

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

Scientifique



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (U.S.T.T.B)**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014 - 2015

N°/

Thèse

**LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES :
PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le...../..../2015

devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Monsieur COULIBALY Amadou Ibrahima S.

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

Président : Professeur DIARRA Issa



Directeur : Professeur MOUNKORO Niani

Membre : Docteur THERA Tioukani Augustin

Co-directeur : Docteur TRAORE Soumana Oumar

DEDICACES

A mon cher père Ibrahima S :

A celui qui m'a aidé à découvrir le « savoir » trésor inépuisable.

De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Tu as été et seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

Ce travail est ton œuvre, toi qui m'as donné tant de choses et tu continues à le faire sans jamais te plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins que ce mémoire y contribuera en partie.

A ma très chère mère Mariétou Konaté :

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

A la personne qui m'a tout donné sans compter.

Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

Sans toi je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.

Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail, le témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect.

Puisse Dieu le Tout Puissant te protéger du mal et te procurer une longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime maman.

A mon oncle Belco Maïga et ma tante Kadiatou Samballa Diallo :

Parce qu'il est impossible de trouver les mots qui peuvent exprimer ma considération et ma reconnaissance pour vous.

Je vous dédie ce travail en reconnaissance du soutien que vous m'avez apporté depuis mon premier jour à Bamako, de tous les sacrifices que vous vous êtes imposés pour assurer ma vie estudiantine, de votre tolérance et de votre bonté exceptionnelle.

Vous resterez pour moi le symbole d'un humanisme idéal.

Puisse Dieu le Tout Puissant vous donner santé, bonheur, et longue vie afin que je puisse un jour vous rendre ne serait ce qu'un peu de ce que vous avez fait pour moi.

A mes frères et sœurs :

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.

Puisse nos fraternels liens se pérenniser et se consolider encore.

A mes adorables cousins et cousines :

Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie, pleine de réussite de santé et de bonheur.

A mes amis et collègues Bory Traore, Souleymane Diallo et Mahamadou Kanté:

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent.

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et de mes secrets.

Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

REMERCIEMENTS

A mes chers maîtres formateurs :

Dr Traoré OM, Dr Traoré S.O, Dr Silimana Fanta, Dr Sissoko Hamady, Dr Hamidou Albachar.

Merci chers maîtres pour l'enseignement de qualité et vos conseils qui nous accompagneront durant toute notre carrière.

A mes amis Médecins et internes :

Belco Tamboura, Gabriel Sangaré, Saleck Doumbia, Aly B. Traoré, Harouna Diané, Madigata Doucara, Aly Coulibaly, Idrissa Danioko, Diakité Alassane et équipe, Tiemoko Diakité et équipe, Kokena Oumar et équipe, Michel Sossa et équipe, Cheick Doumbia ; pour moi vous êtes comme des frères, recevez chers amis, mes salutations, les meilleures.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

A tous les enseignants de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie.

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur ISSA DIARRA

- **Colonel major de l'armée malienne**
- **Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Chef du département de gynécologie obstétrique du CHU Mère-enfant le Luxembourg**
- **Ancien haut fonctionnaire de défense au ministère de la santé**
- **Ancien directeur central du service de santé des armées**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**

CHER MAÎTRE

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que vos qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maître admirable.

Recevez ici, cher maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur NIANI MOUNKORO

- **Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Chef de service d'obstétrique au CHU Gabriel Touré**
- **Formateur National en Soins Après Avortement**
- **Point Focal National en Soins Après Avortement**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**

CHER MAÎTRE

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, votre rigueur, la qualité de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience.

Nous vous prions cher maître d'accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur THERA TIOUNKANI AUGUSTIN

- Maître Assistant de gynécologie obstétrique à la FMOS

- Chef du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G

**- Ancien chef du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianakoro
Fomba de Ségou**

CHER MAÎTRE

Nous vous remercions pour la spontanéité et la simplicité avec les quelles vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous espérons être dignes de votre confiance et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur TRAORE SOUMANA OUMAR

-Gynécologue-obstétricien au CSRéf CV

-Certifié formateur du programme GESTA International

-Animateur des activités d'audits de décès maternels au CSRéf CV

-Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son rôle dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le district de Bamako, délivrée par le gouverneur du dit district en 2009.

CHER MAÎTRE

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

Votre bonté, votre modestie, votre courtoisie, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et notre profond respect.

Nous vous remercions sincèrement pour votre rôle déterminant dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et de notre profonde admiration.

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|----------------|--|
| AFA : | Asphyxie Fœtale Aiguë |
| ASACO : | Association de Santé Communautaire |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CNTS : | Centre National de Transfusion sanguine |
| CPN : | Consultation prénatale |
| C V : | Commune V |
| CSCom : | Centre de Santé Communautaire |
| CSRéf : | Centre de Santé de Référence |
| EDSM : | Enquête Démographique et de Santé du Mali |
| g: | Gramme |
| GESTA : | Gestion du Travail et de l'Accouchement |
| HTA : | Hypertension artérielle |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| USAC : | Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils |
| % : | Pourcentage |

SOMMAIRE

| | | |
|--------------|-----------------------------------|--------------|
| I. | INTRODUCTION | 2-3 |
| II. | OBJECTIFS | 5 |
| III. | GENERALITES | 7-25 |
| IV. | METHODOLOGIE | 27-33 |
| V. | RESULTATS | 35-47 |
| VI. | COMMENTAIRES ET DISCUSSION | 49-54 |
| VII. | CONCLUSION | 56 |
| VIII. | RECOMMANDATIONS | 58 |
| IX. | REFERENCES | 60-62 |
| X. | ANNEXES | 64-68 |

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

La mortalité maternelle et périnatale constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en voie développement où surviennent 99% des décès maternels et périnataux [1].

Avec un taux de mortalité maternelle estimé à 1020 décès pour 100.000 naissances vivantes, l'Afrique occidentale représente la région la plus touchée par ce fléau [2].

Selon l'EDSM V 2012-2013 (enquête démographique et de santé du Mali), le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100.000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale est de 34 pour 1000.

En Afrique intertropicale plusieurs facteurs aggravant le pronostic obstétrical ont été identifiés dont :

- La faible utilisation des services de santé de reproduction qui contribue à maintenir un niveau élevé de morbidité et de mortalité maternelle et infantile,
- La mauvaise qualité des consultations prénatales,
- le retard aux soins,
- les mauvaises conditions d'évacuations [3].

Il est établi qu'une forte proportion des complications obstétricales vitales de la grossesse et de l'accouchement ne peut être ni prévue ou prévenue par les consultations prénatales, ni prise en charge correctement dans un centre de santé de 1er échelon. Lorsque ces complications surviennent le décès ne peut être évité que par une prise en charge en urgence au niveau d'un centre de santé de première référence doté d'un plateau technique humain et matériel lui permettant de prodiguer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et notamment de pratiquer si besoin la transfusion sanguine et la césarienne.

C'est dans cette optique que les autorités sanitaires du Mali ont mis en place un système de référence/évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux en prenant en compte les aspects techniques, organisationnels de

communication logistique et financière pour faciliter l'accès aux soins des populations [3]. L'évacuation sanitaire se caractérise par la nécessité de transfert rapide d'un malade, d'un centre médical vers un autre mieux équipé ou spécialisé [4].

Le but ultime des évacuations sanitaires obstétricales étant de prodiguer en urgence des soins à des parturientes en détresse, soins qu'elles ne pourraient pas bénéficier dans un centre de santé de premier échelon et au vu de l'urgence de la prise en charge des parturientes évacuées.

Notre étude à l'instar des autres menées sur le système de référence /évacuation a pour but non seulement de réactualiser les données mais aussi d'apporter des réponses aux objectifs fixés :

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL :

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

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la prévalence des évacuations sanitaires obstétricales,
- Déterminer le profil sociodémographique des parturientes,
- Préciser le pronostic maternel et périnatal chez les femmes évacuées,
- Formuler des recommandations.

3-HYOTHESE DE RECHERCHE :

- Le pronostic maternel et périnatal est beaucoup plus mauvais chez les femmes évacuées au centre de santé de référence la commune V du district de Bamako.

GENERALITES

III-GENERALITES

Evacuer : Du latin *evacuera*, c'est-à-dire sortir une personne ou un objet de son milieu d'origine pour le transférer dans un autre endroit plus apte à le recevoir [5]. Cette notion rapportée au domaine de la médecine revêt un caractère particulièrement important.

Cette notion traduit que l'acte d'évacuation doit répondre à une nécessité ou à une motivation dont la finalité est de permettre une amélioration des conditions d'existence de la personne concernée. Les implications médico-sociales et la portée économique méritent de profondes réflexions tendant à en déterminer le contenu exact et apporter les solutions qui s'imposent.

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

- Le mauvais suivi prénatal ;
- Insuffisance de la prise en charge dans les centres de santé communautaires ;
- Problème de l'accessibilité géographique des centres de santé de références ;
- Manque de moyen logistique, matériel et financier.

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

Selon MAINE D et COL [6] ; il y'a trois retards :

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

Dans la politique « SANTE ET POPULATION » [7], l'objectif des plus hautes autorités du pays a demeuré et demeure toujours : l'amélioration de l'état de santé des populations, afin qu'elles participent pleinement au développement socio-économique de la patrie. Pour cela le MALI a adopté depuis 1991 une déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Parmi les solutions proposées par cette déclaration ; on retient : la politique de gestion décentralisée du système de santé de cercle.

Le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS. Elle recommande la participation effective et totale des communautés dans la gestion et le financement du système.

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

1^{er} Echelon : est représenté par des centres de santé communautaires (CSCOM), offrant le paquet minimum d'activité(PMA), et géré par les associations de santé communautaires (ASACO) ; composées de déléguées représentant les populations des villages, ou communes d'une aire de santé définie.

2^e Echelon : Représente le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence.

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

A. Physiologie de l'accouchement :

Selon Merger R. et Collaborateurs [8] 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).

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors.

L'expulsion de l'œuf avant le terme de 6 mois est pour le droit Français un avortement. L'accouchement est prématuré s'il se produit avant 37 semaines révolues, soit le 259^{ème} jour d'aménorrhée.

S'il se produit entre le début de la 38^{ème} et la fin de la 42^{ème} semaine, il est dit à terme.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. IL est dystocique dans le cas contraire.

On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- La première période correspond à l'effacement et la dilatation du col ;
- La deuxième à la sortie du fœtus ;
- La troisième à la sortie de ses annexes (placenta et membranes).

Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines).

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

3-1-1- Phénomènes dynamiques :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions synchrones des fibres utérines. La contraction de la fibre de la fibre utérine résulte d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles (actomyosine) grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate en présence d'ions (Na, K, Ca).

La teneur en actomyosine et le rapport actomyosine-myosine augmente au cours de la grossesse et cette évolution, déterminée par l'influence des œstrogènes, rapproche à la fin de la grossesse la fibre utérine de la fibre musculaire striée. La teneur en actomyosine est plus élevée dans la région corporelle que dans le segment inférieur [8].

Les contractions utérines ont pour effet :

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

3-1-2-Phénomènes mécaniques :

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.

Le bassin osseux est composé de :

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs plans et diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. Parmi ces diamètres nous avons essentiellement : les diamètres antéropostérieurs et les diamètres transverses.

Ces diamètres nous permettent de faire le pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne avec l'indice de Magnin (diamètre promonto-retropubien + transverse médian).

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23 ; il est incertain entre 21 et 22, franchement mauvais en dessous.

3-1-3-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 augmentent avec le temps la 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^{ère} 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^{ème} 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^{ème} 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 :

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

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.

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.

Pronostic fœtal : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe.

Le partographe est la feuille sur laquelle figurent toutes les données de la surveillance du travail d'accouchement du début jusqu'à la fin et le partogramme la courbe de dilatation du col utérin. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partographe.

L'obstétricien « aux mains nues » a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques [9] :

- Les contractions utérines ;

- Les modifications du col ;

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

- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique ;

La poche des eaux 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 [5].

- 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 médius introduits dans le plan sagittal entre la tête et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF.

- A ces 4 éléments, il convient d'ajouter un cinquième 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.

3-1-4-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.

B. Les pathologies obstétricales :

3-2-1-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 prævia ou anomalie des parties molles.

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

3-2-2-Les dystocies d'origine fœtale :

-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 M [10] 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.

-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 M, 18% au centre Foch).

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 position 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

-L'asphyxie 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 d'asphyxie fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale.

3-2-3-Dystocies d'origine maternelle :

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

-La dystocie mécanique : 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 et on peut souvent recourir à la radio pelvimétrie.

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

- Celles dont l'état nécessite une césarienne (bassins chirurgicaux) ;
- Celles chez lesquelles l'épreuve du travail est indiquée (bassins limites) ;
- Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse

(bassins normaux).

Pour celles dont l'état nécessite une césarienne et dont le fœtus a un poids normal, deux cas peuvent se présenter :

- Le cas où le promonto-retro pubien est évalué à moins de 8 cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose ;
- Et le cas où 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 :

- La femme doit être en travail ;
- Le col dilaté (3 à 4 cm) ;
- La présentation du sommet ;
- Le poids de fœtus normal ;
- L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col ;
- L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent entraîner des complications aussi bien chez la mère que chez le fœtus.

- **Chez la mère :**

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

- **Chez le fœtus :**

- Souffrance fœtale
- Mort fœtale in utero

- Mortalité néonatale précoce.

3-3-1-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 prævia, l'hématome rétro-placentaire.

3-3-1-1-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 [7].

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 [11].

L'hystérectomie doit être autant que possible inter-annexielle (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.

3-3-1-2-L'hématome rétro-placentaire H.R.P :

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) alors que le fœtus est encore dans l'utérus [12]. 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.

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

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

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.

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

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 [13].

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.

3-3-1-3-Placenta prævia hémorragique(PPH) :

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 corporeale devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse.

Le placenta prævia se manifeste au 3^{ème} trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

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

Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vive, abondante, indolore et inopinée [2].

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 s'il est vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

3-3-1-4-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.

3-3-2-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 prævia.

3-3-3-L'hypertension artérielle et ses complications :

3-3-3-1-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 2 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testés à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et Collaborateurs [8] décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux. L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et hellp syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, une cytolysse et une insuffisance hépatique. L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

3-3-3-2-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 :

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

3-3-4-Thérapeutiques obstétricales :

3-3-4-1-La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. 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 :

- Les présentations dystociques,
- le placenta prævia hémorragique,
- L'hématome rétroplacentaire,
- l'éclampsie et la toxémie gravidique,

- La procidence du cordon battant,
- Disproportion fœto-pelvienne,
- Utérus cicatriciel plus bassin limite,
- Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques,
- L'asphyxie fœtale,
- Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires,
- Le gros fœtus en présentation du siège,
- Présentation du siège chez une primigeste.

3-3-4-2-Le forceps :

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

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

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

3-4-Quelques manœuvres obstétricales :

3-4-1-La manœuvre de Mauriceau :

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

- Fléchir la tête
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en
- avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire

- en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé.

La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus branchial, élongation médullo-bulbaire).

3-4-2-La manœuvre de Bracht :

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

3-4-3-La grande extraction du siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^e 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^{er} temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied : s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Pour le siège décompleté il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^e temps : L'accouchement du siège.

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

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

La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^e et 3^e 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^{ème} 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^{ème} temps particulièrement indiquée.

METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE

4-1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Description du centre de santé de référence de la commune V :

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

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

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

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la

femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

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

-Les services

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

-Les unités:

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie),
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire,
- 3 Unité Imagerie Médicale,
- 4 Unité Médecine Générale,
- 5 Unité Pharmacie,
- 6 Unité Laboratoire,
- 7 Unité Ressources Humaines,
- 8 Unité Système Local d'Information Sanitaire (SLIS),
- 9 Unité Brigade d'Hygiène,
- 10 Unité Néonatalogie,
- 11 Unité Pédiatrie Générale,
- 12 Unité d'Oto-rhino-laryngologie (ORL),
- 13 Unité Tuberculose,
- 14 Unité Lèpre,
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON),
- 16 Unité Consultation Prénatale(CPN),

- 17 Unité Nutrition,
- 18 Unité Suites de Couches,
- 19 Unité du Programme Elargi de Vaccination (PEV)
- 20 Unité Gynécologie,
- 21 Unité Soins Après Avortement (SAA),
- 22 Unité Ophtalmologie,
- 23 Unité Odontostomatologie,
- 24 Unité Planification Familiale (PF),
- 25 Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- 26 Unité de grossesse pathologique.

-Le Personnel du service de gynécologie obstétrique: Il comporte :

- Six (6) médecins spécialisés en gynécologie obstétrique dont un professeur agrégé qui est le médecin chef du centre et chef du service de gynécologie et d'obstétrique.
- Deux médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Des sages femmes,
- Des infirmiers d'état,
- Des infirmières obstétriciennes,
- Des instrumentistes,
- Des aides-soignantes,
- Des chauffeurs d'ambulances,
- Des manœuvres,
- Des gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spécialisée (DES), des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers.

-Fonctionnement :

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

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours.

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

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

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

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

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

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

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

4-2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale et analytique Cas /Témoins (1Cas pour 2 Témoins) effectuée au centre de sante de référence de la commune V.

4-3- Période d'étude :

Notre étude a couvert la période allant du 01 Juillet au 31 décembre 2012 soit 6 mois.

4-4- Population d'étude :

Toutes les patientes admises en salle de travail pendant la période d'étude.

4-5- Echantillon :

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif portant sur les patientes admises en salle d'accouchement.

4-5-1- Taille de l'échantillon :

- Notre étude portait sur 250 Cas et 500 Témoins soit un Cas pour 2 Témoins avec appariement sur l'âge et la parité :

- **Les Cas:** étaient constitués des femmes évacuées.

- **Les Témoins :** concernaient les femmes venues d'elles-mêmes.

4-5-2- Critères de sélection des Témoins :

Les deux premières patientes de même âge et de même parité que le Cas qui les précède suivant l'ordre d'enregistrement dans le registre d'accouchement.

4-5-3- Critères d'inclusion :

- Cas :

Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes ayant accouché au centre de santé de référence de la commune V et dont le mode d'admission était l'évacuation.

- Témoins :

Ont été considérées comme Témoins dans cette étude toutes les femmes ayant accouché au centre de référence de la commune V donc non évacuées.

4-5-4- Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude les patientes évacuées après leur accouchement.

4-6- Collecte des données :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête remplie à partir de:

- Dossiers obstétricaux ;
- Registre d'accouchements ;
- Registre de références/évacuations reçues,
- Registre de césariennes ;
- Registre de référence de nouveau-né ;

- Registre de décès maternels.
- Registre de décès périnataux.

4-7-Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 conformément à la formule applicable à l'étude Cas/Témoins. Le test statistique utilisé était l'Odds Ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (p) a été déterminée avec un risque alpha de 5%. Un $OR < 1$ était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un $OR \geq 2$ était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

4-8-Critères d'appariement :

Nous avons apparié un Cas pour deux Témoins sur l'âge et la parité.

4-9-Définitions opératoires :

- **Parturiente** : femme en travail.

-**Primigeste** : 1 grossesse

-**Paucigeste** : 2 à 3 grossesses

-**Multigeste** : \geq à 4 grossesses

-**Primipare** : 1 accouchement

-**Paucipare** : 2 à 3 accouchements

-**Multipare** : \geq à 4 accouchements

-**Auto référence** : patiente venue d'elle-même.

- **Référence** : C'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence.

- **Evacuation** : C'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation d'urgence.

-**Pronostic maternel**: Nous entendons par pronostic maternel l'issue de la grossesse pour la mère en termes de morbidité et de mortalité.

-Pronostic périnatal: Nous entendons par pronostic périnatal l'issue de la grossesse en termes de morbidité et de mortalité pour le fœtus d'au moins 28 SA et le nouveau-né jusqu'au 7^e jour inclus.

-Césarienne en urgence : Césarienne décidée pendant le travail d'accouchement.

-Mort-né: Nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance (score d'Apgar = 0).

-Apgar morbide : Nouveau-né ayant un score d'Apgar de 1 à 7 aux cinq premières minutes.

RESULTATS

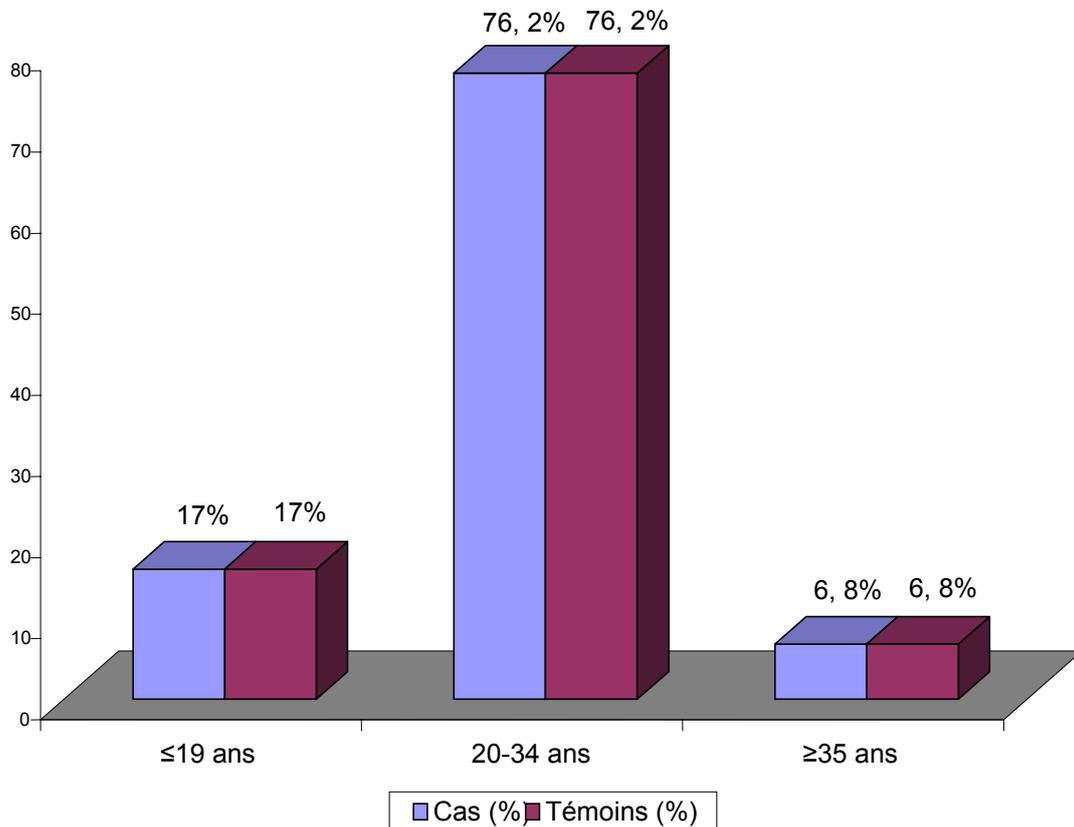
V-RESULTATS

5-1. Prévalence :

Sur 3936 accouchements enregistrés durant la période d'étude, 563 femmes avaient bénéficié du système de référence/évacuation, soit une prévalence de **14,30%**.

5-2. Profil sociodémographique :

5-2-1. Age :



NB : Age moyen=25,93+ /- 6,8ans ;

Agés extrêmes=15 et 44 ans.

Figure 1 : Répartition des femmes selon les tranches d'âges.

5-2-2. Résidence :

Tableau I : Répartition des femmes selon la résidence.

| Résidence | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|-----------------|-------------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Commune V | 150 | 60 | 394 | 78,8 | <i>0,000001</i> | <i>2,48 [1,75-3,50]</i> |
| Autres communes | 45 | 18 | 56 | 11,2 | <i>0,010</i> | <i>1,17 [1,11-2,72]</i> |
| Hors de Bamako | 55 | 22 | 50 | 10 | <i>0,000008</i> | <i>2,54 [1,63-3,94]</i> |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

5-2-3. Statut matrimonial :

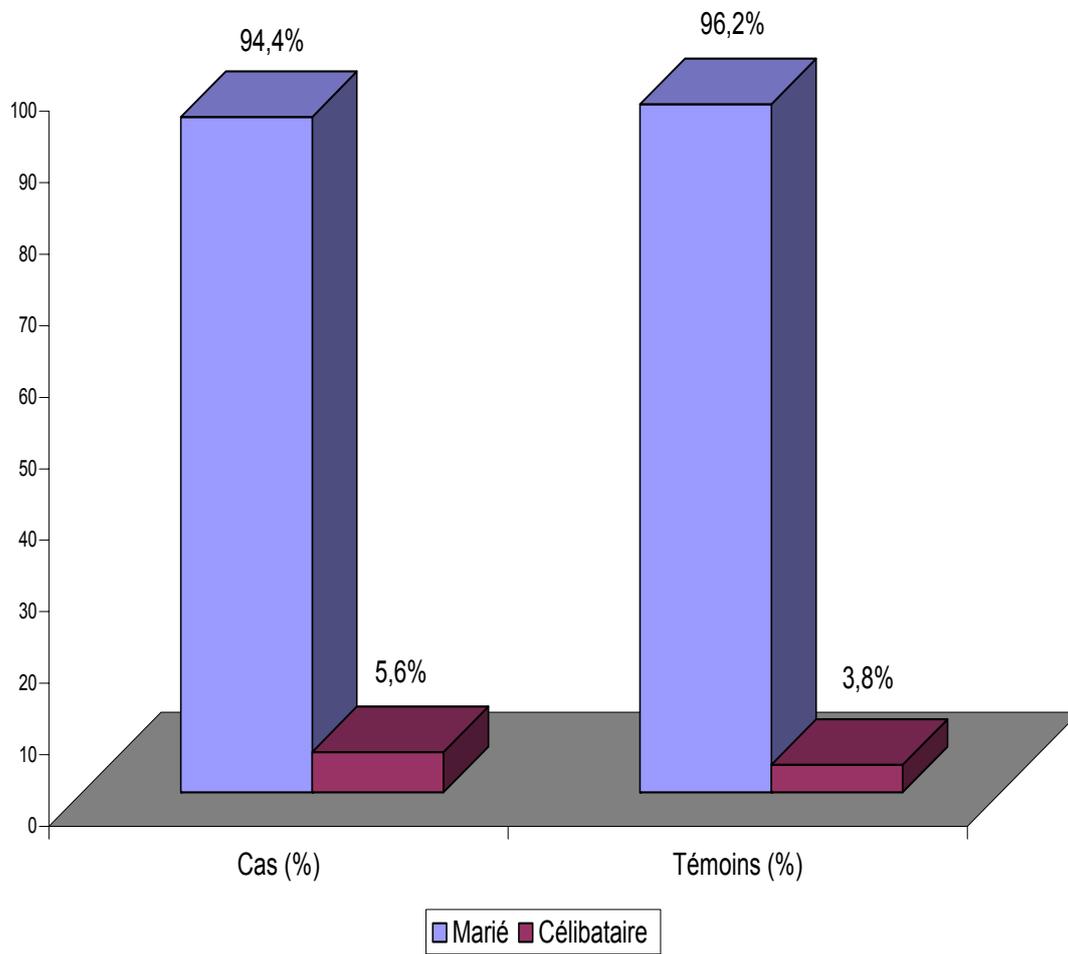


Figure 2 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.

5-2-4. Niveau d'instruction :

Tableau II : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction.

| Niveau d'instruction | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Non instruite | 184 | 73,6 | 245 | 49 | 0,0000001 | 2,90 [2,06-4,11] |
| Primaire | 64 | 25,6 | 175 | 35 | 0,0092 | 0,64 [0,45-0,91] |
| Secondaire | 02 | 0,8 | 70 | 14 | 0,0000001 | 0,05 [0,01-0,19] |
| Supérieur | 0 | 0,00 | 10 | 2 | 0,0243 | 0,00 [0,00-0,88] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

5-2-5. Profession :

Tableau III : Répartition des femmes selon la profession.

| Profession | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|---------------|------------|------------|------------|------------|----------|------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Non rémunérée | 200 | 80 | 340 | 68 | 0,0005 | 2,88 [1,29-2,76] |
| Rémunérée | 50 | 20 | 160 | 32 | 0,0005 | 0,53 [0,36-0,77] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

5-3. Profil clinique :

5-3-1. Pathologie maternelle :

Tableau IV : Répartition des femmes selon les antécédents médicaux.

| Antécédents médicaux | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|----------|------------------|
| | N | % | n | % | | |
| Non | 248 | 99,2 | 494 | 98,8 | 1,00 | 1,00 [0,80-1,25] |
| Oui | 02 | 0,8 | 06 | 1,2 | 0,615 | 0,66 [0,07-3,75] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

5-3-2. Antécédents chirurgicaux : Césarienne

Tableau V : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux.

| Césarienne | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|--------------|------------|------------|------------|------------|----------|------------------|
| | N | % | n | % | | |
| Non | 239 | 95,6 | 470 | 94 | 0,363 | 1,39 [0,66-3,12] |
| Oui | 11 | 4,4 | 30 | 6 | 0,363 | 0,72 [0,32-1,51] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

5-3-3. Parité :

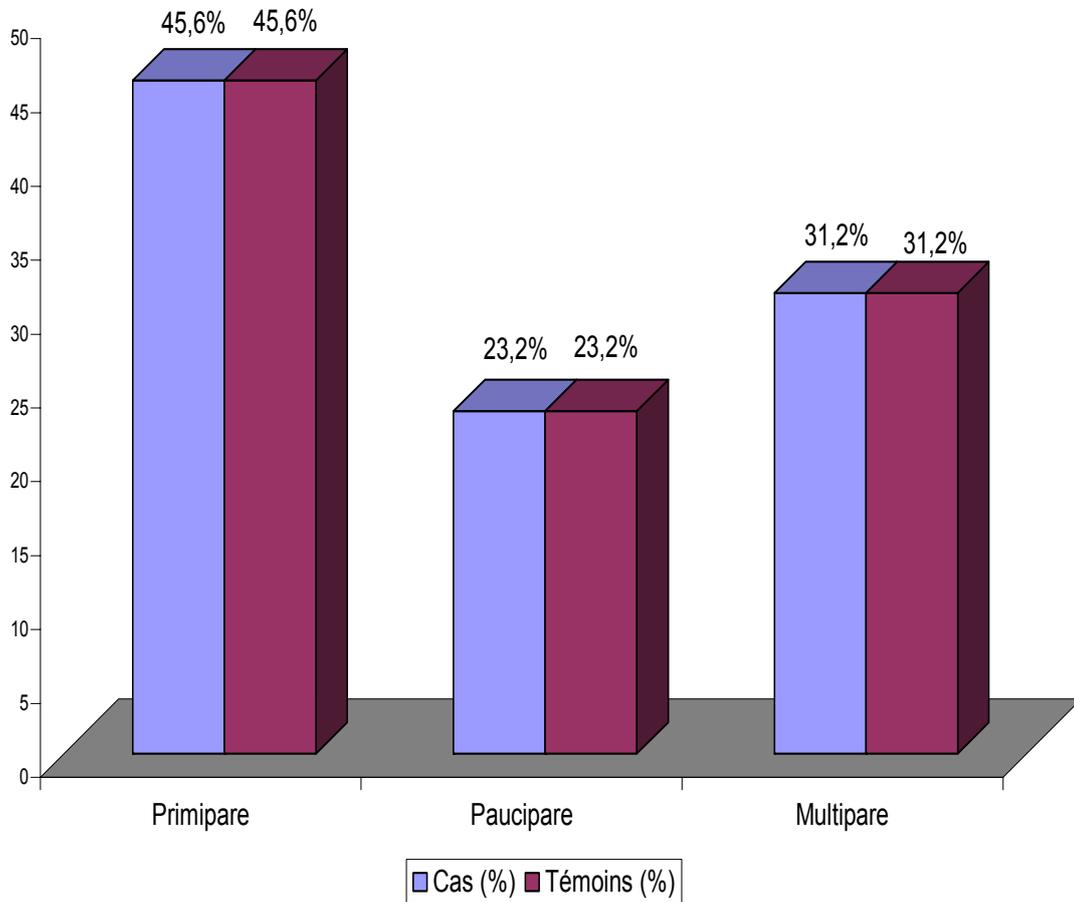


Figure 3 : Répartition des femmes selon la parité.

5-3-4. Consultation prénatale :

Tableau VI : Répartition des femmes selon la consultation prénatale.

| Consultation prénatale | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|----------|------------------|
| | N | % | n | % | | |
| Oui | 226 | 90,4 | 466 | 93,2 | 0,175 | 0,69 [0,39-1,24] |
| Non | 24 | 9,6 | 34 | 6,8 | 0,175 | 1,46 [0,81-2,59] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

5-3-5. Provenance :

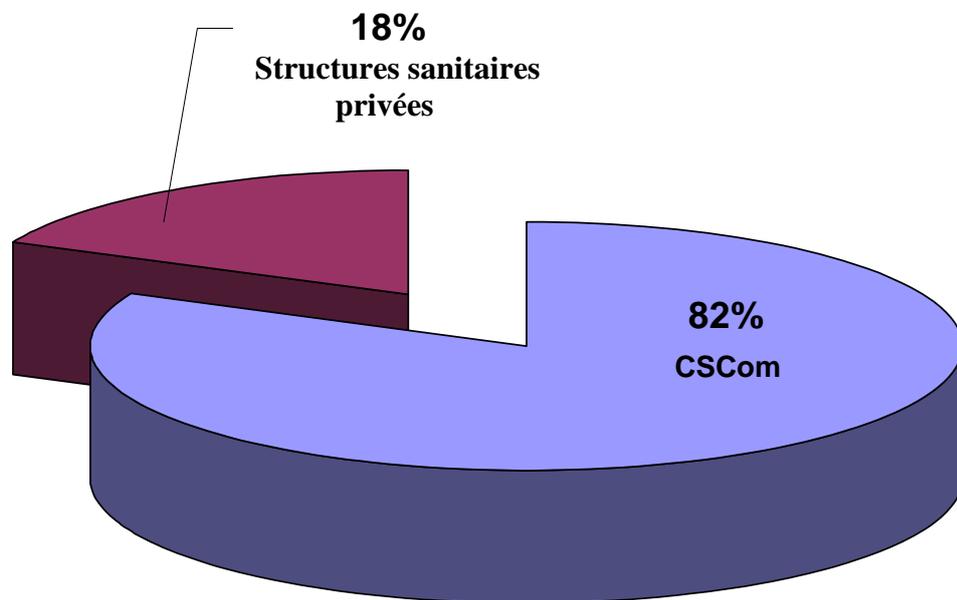


Figure 4 : Répartition des femmes évacuées selon leur provenance.

5-3-6. Motif d'admission :

Tableau VII : Répartition des femmes selon le motif d'admission.

| Motif d'admission | Cas | | Témoins | |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | n | % | n | % |
| Travail d'accouchement | 0 | 0 | 500 | 100 |
| Dystocie | 120 | 48 | 0 | 0 |
| HTA sur grossesse | 46 | 18,4 | 0 | 0 |
| Saignement sur grossesse | 33 | 13,2 | 0 | 0 |
| AFA | 17 | 6,8 | 0 | 0 |
| Utérus cicatriciel | 14 | 5,6 | 0 | 0 |
| Primipare âgée | 8 | 3,2 | 0 | 0 |
| Rupture prématurée des membranes | 7 | 2,8 | 0 | 0 |
| Autres | 5 | 2 | 0 | 0 |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 |

NB : Autres : Cas : fièvre sur grossesse=03, BDCF absents=02.

5-3-7. Concordance entre le diagnostic de référence et le diagnostic retenu :

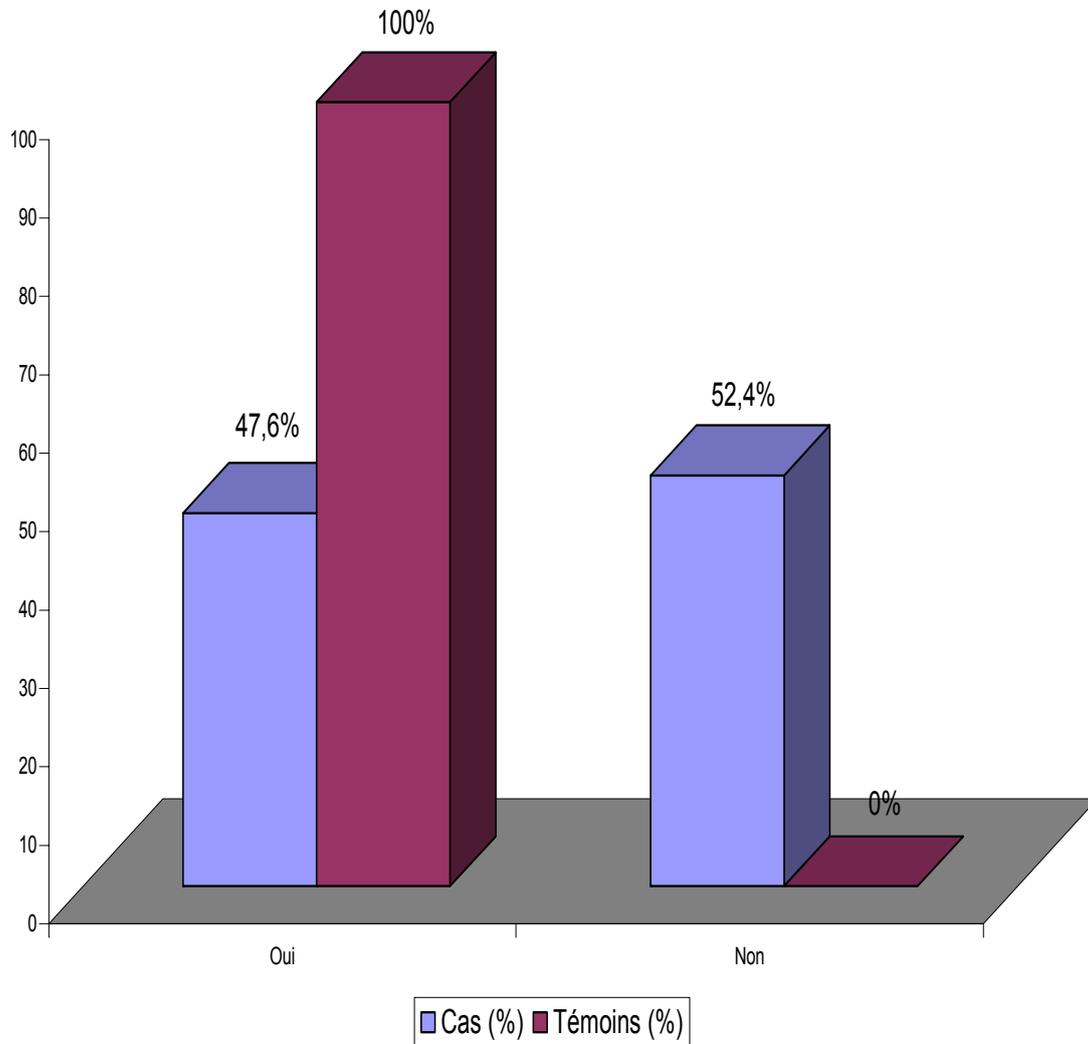


Figure 5 : Répartition des femmes selon la concordance entre le motif de référence et le diagnostic retenu au CSRef CV.

5-4. Prise en charge:

5-4-1. Voie d'accouchement :

Tableau IX : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement.

| Voie d'accouchement | Cas | | Témoins | | p | OR-IC |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------------|
| | N | % | n | % | | |
| Voie basse | 108 | 43,2 | 376 | 75,2 | 0,0000001 | 0,25 [0,18-0,35] |
| Voie haute | 142 | 56,8 | 124 | 24,8 | 0,0000001 | 3,99 [2,85-5,57] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

Tableau X : Répartition des femmes ayant accouché par voie haute selon la nature de l'intervention chirurgicale.

| Nature de l'intervention chirurgicale | Cas | | Témoins | | p | OR-IC |
|---|------------|-------------|------------|-------------|----------|------------------|
| | N | % | n | % | | |
| Césarienne simple avec ou sans ligature résection des trompes | 133 | 53,2 | 124 | 100 | 0,000002 | 0,00 [0,00-0,17] |
| Autres interventions | 09 | 3,6 | 0 | 0 | 0,000002 | |
| Total | 142 | 56,8 | 124 | 24,8 | | |

NB : Autres interventions : Cas : Hysterorrhaphie : 7, Hystérectomie : 2.

Tableau XI : Répartition des femmes selon les indications de césariennes.

| Indications de césariennes | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|----------------------------|-----|----|---------|----|----------|------------------|
| | N | % | n | % | | |
| Dystocie | 94 | 66 | 85 | 69 | 0,093 | 0,53 [0,23-1,18] |
| HTA et complication | 18 | 13 | 25 | 20 | 0,066 | 0,53 [0,26-1,11] |
| Asphyxie fœtale aigue | 15 | 11 | 10 | 8 | | |
| Hémorragie antépartum* | 12 | 8 | 4 | 3 | | |
| Chorioamniotite | 3 | 2 | 0 | 0 | | |

NB : Hémorragie antépartum*:

-Cas : hématome retroplacentaire=09, Placenta prævia=03 ;

-Témoins : Placenta prævia = 4.

5-5. Pronostic maternel et périnatal

5-5-1. Poids des nouveau-nés :

Tableau XII : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.

| Poids des nouveau-nés (gramme) | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|----------|------------------|
| | N | % | n | % | | |
| < 2500 | 2 | 0,8 | 10 | 2 | 0,216 | 0,40 [0,04-1,88] |
| 2500-3999 | 245 | 98 | 485 | 97 | 0,422 | 1,52 [0,52-5,39] |
| ≥ 4000 | 3 | 1,2 | 5 | 1 | 0,801 | 1,20 [0,19-6,24] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

NB : Poids moyen : Cas =2950g, Témoins =3050g ;

Poids extrêmes = 2300-4000g.

5-5-2. Score d'APGAR :

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

| Score d'Apgar | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|---------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-------------------|
| | n | % | n | % | | |
| 00 | 30 | 12 | 9 | 1,8 | 0,0000001 | 3,33 [2,30-6,24] |
| 01-07 | 120 | 48 | 66 | 13,2 | 0,0000001 | 6,50 [5,88-12,28] |
| 08-10 | 100 | 40 | 425 | 85 | 0,0000001 | 0,12 [0,08-0,17] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

5-5-3. Pronostic périnatal :

Tableau XIV : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic périnatal.

| Pronostic périnatal | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|--------------------|
| | N | % | N | % | | |
| Décès | 60 | 24 | 9 | 1,8 | 0,0000001 | 17,23 [8,25-40,13] |
| Vivant | 190 | 76 | 491 | 98,2 | 0,0000001 | 0,06 [0,08-0,17] |
| Total | 250 | 100 | 500 | 100 | | |

5-5-4. Pronostic maternel :

Tableau XV : Répartition des femmes selon la morbidité mortalité maternelle.

| Pronostic maternel | Cas | | Témoins | | <i>p</i> | <i>OR-IC</i> |
|--------------------|-----|-----|---------|------|----------|---------------------|
| | N | % | n | % | | |
| Morbidité | 23 | 9,2 | 2 | 0,27 | 0,023 | 11,50 [0,49-222,62] |
| Mortalité | 2 | 0,8 | 2 | 0,27 | | |

NB : Morbidité :

- Cas : rupture utérine : 9, hémorragie : 12, Infection : 4 ;

-Témoins : hémorragie : 1, infection : 1.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6-1-Prévalence :

Sur 3.963 accouchements enregistrés durant la période d'étude (6 mois), 536 femmes étaient admises selon le système de référence/évacuation, soit une prévalence de 14,30%.

Des études réalisées par Doumbia S [15] et Coulibaly AB [16] au CSRéf CV trouvaient respectivement 24,10% et 10,4%. Thiéro M [19] rapportait déjà en 1995 une fréquence de 11,5% dans une étude réalisée à l'hôpital Gabriel Touré. Ce faible taux dans notre série par rapport à celui de Doumbia S [15] pourrait s'expliquer par la baisse des capacités d'accueil du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V, qui était en plein chantier de rénovation au moment où nous menions cette étude.

6-2-Profil sociodémographique :

6-2-1-Age :

La tranche d'âge de 20-34 ans a été la plus représentée avec un taux de 76,2%. La moyenne d'âge était de 25,93 ±6,8ans avec des extrêmes de 15 et 44 ans. Coulibaly AB [16] fit le même constat avec un taux de 68,2% pour la tranche d'âge de 18-35 ans. Camara S [7] et Thiéro M [19] trouvèrent respectivement 83,34% et 86,6% pour la tranche d'âge de 17-35 ans.

Il s'agit là de la période optimale de parturition en Afrique Sub-saharienne.

6-2-2-Résidence :

La majorité des patientes de notre étude résidait en Commune V du District de Bamako, soit 60% des Cas et 78,8% des Témoins avec une différence statistiquement significative $P=0,0000001$ OR=2,48 [1,75-3,50].

Tamboura B [17] fit le même constat avec 66% pour les Cas et 68,5% pour les Témoins.

En revanche, 18% des Cas et 11,2% des Témoins résidaient dans les autres Communes de Bamako en lieu et place des 17,8% qu'avait déjà trouvés Sissoko H [18] dans une étude réalisée en 2006 au CSRef CV.

Pour finir, 22% des Cas et 10% des Témoins résidaient en dehors de Bamako. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le centre de santé de référence de la Commune V reçoit des patientes venant de divers horizons.

6-2-3-Statut matrimonial :

Au cours de notre étude, nous avons trouvé 94,4% de mariées chez les Cas contre 96,2% chez les Témoins ; avec $P=0,257$ OR=0.67 [0,31-1,46].

Tamboura B [17] trouvait 97% de mariées parmi les Cas contre 89% parmi les Témoins.

Ces taux pourraient s'expliquer par la discrimination et la stigmatisation qu'engendre la conception hors mariage, encore mal acceptée dans nos sociétés traditionnelles africaines.

6-2-4-Niveau d'instruction :

Le taux de femmes non instruites dans notre série était de 73.6% pour les Cas et 49% pour les Témoins. La différence est statistiquement significative avec $P=0,0000001$ OR=2,90 [2,06-4,11].

Un niveau intellectuel assez élevé est synonyme d'une utilisation plus adéquate des services de santé.

6-2-5-Profession :

Dans notre étude 80% des Cas et 68% des Témoins n'avaient pas de profession rémunérée, avec une différence statistiquement significative $P=0,0005$ OR=1,88 [1,29-2,76].

Le manque de ressources financières constitue une entrave à la fréquentation régulière des structures sanitaires.

6-3-Profil clinique :

6-3-1- Antécédents :

- **Antécédents médicaux :** (HTA diabète, asthme, drépanocytose) :

Dans notre étude la pathologie maternelle a été retrouvée chez 0.8% des Cas contre 1.2% des Témoins avec $P=0.615$ OR=0.66 [0.07-3.75], donc statistiquement non significative.

- **Antécédents chirurgicaux**

L'antécédent de césarienne a été retrouvé chez 4,4% des Cas et 6% des Témoins avec $P=0,363$ OR=0,72 [0,32-1,51] ; ce qui n'est pas significative au plan statistique.

6-3-2- Parité :

Les primipares représentaient la majorité des femmes de notre étude avec un taux de 45,6%.

Tendance confirmée par Coulibaly AB [16], Thiéro M [19] et Traoré AF [20], qui trouvèrent respectivement 30%, 36,6% et 33%.

Ce taux important de primipare confirme la notion du risque de la gravido-puerpéralité de la jeune femme n'ayant aucune expérience de la parturition et dont la plupart sont immatures du point de vue obstétrical.

6-3-3-Suivi des consultations prénatales :

Dans notre étude 9,6% des Cas n'avaient effectué aucune consultation prénatale contre 6,8% des Témoins, avec $P=0,175$ OR=1,46 [0,81-2,59].

Sy I A [21] fit le même constat au CSRéf CV en 2011 au cours d'un travail qu'il effectua sur les grossesses non suivies avec une fréquence de 9,7%.

Ainsi nous pouvons dire que la femme Africaine utilise largement la consultation prénatale lorsque celle-ci est accessible.

Ce constat devrait amener le personnel médical à plus de vigilance quant à la détection de certains facteurs délétères à la parturiente ou au fœtus lors de la parturition.

6-3-4 Provenance :

Dans notre série 82% des femmes provenaient des centres de santé communautaires et 18% des structures sanitaires privées.

6-3-5 Motif de référence /évacuation :

Avec un taux de concordance à 47,6% entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au centre de santé de référence de la Commune V, la plupart des évacuations étaient en rapport avec les urgences obstétricales.

Les motifs les plus couramment rencontrés étaient :

- Dystocie =48%,
- HTA sur grossesse = 18,4%,
- Saignement sur grossesse = 13,2%.

Doumbia S. [15] en 2010 au CSRéf CV avec un taux de concordance à 32,85% trouva 26,87% de dystocie ; 18,8% de disproportion foeto-pelvienne et 13,13% d'hémorragie.

Au CSRéf CIV [22] en 2004 les motifs rencontrés furent 10% de dystocie ; 7,8% d'hémorragie et 5,3% de manque d'effort expulsif.

Il s'agissait en général de pathologie dont la prise en charge nécessitait un acte chirurgical.

6-3-6 Prise en charge :

Au cours de notre étude nous avons constaté que 53,2% des Cas avaient accouché par césarienne contre 24,8% des Témoins. Autrement dit ces femmes évacuées étaient 4 fois plus à risque d'accoucher par césarienne.

$P=0.0000001$ OR=3,99 [2,85-5,57].

Au CSRéf CIV [22], 28,8% des références/évacuations avaient bénéficié d'une césarienne d'urgence et 20,1% au CSRéf CI [23].

La rupture utérine avait concerné 3,6% des Cas et dont la prise en charge avait nécessité soit une hystérorraphie soit une hystérectomie. Par contre aucun cas

de rupture utérine n'avait été enregistré dans le groupe des Témoins. La différence est hautement significative $P=0,00002$ OR=0,00 [0,00-0,17]. Cela montre à suffisance le manque de personnel médical qualifié dans la prise en charge des parturientes au niveau des structures sanitaires périphériques.

6-4-Pronostic maternel et périnatal :

6-4-1-Pronostic fœtal :

Le pronostic fœtal est fonction de la pathologie associée à la grossesse et de l'évolution du travail d'accouchement.

Les nouveau-nés issus de mères évacuées étaient 3 fois plus à risque d'être mort-nés $P=0,0000001$ OR=3,33 [2,30-6,24] et 6,50 fois plus à risque d'être dans un état de morbidité grave $P=0.0000001$ OR=6,50 [5,88-12,28].

Les nouveau-nés ayant un bon score d'Apgar (08-10) représentaient 40% des Cas contre 85% des Témoins $P=0,0000001$ OR=0,12 [0,08-0,17].

Statistiquement parlant la différence est statistiquement significative à tous les niveaux.

6-4-2-Pronostic périnatal :

Les nouveau-nés eutrophiques étaient les plus nombreux quel que soit le mode d'admission. Par contre, la référence/évacuation multipliait par 17,23 le risque de décès périnatal $P=0,0000001$ OR=17,23 [8,25-40,18].

Ainsi nous pouvons dire que le pronostic périnatal est beaucoup plus mauvais chez les patientes évacuées au centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako.

6-4-3-Pronostic maternel :

Chez les Cas, nous avons enregistré au cours de notre étude, neuf (09) ruptures utérines, douze (12) complications hémorragiques et quatre (04) complications infectieuses. En revanche chez les Témoins, seulement une (01) complication hémorragique et une (01) complication infectieuse furent enregistrées.

Le risque de morbidité maternelle se trouvait ainsi 11,50 fois plus élevé chez les Cas que les Témoins $P=0,023$ OR=11,50 [0,49-222,62].

De part et d'autre nous avons enregistré deux (02) décès maternels.

Ainsi nous pouvons dire que le pronostic maternel est beaucoup plus sombre chez les patientes évacuées au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

CONCLUSION

VII-CONCLUSION

- Au terme de cette étude, nous avons noté une prévalence de 14,30% de référence /évacuation et avec comme premier motif, la dystocie.
- La morbidité maternelle liée à ces évacuations était 11,50 fois plus élevée par rapport au groupe Témoin. La mortalité maternelle restait égale dans les deux groupes.
- Le pronostic périnatal était encore plus sombre avec 17,23 fois plus de décès périnatal chez les Cas (références/évacuations) par rapport au groupe Témoin.

Ainsi pour permettre à ce système de jouer pleinement son rôle dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale, nous formulons les recommandations suivantes :

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS

Aux personnels sanitaires :

- Promouvoir la CPN recentrée pour le dépistage précoce des facteurs de risque associées à la grossesse (utérus cicatriciel, antécédents de mort intra-partum et de décès néonatal précoce...),
- Référence des grossesses à risque vers les établissements sanitaires adaptés,
- Eviter les évacuations tardives et hâtives au pronostic souvent sombre.

Aux populations :

- Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile de proximité,
- Adhérer aux principes de la CPN recentrée.

Aux autorités sanitaires :

- Promouvoir la scolarisation des filles,
- Réorganiser le système de référence/évacuation,
- Promouvoir la formation continue du personnel en SONU.

REFERENCES

IX-REFERENCES

- 1-Robitol S, Gorde S, Barrau K, Tremouille S, Belec M.** Quel est le coût d'une césarienne à Madagascar ? .Aspect socio- économiques et taux de couverture des césariennes à Toamacina 1999-2007-143p.
- 2-Fernandez H.** Hémorragies graves en obstétrique : 35^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation. Paris : Masson, 1993 ; 511-529.
- 3-Tangara I.** La référence /évacuation dans le contexte de la gratuité de la césarienne [thèse : Med]. Bamako : Université de Bamako ; 2008-45p, n 585.
- 4-Koné H.** Les évacuations sanitaires au Mali [Thèse Med]. Bamako : Université de Bamako ; 1978, n° 11.
- 5-Berland M.** Le CHOC EN obstétrique.Enc Med chir Paris obst. 1980 ; 65 :082-10A.
- 6-Maine D et Collaborateurs.** La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. Ecole de santé publique. Université de Colombie. Int. J Gynaecol. Obstet. 1997 Nov, 59 Suppl 2 : 5259-65.
- 7-Camara S.** les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude [Thèse de Med]. Abidjan : Université ; 1986. 714.
- 8-Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique.6^{ème} édition. Paris : Masson ; 1995.
- 9-Corréa P et Collaborateurs.** Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique Dakar Afrique Médicale 1981 ; 20(189) : 215-221.

10- Delecour M et collaborateurs. Conduite à tenir au cours d'une dystocie 1978 : Rapport du 27^{ème} congrès de gynécologie et d'obstétrique de la langue Française ; Rabat 21-24 mai 1978.

11-Suzanne F et collaborateurs. Hémorragies obstétricales graves (du post-partum immédiat). Encyclopédie Médecine chirurgicale. Précis d'obstétrique 1982 ; 10-12-S103A.

12-Coulau JC et Zan V. Hématome retro placentaire ou DPPNI : Encycl. Méd. Chir. (Paris – France) obstétrique 5071 A10 6 1985, 10 P.

13-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.

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

15-Doumbia S. Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au CSRef CV du district de Bamako [thèse Med]. Bamako : Université de Bamako ; 2010.

16-Coulibaly AB. La référence/ évacuation gynéco-obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [thèse Med]. Bamako : Université de Bamako ; 2006.

17-Tamboura B. Césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence au CSREF CV du district de Bamako : pronostic materno-fœtal [thèse Med]. Bamako : Université de Bamako ; 2013.

18-Sissoko H. Complications non infectieuses post-césariennes immédiates au CSREF CV [thèse Med]. Bamako : université de Bamako ; 2006. M-247.

19-Thiéro M. les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré [thèse Med]. Bamako : université de Bamako ; 1995.

20-Traoré AF. Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle de l'hôpital Gabriel Touré [Thèse Med]. Bamako : université de Bamako ; 1989 ; 46.

21-Sy I A. Grossesse non suivi : pronostic maternel et périnatal au CSREF CV du district de Bamako [Thèse Med]. Bamako : université de Bamako ; 2011.

22-Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune IV. Archives 2004.

23-Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune I. Archives 2004.

ANNEXES

X-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

**LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES : PRONOSTIC
MATERNEL ET PERINATAL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V BAMAKO**

Q0- Etude : 1=Cas, 2=Témoins

Q1 – Fiche N°

Q2 – Date d'entrée

Q3 – Age en année :

1≤19 ans, 2=20-34 ans, 3≥35 ans

Q4 – Résidence :

1=Commune V, 2=Autres communes de Bamako, 3=Hors de Bamako

Q5-Notion d'instruction : 1=Instruite 2=Non instruite

Q6 – Profession de la femme :

1=Profession avec rémunération, 2=Profession sans rémunération

Q7 – Profession du conjoint ou du procréateur :

1=Profession avec rémunération, 2=Profession sans rémunération

Q8 – Statut matrimonial : 1=Mariée, 2=Célibataire

Q9-Provenance :

1=CSCoM, 2=Structures sanitaires privées, 3=Domicile

Q10-Evacuation (Cas) : 1=Oui 2=Non

Q10-1- Si oui motif :

1=Dilatation stationnaire, 2=Non engagement à dilatation complète,

3=Mauvais effort expulsif, 4= Refus de pousser,

5=Rétention de la tête dernière, 6=Utérus cicatriciel, 7=Rétention du 2^{ème}

jumeau, 8=Procidence du cordon, 9=HRP, 10=PP, 11=HTA, 12=Pré

éclampsie, 13=éclampsie, 14=Saignement, 15=RPM

16=Femme non coopérante (refus de se faire examiné),

Q10-2-Autres à préciser.....

Q10-3-Si non motif :

1=Contraction utérine douloureuse sur grossesse à terme 2=RPM

Q11 -Moyens de transports : 1=Ambulance 2=Taxi 3=véhicule
personnel

Q11-1=Autres à préciser.....

Q12-Support de référence/évacuation :

1=Fiche de référence, 2=Partogramme, 3- Bulletin d'analyse, 4=Agent de santé

Q13-Agent de l'évacuation ou référence:

1=Accompagnée par un personnel médical qualifié

2=Non accompagnée par un personnel médical qualifié 3=Parents

Q14-Antécédents médicaux:

1=HTA, 2=Diabète, 3=Drépanocytose, 4=Tuberculose 5=Aucun

Q14-1-Autres à préciser.....

Q15-Antécédents chirurgicaux:

1=Césarienne, 2=Myomectomie, 3=Kystectomie, 4=Cure de FVV 5=Cure
de prolapsus (voie basse ou haute) 6=Salpingectomie (GEU)

7=Laparotomie pour rupture utérine, 8=Aucun

Q15-1-Autres à préciser.....

Q16 – Antécédents Obstétricaux :

Q16.1 Gestité :

1=Primigeste (1), 2= Paucigeste (2-3), 3= Multigeste (>ou=4)

Q16.2 Parité :

1=Nullipare 2=Primipare (1), 3= Paucipare (2-3), 4= Multipare (>ou=4)

Q16.3- Nombre d'enfants vivants :

1= Pas d'enfant vivant 2=Un enfant vivant 3= 2-3 enfants vivants

4=Plus de 4 enfants vivants

Q16.4- Nombre d'enfants décédés :

1=Pas d'enfant décédé 2=Un enfant décédé

3=2-3 enfants décédés 4=Plus de 4 enfants décédés

Q16.5- I.V.G / Avortements spontané :

1=Pas d'avortement 2=Un avortement

3=2-3 avortements 4=Plus de 4 avortements

Q17- Le déroulement de la grossesse antérieure :

1=Normal, 2=Pathologique

Q17-1- Quelle pathologie :

1=Mort in utero, 2=Présentation anormale, 3=Malformation, 4=Décès Périnatal

5=Toxémie gravidique, 6=Macrosomie, 7=Hypotrophie, 8=Prématuré

9=Avortement spontané / IVG

Q17-2-Autres à préciser :

Q18 – Déroulement de l'accouchement antérieur :

1=Voie basse, 2=Voie haute

Q18-1-Si voie basse, précisé :

1=Vaginal simple, 2=Vaginale opératoire

Q18-2-Si vaginal opératoire, précisé :

1=Ventouse, 2=Forceps, 3=Version par manœuvre interne

Q18-3-Autre à préciser :

Q18.4-Voie haute :

1=Laparotomie pour rupture utérine, 2=Césarienne

Q18.4-1- Si césarienne, à préciser :

1=Corporéale, 2=Segmentaire, 3=Vaginale

Q18-4-2- Indication :

Q19-CPN : 1=Faite, 2=Non faite

Q19-1-Terme de la grossesse : 1=A terme, 2=Non à terme

Q19-2-Examen du dernier trimestre : 1=Oui 2=Non

Q19-2-1- Si oui, bassin :

1=Bassin normal, 2=Bassin limite, 3=BGR,

4=Bassin asymétrique, 5=Bassin transversalement rétréci

Q19-2-2- Si oui présentation :

1=Présentation céphalique, 2=Siège, 3=Transversale

Q20-Diagnostic d'entré.....

Q21-Concordance entre les deux diagnostics : 1=Oui 2=Non

Q22- Conduite tenue au CSRef CV :

1= Voie basse tentée et réussie,

2= Voie haute d'emblé,

3=Voie basse tentée non réussie, césarienne d'urgence

Q22-1- Si voie haute d'emblée :

1=Laparotomie pour rupture utérine, 2=Hysterorraphie + LRT,

3=Hystérectomie, 4=Césarienne d'emblée

Q22-1-1-Si césarienne, indication :.....

Q22-2-Voie basse tentée et réussie, préciser si

1=Utilisation d'ocytocine, 2=Non utilisation ocytocine,

Q22-2-1-Manœuvre d'extraction :

1=Bracht, 2=Mauriceau, 3=Vermelin, 4=Forceps- ventouse, 5=Aucune

Q22-3-Voie basse tentée non réussie, césarienne d'urgence (indication) :.....

Q23-Les suites du post-partum Immédiat :

1=Simple, 2=Complicquée :

Q23-1-Si compliquée, précisé :

1=Atonie utérine, 2=Déchirure cervicale

3=Déchirure du périnée 4=Décès maternel

Q23-2-Autres à préciser :.....

Q24-Les suites post-césariennes :

1=Simple, 2=Complications hémorragiques, 3=Complications infectieuses

Q25-Pronostic périnatal :

Q25-1-1-Les nouveaux nés selon leur Indice d'Apgar à la 1^{ère} minute :

1=0- 1 mort – né, 2=1-3 mort apparent, 3=4-7 morbide, 4=8-10 normal

Q25-1-2- Les nouveaux nés selon leur Indice d'Apgar à la 5^{ème} minute :

1=0- 1 mort – né, 2=1-3 mort apparent, 3=4-7 morbide, 4=8-10 normal

Q25-2-Nouveau-né référé : 1=Oui 2=Non

Q25.2-1-Si oui, quel est le motif de référence du nouveau-né à la néonatalogie :

1=Souffrance néonatale, 2=Prématurité, 3=Hypotrophie, 4=Macrosomie, 5=RPM, 6=Malformation, 7=Mère diabétique, 8=Mère HIV positive

Q25-2-2-Autres à préciser :

Q25-3- Nouveau-né vivant : 1=Oui 2=Non

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Amadou Ibrahima S

Date et lieu de naissance : 07 juillet 1986 à Niamey

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2014 – 2015

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au centre de santé de référence de la commune V Bamako.

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

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique et Santé publique

Résumé : Nous avons réalisé une étude rétrospective transversale analytique Cas/Témoins au CSRéf C V du District de Bamako (Mali), afin de comparer le pronostic maternel et périnatal de patientes issues du système de référence/évacuation (n : 250) à celui des autoréférences (n : 500). L'évacuation augmentait significativement la survenue d'une césarienne (OR=3,99). La morbidité maternelle y était importante (OR=11,50).

La référence/évacuation était le plus souvent associée à un fort taux de décès néonataux (OR=3,33) et à un risque élevé de survenue d'asphyxie néonatale (OR=6,50). La létalité périnatale était importante (OR=17,23).

Mots clés : référence/évacuation ; césarienne ; morbidité ; asphyxie néonatale ; létalité.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !