont été référées avec dossier incomplet et 9% sans dossier.

**15-Répartition des femmes selon les moyens de communication utilisés pour annoncer la référence /évacuation:**

**Tableau 15 :**

<b>Moyens de communication</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Téléphone fixe ou mobile	66	9
Indéterminés	687	91
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

**16 Répartition des femmes référées selon le moyen de transport emprunté :**

**Tableau 16 :**

<b>Moyens de transport</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Ambulance	66	9
Taxi	26	3,4
Voiture personnelle	59	7,8
Moyens de transport en commun	3	0,3
Indéterminé	599	79,5
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

Seules 9% des femmes étaient admises par l'ambulance

## 17-Répartition des femmes selon le motif de référence :

**Tableau 17 :**

Motif	Effectif absolu	Pourcentage %
Hémorragie	123	16,3
Dilatation Stationnaire	102	13,5
H.T.A/ sur grossesse	57	8
Utérus cicatriciel	53	7
Présentation du siège	35	4,6
Grande multiparité	26	3,4
HUE	26	3,4
Retard à l'expulsion	24	3
Procidence du cordon	19	2,5
Douleur plus hémorragie	16	1,8
D.F.P	14	1,7
Grossesse multiple	13	1,7
Sans motif	13	1,5
P.P	12	1,5
G.E.U	12	1,5
Refus de pousser	12	1,4
H.R.P	11	1,4
Grossesse non à terme	11	1,4
Douleur pelvienne	11	1,3
R.P.M	10	1,3
Grossesse arrêtée	10	1,3
Souffrance fœtale	10	1
Anomalie pelvienne	9	1
Présentation de l'épaule	9	1
Rétention du 2è jumeau	9	1
Gros fœtus	8	1
Rupture Précoce des membranes	8	1
Phase de latence > 12 Dystocie du col	7	1
Présentation vicieuse	7	1
Siège + Hémorragie	7	1
Dystocie dynamique	6	0,7
Pâleur conjoncturale	6	0,7
Sous la demande de la gestante	6	0,7
Bassin limite	6	1
B.D.C.F < 120 , > 160	6	1
Antécédent d'accouchement dystocique	3	0,4
Taille < 1,5 m	3	0,4
Travail d'accouchement	2	0,2
Tête Haute	2	0,2
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

**18-Répartition :selon les femmes ayant fait des consultations prénatales**

**Tableau 18 :**

<b>CPN</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>1-3</b>	<b>407</b>	<b>54</b>
<b>≥4</b>	<b>150</b>	<b>20</b>
<b>Aucun</b>	<b>196</b>	<b>26</b>
<b>TOTAL</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

**19-Répartition des femmes en fonction du rythme cardiaque fœtal à l'admission**

**Tableau 19 :**

<b>BDCF</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>&lt;120</b>	<b>137</b>	<b>21,3</b>
<b>120-160</b>	<b>406</b>	<b>63,1</b>
<b>&gt;160</b>	<b>80</b>	<b>12,4</b>
<b>Absent à l'arrivée</b>	<b>20</b>	<b>3,1</b>
<b>Total</b>	<b>643</b>	<b>99,9</b>

**20-Répartition des patientes suivant l'état des membranes ovulaires à l'admission**

**Tableau 20 :**

<b>P D E</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Rompue</b>	<b>415</b>	<b>69</b>
<b>Intacte</b>	<b>189</b>	<b>31</b>
<b>Total</b>	<b>604</b>	<b>100</b>

## 21-Répartition des femmes selon l'état du bassin

**Tableau 21 :**

<b>Bassin</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Bassin normal	218	36
Bassin limite	162	27
Bassin généralement rétréci	98	16
Non précisé	126	21
<b>Total</b>	<b>604</b>	<b>100</b>

## 22-Répartition des femmes selon le diagnostic retenu au C.S.REFCV

**Tableau 22 :**

<b>Diagnostic Retenu</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Bassin pathologique	90	12,6
<i>Présentation anormale (Céphalique anormale et transversale)</i>	83	11,2
Utérus cicatriciel	80	10,6
Macrosomie fœtale	19	2,5
Avortement	55	7,3
Souffrance fœtale	42	5,5
Hémorragie de la délivrance	33	4,5
H.R.P	33	4
Menace d'accouchement prématuré	27	3
Syndrome de pré-rupture	27	3
HTA/ Grossesse	27	3
Procidence du cordon	24	3
Pathologie funiculaire	24	3
Phase expulsive prolongée	15	2
Grossesse multiple	18	2
Hypotrophie fœtale	17	2
Echec de l'épreuve de Travail	17	2
Eclampsie	13	2
Rupture utérine	11	1,4
PP (Placenta preavia)	13	1,7
Défaut d'engagement à dilatation compète	11	1,4
Dystocie dynamique(Hypocinésie d'intensité)	7	1
Rétention du 2è jumeau	6	1
Chorio-amniotite	6	1
G.E.U	72	9,56
Rétention de la tête dernière	4	0,5
Déchirure du périnée	3	0,3
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

**23-Répartition des femmes référées selon la concordance entre le motif de référence et le diagnostic retenu au CSR CV :**

**Tableau 23 :**

Concordance	Effectif absolu	Pourcentage %
<b>Oui</b>	518	68,8
Non	235	31,2
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

**24-Répartition des femmes selon la CAT au CSRefCV**

**Tableau 24 :**

Traitement reçu	Effectif absolu	Pourcentage %
Accouchement/voie naturelle	309	41
Césarienne	201	27
Salpingectomie pour G.E.U	72	9,5
Manœuvre d'extraction	47	6,4
Aspiration	21	2,7
Forceps	19	2,5
Curetage	18	2,0
Uterotonique	16	2,1
Antispasmodique	13	1,7
Hystérorraphie pour rupture utérine	9	1,1
Tocolytique	7	0,9
Révision utérine	7	0,9
Délivrance artificielle	6	0,7
Trachelorraphie	5	0,6
Périnéorraphie	3	0,3
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

**25-Répartition des femmes selon l'évolution des suites du post partum(immedat)**

**Tableau 25 :**

<b>Suites du post partum</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Simple (Bonnes)	627	83,26
Complicées	71	9,42
Décès	17	2,25
Indéterminée	38	5,07
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100,0</b>

**26-Répartition des femmes selon les complications survenues dans les suites de couches:**

**Tableau 26 :**

<b><u>Complications</u></b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Suppuration pariétale	24	34
Eventration	2	3
Endométrite	16	22
Péritonite	2	3
Paludisme	13	18
Anémie	12	17
Accident Thromboembolique (Phlébite)	2	3
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

### **27-Répartition des femmes selon la cause du décès**

**Tableau 27 :**

<b>Causes</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Hémorragie (H.D)	10	58,8
Décès constaté à l'arrivée	2	11,7
Indéterminées	5	29,5
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

### **28-Répartition des nouveau nés selon l'Apgar)**

**Tableau 28 :**

<b>Indice d'Apgar</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Bon	490	83,5
Bon après réanimation (référé à la pédiatrie)	61	10,3
Mort-nés	19	3,2
Décès	18	3
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>100,0</b>

Apgar  $\geq$  7 Bon ; Apgar  $<$  7 souffrance foetal  
93,8% des nouveaux nés avaient un bon Apgar

**29-Répartition de nouveaux nés selon le motif de la référence en néonatalogie**

**Tableau 29 :**

<b>Motif de référence</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Souffrance néonatale	25	41
Prématurité	16	26
Infection néonatale	11	18
Hypotrophie	6	10
Malformation	3	5
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**30-Répartition des morts nés selon les circonstances de décès**

**Tableau 30:**

<b>Causes</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage %</b>
Souffrance fœtale	7	36,8
HRP	3	15,78
Eclampsie	2	10,5
Rétention de la tête dernière	1	5,26
Rupture utérine	1	5,26
Epaule méconnue	1	5,26
Rétention du 2 <sup>e</sup> jumeau	1	5,26
Retard à la référence	1	5,26
Malformation	1	5,26
Indéterminée	1	5,26
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>99,90</b>

**31-La tenue de document de suivi et d'hospitalisation au CSREFCV**

**Tableau 31 :**

<b>Documents</b>	<b><u>Effectif absolu</u></b>	<b>Pourcentage</b>
Bien remplis	717	95
Mal remplis	36	5
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

- 1 Bien rempli : Lorsque figurent les constantes de la mère et du nouveau né sur le document pendant le travail et l'accouchement dans le post partum
- 2 Mal rempli : lorsque sur le document ne figure aucun paramètre à visée pronostique pour la mère et pour le nouveau né.  
95% des documents sont bien remplis

## **Commentaires et discussion**

Nous avons réalisé une étude rétrospective qui a porté sur 753 femmes référées ou évacuées au centre de santé de référence de la commune V pendant la période d'étude (1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2004). Ces femmes ont été regroupées en trois (3) classes :

### **La première classe**

Elle concernait tous les cas de grossesses intra-utérines en travail avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhées. Cette classe représentait 626 femmes de notre échantillon soit 83,1% des cas.

### **La deuxième classe**

Elle concernait tous les cas de grossesses extra-utérines. Cette classe a porté sur 72 patientes soit 9,5%.

### **La troisième classe**

Elle regroupait tous les cas d'avortements précoces et tardifs au nombre de 55 femmes soit 7,3% des patientes.

## **1 Données socio démographique et épidémiologique**

### **11. Fréquence :**

Sur 7848 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2004 les femmes référées sont au nombre de 753 soit une fréquence de 10,4%.

Sankare I (8) trouvait dans ce même centre de référence de la commune V une fréquence de référence de 21,1%.

Les fréquences rapportées en commune IV (19) et I (18) sont respectivement de 9,2% et 8,55%.

La fréquence des évacuations est variable suivant les structures sanitaires. Cela dépend du mode de recrutement et de la zone d'implantation de la structure. C'est le cas du CSREFCV qui est implanté dans une zone à forte densité de population.

## **1.2 Origines des femmes référées ou évacuées**

Les 9 CSCOM réfèrent au CSREFCV qui dispos d'un plateau technique plus large.

Parmi ces 9 CSCOM seuls 3 ceux de (ADASCO, ASACOSABI et ASACODA) sont gérés par un médecin généraliste à vocation gynécologique et obstétricale ; les 7 autres sont gérés par des Médecins avec d'autres vocations

Nous avons constaté que les CSCOM de l' ADASCO et de ASACOSABI ont référées plus que les autres CSCOM (tableau 10)  
La population cible de l' ASACODA consulte plus dans les CSCOM de ASACOKAL dont elle est plus proche .Ce qui pourrait expliquer le faible taux de référence de ASACODA par rapport à l'ADASCO et ASACOBABI bien qu'elles soient toutes gérées par des Médecins à vocation gynécologique obstétricale.

Le CSCOM de ASACOSABII, l' ASACOKAL et l'ASACOGA bénéficient de la consultation des populations de proximité de par leur position géographique.

Le CSCOM de l'ASCOMBACODJI a un taux (9,2%) non négligeable car elle est la seule ASACO dans son secteur et possède la population la plus élevée.

L'ASACOSABIII et l' ASACOTOQUA ont les plus faibles taux de référence. Cela est lié à plusieurs facteurs :

Pour l'ASACOBABIII

- L'implantation géographique est défavorable pour la population cible
- La voie d'accès est dégradée

- La population de proximité a une faible densité

Pour l' ASACOTOQUA

- La proximité du CSREFCV

Trois principales raisons pourront expliquer la différence des fréquences entre les différents CSCOM de la commune :

- La vocation du médecin

- Le site d'implantation du CSCOM

- La population cible

12,8% des femmes ont été référées ou évacuées par les différentes structures de santé privées. Aucun CSCOM n'est situé auprès du cabinet Soutra-so ce qui pourrait expliquer son affluence considérable et sa première place dans la référence parmi les différentes structures de santé privées de la commune V.

### 1-3 **L'âge** :

La majorité des femmes avait un âge compris entre 18 et 35 ans soit 68,2%. Ce même constat a été fait par S. Camara (3) et Thiero M (20) qui trouvaient respectivement 83,34% et 86,6% d'âge compris entre 17 et 35%.

Il est classique de dire que les âges extrêmes (avant 18ans et après 35ans) constituent un risque pour la grossesse et surtout au moment de la parturition.

Les parturientes de moins de 18 ans représentent 19,5%. Une immaturité psychologique et physiologique fréquente chez les parturientes jeunes se traduit par une dystocie.

Sangaret M et collaborateurs (17) en Côte d'Ivoire estiment que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile tant que le mariage des jeunes nubiles demeurera en Afrique noire.

#### **1-4. La parité :**

La parité joue un rôle dans les causes d'évacuation. Les nullipares représentent une tranche non négligeable (30%). Ce qui est proche de celui rapporté par Thiero M qui est de (30,6%) [20]. Cette remarque a été faite aussi par Traoré F A (21) qui a trouvé 33% de nulliparité. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravido- puepéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition.

## **2 Les facteurs liés à la référence.**

### **2.1 Qualité de l'agent de santé qui réfère :**

La personne qui décide de la référence ou de l'évacuation identifie la pathologie selon sa compétence et l'équipement disponible.

75% des femmes ont été référées par les sages-femmes. Seul 7,4% de référence relevaient des médecins. Au CSREF-CIV 82,2% de références ont été effectués par les sages-femmes et 3,3% par les médecins (19). Cette identification de l'agent de santé qui décidait la référence n'était pas connue selon Sankaré I (8) qui disait que sur la fiche de référence ne figurait ni cachet ni autre identité.

### **2.2 Documents de référence**

L'obligation faite de remplir correctement un document de référence pour toutes les parturientes n'a pas été toujours respectée comme l'attestent les 9% de cas de référence sans aucun document et 41% de cas avec documents incomplets. La précision du caractère urgent (évacuation) n'a pas été signalé sur tous les dossiers au cours du transfert. Cependant au cours de notre étude nous avons constaté que

67% des cas étaient justifiables d'une évacuation. Cette précision est importante car elle alerte le personnel du centre d'accueil à une prise en charge plus rapide et efficace. Cela peut s'expliquer par le manque de personnel qualifié et la méconnaissance de l'importance d'un tel document.

Les documents de référence bien tenus permettent d'indiquer le motif de référence / évacuation, contribuent à la prise en charge des femmes.

### **2.3 Les motifs de référence**

D'une manière générale les motifs de référence étaient en rapport avec les urgences obstétricales. Le plateau technique limité des C.S.COM est la principale raison de référence / évacuation.

Les motifs les plus fréquemment évoqués par les différents centres de santé périphériques sont:

- 1 Les hémorragies 16,3%
- 2 Les dilatations stationnaires 13,5%
- 3 L'HTA 8%

Ces mêmes motifs ont été rencontrés au CSREF IV (19) avec 10% référée pour dilatation stationnaire 7,2% pour hémorragie et 5,3% pour manque d'efforts expulsifs. Au CSREF-CI (18) l'hémorragie, l'HTA et la SFA ont été enregistrées respectivement dans 23,5% ; 22,3% et 18,5% des cas. Sankaré I (8) trouvait dans ce même centre de référence le retard à l'expulsion comme motif le plus fréquent 16,3% suivie de la DFP 12,9%. Ces motifs de référence se justifient par le fait qu' il s'agit le plus souvent de pathologies dont la prise en charge nécessite un acte chirurgical. 1,5% de références ont été faites avec

une fiche de référence (verbalement) sans motif écrit.

La qualité et la rapidité de l'évacuation sont les moyens les plus sûrs de réduire les complications (CIVD, rupture utérine, mort in-utéro, décès maternels...) liées à ces pathologies. Aussi les CPN constituent un moyen de dépistage, de prévention et de réduction de ces complications car plusieurs pathologies peuvent être diagnostiquées au troisième trimestre de la grossesse lors du suivi prénatal.

#### **2.4 Temps mis entre la décision, le départ et l'arrivée de la référence /évacuée au CSREF Commune V.**

Ce paramètre temps n'a pas été évalué dans 74% des cas entre la décision et le départ et 82% des cas entre le départ et l'arrivée.

Ce paramètre est très important dans la prise de certaines décisions au niveau du CSREF, car le pronostic des évacuées peut en dépendre malgré les moyens de communication (téléphones fixes et mobile en place) et de transport (2 ambulances au niveau du CSREF Commune V) nous avons enregistré 10,1% des évacuations qui ont mis plus d'une heure de temps entre la prise de décision de la référence et le départ. 3% des références/évacuations avaient mis plus de 2 heures de temps pour accéder au CSREF Commune V pour une distance de moins de 10 km. Ce retard peut être lié à plusieurs facteurs :

- Insuffisance ou manque de moyens de communication et ou de transport
- Insuffisance de moyens financiers
- Réticence des patientes et parents.

## **2-5 Les moyens de transport pour la référence ou l'évacuation ;**

Parmi les moyens de transport empruntés dans notre étude seule 9% des femmes ont été transférées par l'ambulance.

11,5% des femmes ont été transférées par des moyens de transport inadéquats (taxi, sotrama, voiture personnelle). Ces conditions de transfert prouvent que les références / évacuations se font dans des mauvaises conditions Ceci est d' autant vrai qu'aucune femme n'avait bénéficié d'un transport médicalisé dans notre série.

Dans 79,5% de cas aucune mention des moyens de provenance au CSREF-CV n'existent.

Au CHU-YO de Ouagadougou il a été retrouvé 38,4% d'évacuation par taxi, 11,6% par véhicule personnel et 3% par mobylette.

12,6% des femmes référées / évacuées venant des structures sanitaires privées n'avaient pas bénéficié de ces moyens de transport et communication que dispose le centre de santé de référence de la commune V. Cela est dû à une méconnaissance du système de la référence, de la notion d'urgence, au manque de personnel qualifié d'où la nécessité d'une collaboration et d'une formation continue du personnel pour assurer une référence évacuation de qualité.

### **3. Le diagnostic retenu au CSREF Commune V :**

Parmi les références/ évacuations 68,8% des cas avaient un motif qui concordait avec le diagnostic retenu au CSREFCV.

Tous les diagnostics retenus nécessitaient une référence /évacuation au CSREFCV.

Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés ont été :

Les bassins pathologiques 12,6%

Les présentations anormales 11,2%

Les utérus cicatriciels associés à d'autres anomalies, les utérus bicatriciels et tricatriciels 10,6%

Thiero M. (20) avait trouvé 14,4% pour les présentations anormales, 13,8% pour les bassins pathologiques et 11,9% pour les D.F.P.

Sankaré I (8) avançait les présentations mal fléchies avec un chiffre de 16,4% et les problèmes funiculaires 14,6%.

Bien que rare la pathologie gynécologique est cependant présente, 72 cas de GEU ont été enregistrés, ce qui prouve que les MST demeure un fléau.

Au CSREFCIV et CSREFCI 25 cas de GEU ont été enregistrés à la fois [18 ;19].

Les hémorragies du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, pendant le travail d'accouchement et dans le post partum immédiat ont représenté 11,8% dont 5% étaient l'hémorragie de la délivrance (chez les patientes qui étaient évacuées après accouchement dans un centre de santé périphérique ou à domicile). Thiero M. [20] a trouvé 8,1% de cas

d'hémorragie de la délivrance. Au C.S.REF.C-I [18]. Il a été enregistré 7,5% d'hémorragies de la délivrance et 6,5% en C.S.REF.C-IV [19] Cela pourrait s'expliquer par une insuffisance de la prévention de l'hémorragie du post partum par le moyen de la GATPA ,au travail d'accouchement prolongé et l'absence de suivi prénatal comme le prouve le tableau N°18 (26% des femmes sans aucune CPN).

#### **4. Prise en charge**

Parmi les références /évacuations au CSREF-CV 49,7% ont accouché par voie naturelle. le taux d'accouchement par voie basse observé au CSREF-CIV [19] était de 46% et 55,4% au CSREF-CI [18]. 27% des femmes référées au CSRCV ont bénéficié d'une césarienne.

Au CSREF-CIV [19] 28,8% des références/évacuées ont bénéficié d'une césarienne et 20,1% de césarienne ont été réalisées au CSEFR-CI [18].

Sankaré I. [8] trouvait en 1996-1998 au CCREF-CV 37,6% de césariennes, 41,2% d'accouchement par voie naturelle .Cette fréquence élevée de la césarienne était due au retard de transfert par manque de moyens de transport et de communication. Au cours de notre étude nous avons constaté une diminution significative de la fréquence de la césarienne en commune CV. Cela grâce aux efforts conjugués d'une part des acteurs (ASACO et agents de Santé du CSREFCV) d'autre part aux moyens de transport et de communication disponibles au CSREFCV .Ces efforts vont dans le cadre de la sensibilisation au niveau de la population en respectant la pyramide sanitaire ; les réunions dans les quartiers et la sensibilisation des femmes venant directement au CSRESCV.

Dans notre étude les extractions instrumentales (forceps) ont été

pratiquées dans 2,5% des cas.

0,5% d'extraction par forceps a été observée au CSREF-CIV, 6,8% au CSREF-CI [18] et 6,9% dans l'étude de SanKaré I [8.]

Nous avons eu recours aux manœuvres d'extraction dans 6,4% des cas : dont 3,4% par manœuvre de Mauriceau, 2,4% par manœuvre de bracht et 0,6% de version par manœuvre interne dans notre etude.

Toutes les femmes référées / évacuées pour suspicion de G.E.U chez qui le diagnostic a été confirmé ont bénéficié d'une laparotomie avec salpingectomie totale de la partie atteinte soit une proportion de 9,5%.

Au CSREF-CIV il a été enregistré 6,9% de laparotomie pour GEU ; 5,7% de cas au CSRF-CI.

La référence/évacuation pour rupture utérine à concerné 1,1% de cas elles ont bénéficié d'une hystérorraphie. Le taux de ruptures utérines relativement faible dans notre étude s'expliquerait par la justesse des diagnostics dans la majorité des cas et la prise en charge précoce des ces rupture utérines. Il a été observé 0,8 au CSREFCIV [19] et 2% au CSREFCI [18].

Les médicaments généralement utilisés pour la prise en charge de certaines pathologies (HDD, MAP, HTA, paludisme et grossesse) ont été :

- les utero- toniques
- les tocolytiques
- les antispasmodiques
- les antibiotiques
- Les antipalustres
- Les anti pyretiques.

## **5. Evolution :**

Dans 83,26% des cas les suites ont été simples. Des complications ont été observées chez 11,2% des femmes.

L'infection a été la plus fréquente des complications avec 54,3%.

IL s'agissait de : la suppuration pariétale avec 34% (après intervention chirurgicale) et de l'endométrite 22%.

Le paludisme et l'anémie ont compliqué les suites de couche respectivement dans 18% et 17% des cas. La prédominance de l'infection pourrait s'expliquer d'une part par le retard à l'évacuation au niveau périphérique chez des parturientes en travail pendant de longues heures et ayant rompu les membranes depuis plus de 6 heures de temps ; et d'autre part aux conditions d'hygiène précaires chez la plupart de nos patientes et dans nos structures de soins.

Sankaré I [8] a trouvé dans ce même centre 11,5% de suites de couche compliquées. IL a lié ce résultat au séjour de certaines parturientes dans un ou plusieurs CSCOM avant leur admission au CSREFCV.

L'anémie a été consécutive à une hémorragie de la délivrance dans 6% des cas, à l'HRP, au PP dans 3% et à une infection dans 7%. Les complications liées à l'hémorragie pourraient être diminuées si des gestes simples tels que la prise d'une voie veineuse, le groupage rhésus sont effectués au niveau périphérique.

Dans 5,07% des cas aucune mention n'avait été faite dans les dossiers du post partum.

## **6 .Pronostic foetal**

Le pronostic foetal est fonction de la pathologie associée à la grossesse et de l'évolution de l'accouchement. Sur 753 femmes référées ou évacuées vers le service de gynécologie et d'obstétrique du CSREFCV, 38 femmes avaient déjà accouché en périphérie. 83,5% des nouveaux-nés ont eu un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 avant la 5<sup>em</sup> minute.

Nous avons enregistré 3,2% de mort nés et 3% de décès néonatal précoce. Les circonstances de cette mortinaissance ont été : la SFA (36,8%), l'HRP (15,78%) et l'Eclampsie (10,5%).

Sankaré I [8] rapportait 7,3% de mort nés dans son étude qu'il a lié au retard de transfert, de la prise en charge et de l'insuffisance des moyens de référence. A la CHU-YO de Ouagadougou il a été retrouvé 1 mort né sur 4 naissances. Un taux de mortinatalité a été constaté respectivement au CSRF CI et IV avec 8,6% et 8,3%. Les circonstances de cette mortinaissance ont été des urgences qui demandaient en général une prise en charge rapide.

## **7. La référence des nouveaux-nés à la néonatalogie :**

10,3 % des nouveaux-nés ont été référés vivants à la néonatalogie. Les motifs les plus fréquents de leur référence ont été : la souffrance néonatale (41%), la prématurité (26%) l'infection néonatale (18%). Ces différents motifs de référence en néonatalogie pourraient s'expliquer d'une part par un retard de la référence vers le CSREF-CV et d'autre part du fait que certaines patientes même référées/évacuées pour le CSREF-CV préfèrent transiter par leur domicile d'abord. Thiero M. [20]

avait enregistré (37,5%) de nouveaux-nés réanimés après accouchement. Sankaré I. [8] a trouvé les mêmes motifs de référence/évacuation des nouveau-nés en néonatalogie avec un taux global de 21,5%. Une unité de néonatalogie bien équipée au niveau du CSREFCV permettra de diminuer le taux de référence des nouveaux-nés et d'améliorer le pronostic vital foetal.

#### **8. Pronostic maternel :**

La mortalité maternelle représente une des premières causes de décès, chez les femmes en âge de procréer [11]. Le Centre de Santé de Référence de la Commune V a enregistré 17 décès maternels dont 10 décès par hémorragie du post partum immédiat avec un décès par suite de C.I.V.D. L'hémorragie a constitué la 1<sup>ère</sup> cause de décès maternel au C.S.Ref.C-V du District de Bamako soit 216,6% pour 100 000 naissances vivantes. Le C.S.R.C-IV [19] a enregistré 18 décès maternels sur la totalité des parturientes référées/évacuées avec 11 cas de décès par suite d'hémorragie dans le post partum immédiat soit un taux de mortalité maternel : 229,4 pour 100 000 naissances vivantes.

Le C.S.Ref-CI [18] a trouvé la même cause de décès maternel par hémorragie avec 6 cas sur un total de 11 décès soit un taux de mortalité maternelle 239,6 pour 100000 naissances vivantes.

Au CHU – YO de Ouagadougou il a été enregistré 1 décès maternel chez 19 femmes évacuées soit 5,26%. Cependant, le centre de santé de référence (Home I) Cotonou a rapporté un taux de mortalité maternel égale à 543,8 pour 100 000 naissances vivantes.

Thiero M [20] a trouvé comme 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle, le choc septique après intervention chirurgicale dans 50% des cas. La

plupart de nos décès étaient liés à la non disponibilité du sang ;à l'absence d'une unité de réanimation, à l'insuffisance de personnel qualifié et au retard à l'évacuation/référence.

Les mauvaises conditions de référence/Evacuation [pas de prise de voix veineuse et le mauvais suivi prénatal (même pas de groupage sanguin)] ont contribué aux décès de certaines patientes.

## **Obstacles à la référence :**

Le système de référence évacuation en commun v se heurte à un certain nombre de problèmes.

1- L'absence de moyens de communication (téléphone fixe) au niveau de certains CSCOM (Asacoda et Asacoga).

2 La difficulté de faire fonctionner le téléphone mobile au niveau de certains CSCOM .Car le montant de la facture du téléphone est élevé pour l'ASACO .Pour le téléphone mobile la carte de recharge réservée était épuisée avant le délai prévu

3- La référence évacuation des femmes avec dossier incomplet ou sans dossier et le manque de précision du caractère urgent au cours du transfert sont justifiés par l'insuffisance du personnel qualifié

4- Le faible taux d'adhésion (inférieur à 20% dans toutes les ASACO) aux ASACO

5- L'absence d'une caisse de solidarité fonctionnelle dans les ASACO.

Le faible taux d'adhésion et l'absence d'une caisse de solidarité prouvent que la sensibilisation au sein de nos populations reste à encourager. La tenue régulière des AG ; l'animation sur les médias de proximité, sketches restent encore des moyens efficaces afin d'améliorer ces résultats

## **Conclusion et recommandations**

Cette étude rétrospective a eu pour cadre la maternité du centre de santé de référence de la commune V. (qui est un centre de référence d'excellence en matière de santé maternelle et infantile).

Au terme de cette étude il ressort que :

Le taux de fréquence de la référence/évacuation est élevé (10,4%) au CSREFCV. Le système de référence/évacuation est désorganisé car nous avons constaté que :

-Seuls 9% des femmes ont été admises par l'ambulance après alerte (téléphone) par les CSCOM. Toutes ces femmes ont mis au maximum 45 minutes pour accéder à la maternité du centre de santé de référence de la commune

- 29% des femmes ont été admises à la maternité avec un dossier incomplet.

-12,6% des femmes référées/évacuées ont été admises par d'autres moyens de transports (taxi, voiture personnelle...) dont 3% ont mis plus d'une heure 20 minutes pour arriver à la maternité .Des mesures sont prises pour améliorer ce système il s'agit :

-La disponibilité d'une ambulance équipée et d'un téléphone portable avec le chauffeur de l'ambulance.

-la formation du personnel de santé.

-la supervision est faite 2 fois par semaine dans les différents CSCOM de la commune V .

Cependant certaines difficultés persistent et les recommandations qui suivent sont relatives à ces difficultés.

**Au niveau du personnel de la santé des CSCOM et des structures sanitaires privées :**

- Formation du personnel de santé pour la maîtrise de la bonne tenue des documents de références/évacuations notamment le partogramme.
- Appliquer les normes et procédures de la référence en référant les cas à risque et cela dans les délais conformes.
- Référer les patientes à risque dépistées lors du suivi prénatal.
- Exiger la réalisation du groupage rhésus lors du suivi prénatal.
- Effectuer les gestes simples mais utiles comme la prise de la voie veineuse sûre avant toute évacuation pour hémorragie.
- Assurer un transport médicalisé.
- Alerter le Centre de Santé de Référence en utilisant les moyens de communication dont on dispose pour mobiliser l'ambulance et notifier tout cela sur la fiche de référence.
- Banir les références verbales.

**Aux responsables des associations de santé communautaires et leaders d'opinion :**

- Sensibiliser les populations pour qu'elles consultent dans les CSCOM relevant de leur aire de santé en vue de leur adhésion au système.
- Œuvrer pour la bonne gestion des ressources des ASACO.
- Rendre opérationnel la caisse de solidarité au niveau des ASACO.

**Au niveau des autorités de tutelle du Centre de Santé de  
Référence de la Commune V :**

- Agrandir l'unité de gynécologie et d'obstétrique du service pour augmenter sa capacité d'accueil car les références /évacuations viennent de toutes les communes du district voire même de l'intérieur du Mali (Ouelessebougou, Baguinéda, Kati, HGT)
- Equiper la maternité en appareil cardiotocographe
- Améliorer le système de retro information entre le CSREF-CV et les différents centres de santé communautaires.

Meilleure tenue des dossiers et registres d accouchement.

- Agrandir et équiper les services de la pédiatrie et de néonatalogie pour faciliter la prise en charge des nouveaux nés au sein du CSREF-CV.

Formation du Personnel

- Doter le centre d'un service de réanimation en vue d'améliorer la prise en charge de certaines complications causant les décès maternels (CIVD, embolie pulmonaire...)

- Equiper l'ambulance en bouteille d'oxygène et en médicaments.
- Diminuer le coût de la facture du téléphone fixe au sein des CSCOM.

Impliquer les promoteurs d'agents sanitaires privés dans le système de référence/ évacuation.

**A la population :**

- Fréquenter les CPN et les consultations post natales
- Eviter les accouchements à domicile.
- Adopter les méthodes de contraception et promouvoir l'espacement des naissances pour un meilleur état de santé de la mère et de l'enfant.
- Adhérer à la caisse de solidarité.

Toutes ces stratégies pourront diminuer le nombre des références/ évacuations et permettre un bon pronostic maternel ou foetal dans les années à venir.

## REFERENCES

- 1 **Berland M** : Le choc en obstétrique. Enc Med chir Paris obst. 1980 ; 65 :082- 10A.
  
- 2 **Bohoussou KM et Collaborateurs** : Grossesse et adolescence Afr. Med. 1982 ; 21(201) :359-362.
  
- 3 **Camara S** : Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'études. Thèse de Médecine Abidjan 1986 ; 714.
  
- 4 **Coulau JC et Zan V**: Hématome retro placentaire ou DPPNI en pratique Chirurgicale (Paris France) Obstétrique 1995 ; 5071 :106A.
  
- 5- **Correa et Collaborateurs** : Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique Dakar Afrique Médicale 1981 ; 20(189) : 215 – 221.
  
- 6-**Diarra O** : Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse Médecine Bamako 2000 ; 117 :80.
  
- 7-**Fernandez H** : Hémorragies graves en obstétrique: 35<sup>ème</sup> congrès national d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation. Paris, Masson, 1993 ; 511-529.
  
- 8- **Ibrahim Sankaré** : Evaluation de la référence /évacuation au CSREF Commune V au service de gynéco-obstétrique. These Med Bamako 2001 ;39 : 92 .

- 9- Keita S** : Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Point G de 1991 à 2001 ; Thèse de Médecine Bamako 2003 ; 47 :99.
- 10-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.
- 11-M.C carthy I and Maine D** : A Framewok for analysing the determinant of maternal mortality studies in family planning 1992; Vol 231: 23 – 33.
- 12- Organisation mondiale de la santé ; Genève 1997 ;**  
»Coverage of maternal care = A listing of available information, fourth edition"
- 13- Prual A** : Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999 ; volume 11 : 2.
- 14- Pelage JP et collaborateurs** : Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle. Gynéco-obstétrique, Biologie Reproduction 1999; 28: 55-61.
- 15- Suzanne Fy et collaborateurs:** Hémorragies obstétricales grâves (du post-partum immédiat)  
Encyclopédie Médecine chirurgicale.  
Précis d'obstétrique 1982 ; 10- 12- S103A.

- 16- Le système de référence/ contre référence de l'hôpital de mère de l'enfant Lagune (Homel) de Cotonou : R.X, PERRIN, G.D, KOMONGUI, T. DOGUE, K. GBEDEZE, S, A. GBAN GBADE**  
Congres de Cotonou, édition 2004
- 17- Sangaret M et Collaborateur : Problèmes obstétricaux d'urgence au CHU de Treicheville. Med 1974 ; 3 : 137-145.**
- 18- Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune I . archives 2004**
- 19- Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune IV. archives 2004**
- 20- Thiero M : Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré thèse de Médecine Bamako 1995 ; 17 .**
- 21- Traoré A F : Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd BAMAKO 1989 ; 46.**
- 22- Koné S : Etude de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerpéralité dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital régional de Ségou de janvier 1993 à Décembre 1998. Thèse médecine Bamako 1999 ; 63.**

# SERMENT D'HYPOCRATE

**E**n présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hypocrate, 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.

**J**e 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.

**A**dmis 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.

**J**e 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.

**J**e garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

**R**espectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

**Q**ue les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

# CHAPITRE VIII

## ANNEXES

# SOMMAIRE

# CHAPITRE III

# METHODOLOGIE

# CHAPITRE I

## INTRODUCTION

# CHAPITRE II

# GENERALITES

# CHAPITRE IV

# RESULTATS

CHAPITRE V

COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSION

DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS

# CHAPITRE VII

# REFERENCES

CHAPITRE VI

CONCLUSION  
ET  
RECOMMANDATIONS

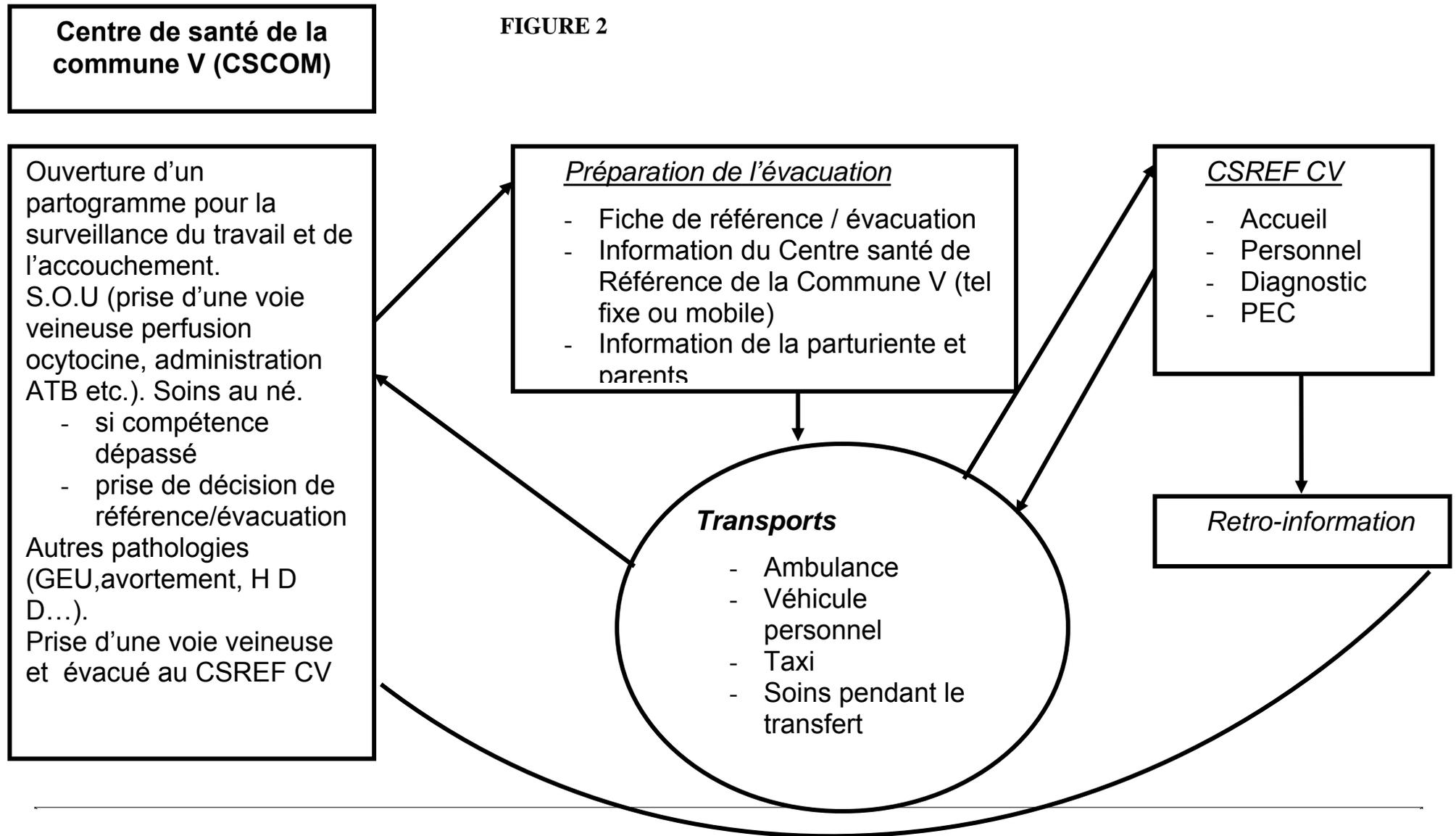
Aux  
Honorables  
Membres du Jury







FIGURE 2



## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ASACO</b>	: Association de santé Communautaire
<b>BDCF</b>	: Bruits du cœur foetal
<b>CSREF</b>	: Centre de santé de Référence
<b>CSCOM</b>	: Centre de santé Communautaire
<b>C P N</b>	: Consultations prénatales
<b>CSP</b>	: Centre de santé périphérique
<b>DFP</b>	: Disporpotion foeto pelvienne
<b>DCD</b>	: Décédée
<b>EDS</b>	: Enquête démographique et de Santé
<b>FELASCOM</b>	: Fédération locale des Associations de Santé Communautaires
<b>GATPA</b>	: Gestion active de la troisième période d'accouchement
<b>GEU</b>	: Grossesse extra utérine
<b>GIU</b>	: Grossesse intra utérine
<b>HUE</b>	: Hauteur utérine excessive
<b>HDD</b>	: Hémorragie de la délivrance
<b>HRP</b>	: Hématome retro placentaire
<b>HU</b>	: Hauteur utérine
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>HGT</b>	: Hôpital Gabriel TOURE
<b>PDE</b>	: Poche des eaux
<b>PP</b>	: Placenta praevia
<b>SF</b>	: Souffrance fœtale
<b>TA</b>	: Tension artérielle
<b>RPM</b>	: Rupture prématurée des membranes
<b>ATCD</b>	: Antécédents
<b>CAT</b>	: Conduite à tenir
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé

### **Historique du CSREF-CV :**

Depuis 1982 fût crée le centre sanitaire de la commune V. La carte sanitaire de cette commune a été élaborée pour 10 aires (CSCOM) 9 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré en 1993 en centre de santé de référence de la commune V ce système de référence en commune V a pu démarrer grâce à la disponibilité d'un kit opératoire au sein du centre de santé de référence de la commune V.

Le centre de santé de référence de la commune V attend en moyenne 300 urgences obstétricales (GEU, césarienne) par an pour une population de 230.477 habitants avec 5% de la population théoriquement enceintes.

Le nombre de césarienne en 2001 = 1043 pour 14.680 accouchements, avec un rapport de 1043

$$\frac{\text{-----}}{14.680} \times 100 = 7,10\%$$

La distance moyenne à parcourir en aller et retour du centre de santé de référence aux CSCOM = 10 km.

Total des malades opérées en urgences (2001) = 1474

NB : le déficit lié au non renouvellement de coût s'élève à 2.227.800 f pour l'année 2001. Ce n'est qu'en 2002 que le cadre conceptuel a été validé et composé des CSCOM de la commune V, de la Mairie et du centre de santé de référence de la commune V.

La contribution financière des différentes composantes du cadre conceptuel pour la mise en place du système et de son entretien.

**Mairie (Etat) :**

1	Moyen de communication :.....	5.784.900 F
2	Moyen de transfert : .....	10.000.000 F
3	P.E.C :.....	13.327.250 F
4	Total :.....	<b>29.112.150 F</b>

**Centre Santé de Référence de la Commune V :**

Moyen de transport :..... 270.0000 F

Prise en charge :

Coût variable :  $24.275 \times 300$  parturientes = 7.282.500

Coût fixe :  $70.500 \times 12 = 846.600$

Le nombre de parturientes n'ayant pas payé (10% de l'ensemble des parturientes) :  $30 \times 13.250 = 397.500$  suivi des parturientes.

Imprimeries :  $600 \times 300 = 180.000$  F

Total :  $2.282.500 + 84.600 + 397.500 + 180.000 = 8.705.500$  F/an.

Le centre de référence contribue à concurrence pour une césarienne qui se composé comme suit :

**KIT D'URGENCE CESARIENNE**

- Sérum glucosé.....5% 500ml .....	1 fl	490 F
- Sérum salé.....9% 500ml.....	2 fl	980 F
- Perfuseur.....	1	170 F
- Catheter n°18.....	1	360 F
- Gants N°7 et 1/2.....	3 P	1350 F
- Ampicilline injectable 1g.....	4 fl	640 F
- Seringue 10cc.....	8	440 F
- Sonde de folley (n°16) + poche urinaire.....	1	1500 F
- Sparadrap .....	½	350 F
- 4 fils : vicryl n°1.....	2	4600 F
- Vicryl n°2.....	2	4600 F
- Compresse 40x40.....	2 bd	2100 F
- Oxytocine .....	3	540 F
- Betadine dermique.....	1 fl	900 F
<b><u>Total</u></b> .....		<b>: 19.020 F</b>

**Kit d'urgence G.E.U**

En dehors de l'oxytocine, ce même kit d'urgence est utilisé en cas de laparotomie pour une salpingectomie soit un coût de **18 480 F**

**ASACO :**

Tel :  $14.050 + 155.000 + 4.300 = 173.350$  F

Patiente : pour un cas de césarienne les parents de la patiente auront supporté.

Ordonnance : 28.945 F

Restauration : 5.000 F pour 5 jours et d'hospitalisation

Déplacement : 1.000 F

Intervention : 30.000 F

Total : 64.945 F

NB : Dans le souci de disposer d'un fond permanent pour faciliter la prise en charge et assurer les frais de transport en cas de référence/ évacuation. Les ASACO avaient tenté de mettre en place une caisse de solidarité ,en procédant à la vente d'une carte de solidarité et une carte d'adhésion au sein de leurs secteurs.

**Une politique de mise en place d'une caisse de solidarité**

Au niveau des ASACO, il existe un bureau de 22 membres chargé de sensibiliser la population pour mettre en place une caisse de solidarité.

Pour cela une carte solidarité et une carte d'adhésion ont été élaboré.

Les deux cartes sont disponibles au niveau des CSCOM à un prix de 500 f CFA par carte.

Elles permettent au titulaire de bénéficier à demi tarif les consultations

et soins au niveau du CSCOM.

### **La carte de solidarité :**

C'est une carte réservée uniquement aux femmes enceintes, elle est renouvelable après accouchement. Elle assure les frais de transport après une décision de référence/évacuation au centre de santé de référence de la commune et contribue au partage de coût en cas d'intervention chirurgicale (césarienne) cette caisse de solidarité a été mise en place en 2003 avec 124 membres soit 1% de la population (20.959 habitants). Pour sa mise en place les membres du bureau se déplaçaient de porte en porte, par la suite il a été constaté que le rendement était faible par rapport au nombre de carte vendue, d'où le freinage de la vente de carte pendant l'année 2004. Une nouvelle politique de vente de carte a été mise en place au début 2005, cela constituer d'abord au dépôt des cartes au niveau des CSCOM et la sensibilisation des femmes pour qu'elles achètent la carte lors des CPN et des vaccinations./.

### **La carte d'adhésion :**

Elle est permise à tout chef de famille du secteur, utilisable par tout les membres de famille inscrit sur la carte d'adhésion disponible depuis 1996 (ASACSABI) avec 168 adhérent soit 0,8% renouvelable tous les 3 ans.

Dans le souci d'augmenter au membre d'adhérent, les membres du bureau avaient décidé de mener une campagne de sensibilisation lors des regroupements (mariages, baptêmes etc....) dans les quartiers du

secteur.

Elle reste disponible au niveau de CSCOM et renouvelable tout les ans.

Cette sensibilisation a permis une augmentation de 0,8% à 1,3% soit 277 adhérents sur 20.959 habitants./.

### **Dans le cadre du bon fonctionnement du système de référence/évacuation au sein de la commune V :**

**L'article 11** : de l'arrêté interministériel n°5092 du 25 avril 1994 a décidé que le CSCOM doit être géré par les instances de l'association de santé communautaire.

L'association de santé communautaire deux fois par an se réunit en conseil de gestion en relation avec les instances de référence.

### **Les éléments de la référence :**

1. Préparation de l'urgence obstétricale par le centre qui réfère.
2. Moyens d'acheminement des patientes référées.
3. accueil de l'urgence à la maternité de référence.

### **Conditions d'une bonne référence :**

#### **1. Préparation adéquate :**

#### **❖ existence d'une fiche de transfert :**

- 4 Température, TA, HU, BDCF, TV
- 5 Premiers soins d'urgence
- 6 Type d'agent qui a référé
- 7 Cause de la référence
- 8 Diagnostic écrit

❖ **Alerte du centre de référence :**

9 Téléphone fixe ou mobile

2. **Acheminement approprié :**

❖ **Disponibilité du moyen de transfert :**

10 Accompagnement du référée par un personnel de santé

11 Type de soins fournis au cours du transfert

**Idéal** : Transfert médicalisé

**3. Accueil de l'urgence à la maternité de référence :**

- ❖ Personnel chargé de l'accueil
- ❖ Diagnostic posé à l'arrivée
- ❖ Administration des soins

Principe de la trousse d'urgence

**Ces conditions sont remplies par :**

- 1 Utilisation d'une fiche de référence standardisée
- 2 Transport médicalisé
- 3 Mise en œuvre de protocoles de service/ordinogrammes
- 4 Communication entre les centres effectivités à la retro-information

Ce mécanisme de la référence/évacuation est résumé par le schéma suivant :

Figure 2

## Fiche Signalitique

**Titre : La référence /évaluation gynéco – obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.**

**Auteur :** Abdoulaye Boubacar COULIBALY

**Année :** 2004

**Ville de soutenance :** BAMAKO

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque FMPOS

**Secteur d'intérêt :** Gynéco – obstétrique

**Résumé :** Les évacuations sanitaires d'urgences obstétricales constituent non seulement un problème médical mais aussi de santé publique. Dans le cadre de notre étude nous avons trouvé 753 cas de références/ évacuations venant de différents centres de santé de la Commune V . Les femmes référées ou évacuées sont âgées en majorité de 18 – 35 ans soit 68,2% et 19,3% de moins de 18 ans. Le préjudice psychologique n'est pas négligeable.

Les conditions dans lesquelles se font ces évacuations ne sont pas satisfaisantes

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés sont :

- 1 Les hémorragies 16,3°/°
- 2 La dilatation stationnaire 13,5
- 3 Utérus cicatriciel = 10,6%
- 4 HTA / sur grossesse 8%

Le taux d' accouchement par voie naturelle a été de 49,7% .

Nous avons pratiqué une intervention chirurgicale chez 282 femmes dont 201 césariennes soit (27%),

9,5% des patientes avaient bénéficié d'une salpingéctomie pour GEU. 1,1 % d' hystérorraphie a été pratiqué au CSRCV pour rupture utérine.

Le nombre de décès maternel enregistré au CSRCV a été de 216,6 pour 100 000 naissances vivantes .

10,3% des nouveaux nés ont été référés à la néonatalogie après réanimation

3,2% de mortinaissance ont été enregistrés au CSRFCV au cours de notre étude.

**Mots clés :**

**Référence, évacuation**

# Dédicaces

Je dédie ce travail :

- **A la mémoire de mon père : feu Boubacar Coulibaly**

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.

Dors en paix .

- **A ma mère: Fatoumata G Maiga**

Femme soumise,

Femme courageuse,

Femme 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 Grands frères et Grandes sœurs**

Votre soutien moral et financier a été d'un immense service pour moi.

Recevez ici toute ma sympathie.

- **Ames petites sœurs** : Nema Coulibaly , Adama Coulibaly et Zeneba Coulibaly

Avec toute ma tendresse indéfectible et ma reconnaissance ; votre caractère et surtout votre compréhension demeureront pour moi le grand réconfort.

Ce travail et le votre.

- **A mes neuves et nièces** : ce modeste travail pour vous témoigner mon affection et mon profond attachement. Ce travail et le votre

## Remerciements

Mes sincères remerciements vont :

- **A la famille Coulibaly** : Yagari Coulibaly ,Cheik O. Coulibaly
- **A la famille Maïga** :Seydou Maïga , Oureymatou Maïga
- **A la famille Bagagoko** : Ckeik Bagagoko
- **A la famille Denté** : Bourlaye Denté ; Souleymane Denté

Votre appui ne m'a en aucun moment fait défaut.

- **A Dr N'Diaye Hawa Thiam ,A Dr Koné Idrissa**
- **A Dr Thiero Daouda ,A Mr Traoré Sadio, A Mr Amadou Cissé.**

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

**A mes 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 resserre d'avantage nos liens amicaux, car l'union fait la force.

- **A mes aînés et collègues au CSREF CV** : Dr Traoré Soumana, Dr Traoré Oumar, Dr Sissoko Sara, Moune Koné, Bekaye Traoré Seba Konaté , Abdoulaye A Maïga Blaise Diarra. Rokia Goité

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

- **A toutes les sage femmes** :

Pour les conseils précieux. Soyez assurez de ma reconnaissance.

- **A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune V.**
- **A toute ma promotion**
- **A tous les Professeurs de la Faculté de Médecine.**
- **A tous les internes collègues au CSREF CV**
- **A tout le personnel de L'ASACOSAB I et de la clinique**

Kalaban

**A notre Maître et Président du Jury**

**Pr Salif DIAKITE**

**Maître de conférence en Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.**

**Gynécologue accoucheur au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE.**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ce modeste travail qui nous est agréable de soumettre à votre appréciation.

Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la gynéco- obstétrique.

Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

## **A notre Maître et Juge**

***Docteur Niani MOUNKORO***

**Assistant chef de clinique de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali.**

Votre connaissance a été une grande chance pour nous.

Votre franche collaboration a été un grand secours pour nous.

Les mots nous manquent pour vous exprimer nos sincères remerciements.

## **A notre Maître et Juge**

***Docteur Oumar M TRAORE***

***Gynécologue Obstétricien au CSREF CV***

Votre connaissance a été une grande chance pour nous.

Vous n'avez cessé de nous soutenir moralement et financièrement.

Votre franche collaboration a été un grand secours pour nous.

Les mots nous manquent pour vous exprimer nos sincères remerciements.

## **A notre Maître et Directeur de Thèse**

***Professeur Mamadou TRAORE***

***Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique***

***Secrétaire Général adjoint de la SAGO***

***Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.***

***Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V***

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et apporté toutes les corrections nécessaires.

Vous êtes resté toujours disponible et c'est le moment de vous rendre cet hommage mérité.

Le sens très élevé du devoir, l'amour du bien fait, l'amitié profonde pour vos collaborateurs et élèves ont forcé notre estime et admiration.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre reconnaissance éternelle.