

Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple-Un but-Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'Odontostomatologie

Année Universitaire : 2007-2008

Thèse N° :.....

TITRE

**PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN DES URGENCES OBSTETRICALES
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 28/03/2008

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par M. Oumar Zanga DAGNON

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

JURY:

PRESIDENT: Pr. Sanoussi KONATE

MEMBRE: Dr. Binta KEITA

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Salif DIAKITE

CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr.Djibril KASSOGUE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA : Ophtalmologie
M. Bocar SALL : Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE : pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA : Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE : Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY : Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE : Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE : Pharmacognosie

M. Mohamed TOURE : Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO : Médecine Interne
M. Aly GUINDO : Gastro-entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE : Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE : Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE : Orthopédie Traumatologie

Chef de D.E.R

M. Kalilou OUATTARA : Urologie
M. Amadou DOLO : Gynéco-obstétrique
M. Alhouseni Ag MOHAMED : O.R.L
Mme Sy Aida SOW : Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE : Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO : Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO : ophtalmologie
M. Djibril SANGARE : chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP : Chirurgie Générale

Oumar Zanga Dagnon

M. Gangaly DIALLO : Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE : Gyneco-obstétrique
M. Sadio YENA : chirurgie Générale et thoracique

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Filifing SISSOKO : Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE : Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO : Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY : Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS : Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA : Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE : Gyneco-obstétrique
M. Issa DIARRA : Gyneco-obstétrique
M. Youssouf COULIBALY : Anesthésie –Réanimation
M. Samba Karim TIMBO : Oto-rhino-laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO : Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO : Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA : Anesthésie –réanimation
M. Nouhoum ONGOIBA : Anatomie et chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA : Urologie
M. Adama SANGARE : Orthopédie –Traumatologie

Oumar Zanga Dagnon

M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Siné BAYO	: Anatomie Pathologie- Histo embryologie
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdrahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamadou KONE	: Physiologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

5. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie Parasitologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Bah KEITA	: Pneumo-phtisiologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	: Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	: Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépatogastro-entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépatogastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheick Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Ousmane DOUMBIA : Pharmacie Chimique

M. Drissa DIALLO : Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA : Législation

M. Elimane MARIKO : Pharmacologie

M. Alou KEITA : Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE : Chimie Analytique

M. Ababacar MAIGA : Toxicologie

M. Yaya KANE : Galénique

Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA : Législation

M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA : Santé Publique
M. Sanoussi KONATE : Santé Publique Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE : Santé Publique
M. Adama DIAWARA : Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique
M. Massambou SACKO : Santé Publique
M. Alassane A. DICKO : Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie
M. Oumar THIERO : Biostatistique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N’Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	: Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	: Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou DIOP	: Biochimie

ABREVIATIONS

FMPOS :	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
CSRef :	Centre de Santé de Référence
CScom :	Centre de Santé Communautaire
CPN :	Consultation Périnatale
PNP :	Politique, Norme et Procédures
SOU :	Soins Obstétricaux d'Urgences
ONG :	Organisations Non Gouvernementales
SLIS :	Système local d'Information Sanitaire
FNUAP :	Fond des Nations Unies pour l'Appui à la Population
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
CMDT :	Compagnie Malienne de Développement Textile
BNDA :	Banque Nationale de Développement Agricole
ASACO :	Association de Santé Communautaire
DCI :	Dénomination Commune Internationale
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
GE :	Goutte Epaisse
BAAR :	Bacille Acido-Alcalino-Resistant
VIH :	Virus Immunodéficience Humaine
ECBU :	Examen Cytobactériologique des Urines
Hb :	Hémoglobine
NFS :	Numération Formule Sanguine
RAC :	Réseau Autonome de Communication
AN :	Application Numérique
Ag:	Antigène

BW:	Bordet Wasterman
POK:	parasite, œuf, kyste
UNICEF :	Le Fond des Nations Unies pour l'Enfance
PPTE :	Pays Pauvre Très Endetté
IO :	Infirmière Obstétricienne
PMA :	Paquet Minimum d'Activité
FVV :	Fistule Vésico Vaginale
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Dieu, Tout Puissant, qui dans sa grâce m'a assisté et guidé pendant ce travail et qui a voulu que ce jour soit ;

In memorium : à mes parents ; feu Soungalo Dagnon et ma mère feu Bambi Diop : reposez en paix

A mes frères et sœurs : Boubacar, Kolon, Kadiatou, Aissata, Maimouna : unis par la naissance, nous restons pour toute la vie, la main dans la main, contre cette lourde et difficile tâche qui nous attend. Sachez que seul le travail demeure la clef de la réussite : Amour fraternel !

A toute notre famille : affections sincères !

A tous les hommes qui oeuvrent pour la paix, la justice et le progrès.

REMERCIEMENTS

A travers ce travail, je voudrais exprimer ma gratitude :

A tous mes maîtres, du premier cycle fondamental à la FMPOS du Mali pour leur patience et leur disponibilité.

Au personnel du centre de santé de référence de Bougouni pour son appui financier, moral et technique.

A toute la famille Coulibaly à Bamako et Bougouni

A Mr Youssouf Kolon Coulibaly et Mme Coulibaly Mariam Maiga : qui n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail .Soyez en remerciés

A mes camarades de classe : pour le souvenir des bons moments passés ensemble.

A ma femme Mme Dagnon Aminata Diakité pour son soutien constant.

Aux Docteurs Bassirou Sanogo et Souleymane Ya Samaké pour leur soutien constant et appréciable.

A tous les internes du CSref de Bougouni.

Oumar Zanga Dagnon

A notre maître et président du jury Pr. Sanoussi KONATE

Professeur en Santé Publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ; chef de DER

Cher maître, votre simplicité, votre humanisme, votre sens de partage et votre souci d'information de la jeunesse font de vous un espoir pour notre nation.

A notre maître et membre de jury Docteur Binta KEITA

Médecin Gynécologue Obstétricienne,

Chef de Division Santé de la Reproduction à la Direction Nationale de la Santé (DNS)

Cher Maître, nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse, malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse Docteur Djibril KASSOGUE

Médecin chef adjoint au CSRef de Bougouni, chargé des stages et formation.

Ce travail est le fruit de vos efforts constants nuit et jour. Votre courage, votre sens de responsabilité et votre esprit de partage font de vous un exemple à suivre.

Oumar Zanga Dagnon

A notre maître et directeur de thèse Pr. Salif DIAKITE

Professeur titulaire de gynécologie Obstétrique à la faculté de médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,

Professeur de Gynécologie Obstétrique au CHU Gabriel Touré

Cher maître nous sommes très honoré par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger cette thèse en dépit de vos multiples occupations. Votre modestie, votre sens du travail bien fait et votre enseignement de qualité forcent notre admiration et nous incitent à suivre vos pas. Soyez rassuré, cher maître de notre immense gratitude et de notre profond respect. Puisse Allah le très miséricordieux vous accorde sa grâce.

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Les différents CScom : leur population et leur distance

Tableau II : Situation du personnel du CSref

Tableau III : Les activités de la maternité pendant la période de l'étude

Tableau IV : Répartition des urgences obstétricales selon l'âge

Tableau V : Répartition des urgences obstétricales selon la résidence

Tableau VI : Répartition des urgences obstétricales selon la parité

Tableau VII : Répartition des urgences obstétricales selon le niveau d'instruction

Tableau VIII : Répartition des urgences obstétricales selon le nombre de CPN

Tableau IX : Répartition des urgences obstétricales selon le mode d'entrée

Tableau X : Répartition selon la qualification de l'agent qui adresse les urgences obstétricales au CSRéf

Tableau XI : Répartition selon la qualification de l'agent à l'accueil au CSref et ayant référé au médecin

Tableau XII : Répartition selon le temps d'observation par l'agent à l'accueil au CSref et ayant référé au médecin.

Tableau XIII : Répartition des urgences obstétricales selon la nature des complications.

Tableau XIV : Répartition selon le temps d'arrivée du médecin

Tableau XV : Répartition selon le temps moyen entre la décision et l'acte thérapeutique

Tableau XVI : Répartition selon le mode de traitement utilisé

Tableau XVII : Répartition selon la qualification de l'agent assurant la prise en charge des urgences obstétricales

Tableau XVIII : Répartition selon la durée de séjour à l'hôpital

Tableau XIX : Répartition selon l'état de la mère

Tableau XX : Répartition selon l'état de l'enfant

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I – OBJECTIFS	3
II –GENERALITES	4
III – METHODOLOGIE	8
IV – RESULTATS:	26
V – COMMENTAIRES & DISCUSSION	36
VI – CONCLUSION & RECOMMANDATIONS	44
VII – REFFERENCES	49
VIII – ANNEXES	54

INTRODUCTION

La mortalité maternelle est un réel problème de santé publique dans le monde. Elle est définie comme étant le <<décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans les 42 jours après sa terminaison quelque soit la durée ou la localisation par une cause quelconque ; déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni fortuite, ni accidentelle. >> [1]

Bien connue dans le monde, la prévalence est diversement appréciée par les auteurs. Elle est estimée à 430 pour 100000 naissances vivantes, 480 dans les pays en développement et 27 dans les pays industrialisés [2]

En Afrique le taux varie en fonction des zones, ainsi en Afrique de l'est et de l'ouest les chiffres sont les plus élevés puisque dans certains pays plus de 1000 femmes meurent pour 100000 naissances vivantes .Les chiffres les plus bas sont enregistrés en Europe du nord, où ils vont de 0 à 11 décès maternels pour 100000 naissances vivantes [2].En Afrique occidentale et centrale les complications de la grossesse,de l'accouchement et les suites de couches constituent la première cause de mortalité maternelle [3].

Le taux de morbidité maternelle est un indicateur qui permet d'apprécier l'ampleur du problème et la capacité des différents systèmes de santé à répondre aux besoins obstétricaux. Cependant la mesure de ce taux est une tâche difficile dans les pays en voie de développement étant donné qu'une information fiable est rarement disponible [4].

Au Mali l'estimation directe du taux de mortalité à partir de l' EDS IV était de 464 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Le risque de décès maternel est de 1/24 soit un décès toutes les 3 heures des suites de grossesse, d'accouchement et de suite de couche [5].Ces décès sont dus dans 80% des cas à cinq causes directes :

- L'hémorragie

- L'infection
- L'éclampsie
- Le travail prolongé
- L'avortement à risque.

A celles-ci peuvent s'ajouter le paludisme et l'anémie [6].

Les causes indirectes qui concourent à aggraver le pronostic maternel sont entre autres : le retard dans la prise en charge, le manque de moyen financier, les antécédents morbides pendant la grossesse et en période périnatale.

Pour une meilleure prise en charge des complications obstétricales, il conviendrait alors de développer des interventions dans l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins tant au niveau des services de santé qu'au niveau de la communauté.

Le but de notre étude est d'identifier les problèmes qui entravent l'application de cette approche par rapport aux normes établies par le ministère de la santé dans le district sanitaire de Bougouni de janvier en juin 2007. Pour ce faire on s'est fixé les objectifs suivants :

II – OBJECTIFS

○ **Général:**

Identifier les différents problèmes qui entravent la prise en charge des urgences obstétricales et le pronostic materno-foetal en vue d'améliorer l'efficacité et la qualité des services d'urgences obstétricales du CSRef de Bougouni par rapport aux normes et procédures établies par le ministère de la santé.

○ **Spécifiques**

- Décrire la nature des différents types d'urgences obstétricales rencontrés au CSRef de Bougouni ;
- Décrire les mécanismes de prise en charge de ces différents cas d'urgences obstétricales au CSRef de Bougouni ;
- Analyser l'efficacité et la qualité des différents mécanismes de prise en charge des urgences obstétricales ;
- Evaluer le pronostic materno-foetal.

I – Généralités

1- Problèmes de santé de la région de Sikasso

1-1- L'état de santé de la population de Sikasso

Avec une population de 2308001 habitants ; un taux d'accroissement de 2,2% et une densité de 3 habitants/km². La situation sanitaire de la région reste dominée par un certain nombre de chiffres qui sont entre autres : la proportion du paludisme : 39,72% ; les IRA hautes : 3,69% ; les autres pathologies médicales : 23,22% ; le sida : 0,07% ; les IRA basses : 11,56% ; la couverture en césarienne : 1,4% ; le décès maternel : 37 ; le décès néonatal : 278. A côté de ces chiffres, la région a connu des foyers épidémiques de méningite notamment dans le district sanitaire de Bougouni (302 cas), Kadiolo (197cas),et Sikasso (193 cas) avec une létalité globale de 9,2% .[7]

1- 2- Couverture sanitaire

a- Infrastructures

La couverture sanitaire est assurée par 169 CSCom fonctionnels, 8 CSRef, 1 hôpital régional, 2 cliniques privées, 27 cabinets médicaux, 9 centres parapublics (dont un centre de santé de garnison), 4 centres de santé confessionnels.

La coordination des activités sanitaires est assurée par une direction régionale de santé. [7]

b- Personnel

Pour une population de 2308001 habitants la région de Sikasso compte 66 médecins soit un ratio de 1 médecin pour 33941 habitants ; 27 sages femmes soit 1 sage femme pour 85500 habitants ; 253 infirmiers soit 1 pour 9122 habitants.

Il est à signaler que la quasi-totalité des structures du 1^{er} échelon sont pourvues de personnel qualifié grâce au recrutement sur fond PPTE. La principale difficulté demeure cependant l'instabilité du personnel. [7]

c- Fréquentation

Avec ces infrastructures, le taux d'accessibilité au PMA était de 47,2% dans un rayon de 5 km et 38,7- 44,6% à 15 km en 2006. La couverture globale en accouchement assisté est passée de 52% à 57% entre 2002 et 2006. Le taux de couverture générale en CPN était de 76% en 2006. Il est signalé une amélioration continue de la fréquentation des centres de santé qui s'expliquerait par le recrutement de personnel d'une part et d'autre part par la collecte et l'intégration des données de toutes les structures (y compris les privés). [7]

2- PNP en santé de la reproduction et le concept SOU

Le Mali a élaboré les premiers documents de politiques, normes et procédures en santé de la reproduction en 1987. En 1995, après les conférences du Caire sur la mortalité et le développement, la 4^{ème} conférence mondiale sur la femme à Beijing, les documents ont été révisés pour les adapter au concept de la santé de la reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la santé de la reproduction des jeunes adultes. Avec une situation sanitaire caractérisée par des niveaux de mortalité et de morbidité élevés, le ministère de la santé, tenant compte des importants acquis de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population, procédera désormais à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche programme dans le cadre de son nouveau plan décennal de développement sanitaire et social. Dans le souci de fournir des prestations de qualité correspondant aux besoins prioritaires des populations, les documents de politique, normes et procédures en santé de la reproduction ont été révisés et doivent servir de cadre de référence pour l'ensemble des

intervenants. Ils comprennent essentiellement deux parties : la politique, les normes des services de santé et les procédures. [8]

- La politique : Elle définit les missions de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité.
- Les normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performances et de qualifications requises exigées pour chaque service offert.
- Les procédures : Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Ces documents sont destinés aux prestataires, aux ONG, aux décideurs pour servir de référence en santé de la reproduction. Pour faciliter leur accès et leur utilisation par les prestataires, ils ont été élaborés en 6 volumes et selon les composantes des activités menées en santé de la reproduction.

- Volume 1 : composante d'appui
- Volume 2 : composante commune
- Volume 3 : planning familial
- Volume 4 : volet santé de la femme
- Volume 5 : volet santé de l'enfant
- Volume 6 : volet santé des jeunes et santé de l'homme.

C'est avec un taux de mortalité maternelle de 464 pour 100 000 naissances vivantes, un taux de mortalité infantile de 96 pour 1000, un taux de mortalité néonatale à 46 pour 1000, et une couverture sanitaire à 69% dans un rayon de 15km [9], que le ministère de la santé en collaboration avec ses partenaires ont adopté l'approche SOU comme étant la meilleure approche pour réduire cette tendance.

Les SOU (soins obstétricaux d'urgence) sont un ensemble de mesures et de pratiques destinés aux prestataires et à la communauté. Financés par Save the Children en collaboration avec les partenaires tels que les Nations Unies, l'UNICEF, FNUAP, OMS, son

but est de rendre les services plus efficaces, plus disponibles et de qualité pour réduire cette mortalité maternelle et cela grâce à des indicateurs élaborés par les nations unies [10] qui sont au nombre de 6 à savoir :

- Indicateur 1 : relatif à la disponibilité des SOU ;
- Indicateur 2 : relatif à la distribution géographique des SOU ;
- Indicateur 3 : relatif à l'utilisation des services offrant SOU ;
- Indicateur 4 : relatif aux besoins satisfaits en matière de SOU ;
- Indicateur 5 : relatif à la proportion de césarienne par rapport à toutes les naissances réalisées dans les services offrant SOU ;
- Indicateur 6 : relatif aux taux de létalité.

C'est ainsi qu'en 2002, le ministère de la santé en collaboration avec ces partenaires, a testé l'approche SOU dans deux districts sanitaires à savoir Bougouni et Yanfolila .A l'issue de ce test le ministère de la santé a adopté l'approche SOU comme étant la meilleure approche en matière d'urgence obstétricale pour réduire la mortalité maternelle.

III - METODOLOGIE

1- Le cadre de l'étude : le centre de référence de Bougouni

1-1- Présentation du cercle de Bougouni

❖ Localisation

Situé à l'ouest de la région de Sikasso, le cercle de Bougouni est limité au nord par le cercle de Kati, au nord-est par celui de Dioila, au sud par le cercle de Kolondièba et la Côte d'Ivoire, à l'est par le cercle de Sikasso, à l'ouest par le cercle de Yanfolila. Il couvre une superficie de 20 028 km² et est subdivisé en 28 communes dont une urbaine.

❖ Données physiques

Le cercle de Bougouni est un modèle tabulaire, caractéristique des pays latéritiques. Cependant des collines se signalent dans les parties du sud et ouest comme à Mesanga et à N'tentou. L'ensemble du cercle est constitué essentiellement de plaines toutes propices à l'agriculture et à l'élevage. Le cercle est traversé par les fleuves Baoulé et Bafing et de nombreux cours d'eaux temporaires. Le climat est de type soudanien fait d'alternance de saison sèche et de saison pluvieuse. La pluviométrie annuelle moyenne est de 1 250mm. La végétation est composée de forêt au sud et de savane arborée et herbeuse sur le reste. Le cercle est traversé d'ouest en est par la route nationale reliant Bamako à Sikasso. Il existe des routes secondaires reliant Bougouni à Kolondièba, à Yanfolila, à Dioila. Les pistes reliant le chef lieux de cercle aux communes et villages sont nombreuses.

❖ **Données socio-économiques et éducatives**

La population du cercle de Bougouni s'élève à 383 145 habitants pour une densité moyenne de 19 habitants/km² et un taux d'accroissement de 2,9 pour 1000. Cette population est inégalement répartie, le centre du cercle connaît une plus forte densité. La population connaît une diversité ethnique et professionnelle. Les formes d'implantation de cette population reste le village en habitat groupé.

L'agriculture, la pêche, l'élevage, le commerce et l'artisanat constituent les principales activités. La principale culture de rente est le coton bénéficiant de l'encadrement de la CMDT qui dispose de deux usines d'égrainage de coton. La BNDA est la seule banque présente dans le cercle. Les micros finances sont représentées par de nombreuses caisses d'épargne comme CAFO JIGUIGNEW, CANEF, SORO JIRIWASSO.

Les activités minières sont dominées par la mine d'or de Morila auprès de nombreux sites d'orpaillage traditionnel.

L'islam et le christianisme sont les principales religions à coté de l'animisme en déclin.

❖ **Historique**

Le cercle a subi l'influence de grands axes d'évolution des grands empires du moyen âge, et ceux de Ségou au 18^{ème} siècle et du Kéné Dougou au 19^{ème} siècle. Aussi le cercle fut un carrefour important pendant les invasions de Samory et des français à la fin du 19^{ème} siècle. En effet le cercle de Bougouni est le deuxième cercle après Bafoulabé. L'histoire des entités politiques fut les anciens cantons comme le Banimotié, le Sibirila, le Yiridougou, le Banadougou, le Keleyadougou, le Tiémala, le Tiendougou, le Kouroulamini. [11]

1-2- SYSTEME DE SANTE DE BOUGOUNI

La nouvelle politique sectorielle de santé et de population prévoit la création de 38 CSCom et un CSRef.

❖ Echelon périphérique

A ce niveau se trouvent les CSCom au nombre de 30 fonctionnels sur les 38 prévus par le Plan de Développement Sanitaire et Social du Cercle (PDSC). Ce sont des établissements sanitaires privés gérés par une ASACO, à but non lucratif. Le coût des investissements est reparti entre la population, l'Etat, et les partenaires au développement. Ils fonctionnent sur les ressources générées par le recouvrement des coûts des soins dispensés. Le personnel est recruté et rémunéré soit par l'Etat ou l' ASACO sous le couvert des autorités sanitaires du district. Ils desservent les populations vivant dans des espaces géographiques appelés aires de santé. Ils offrent le paquet minimum d'activité qui comprend: les consultations de médecine générale, les soins infirmiers, les CPN, les accouchements, les consultations post natales, les consultations des enfants sains, la vaccination des enfants et des femmes, la mise à la disposition des malades de médicaments essentiels présentés sous forme de DCI

Le tableau ci-dessous illustre la situation des aires de santé fonctionnelles, leur population, la distance qui les sépare du CSRef.

Tableau I : Les différents CSCom leur population et leur distance.

Aires	Population Totale	Distant du CSRef
Dogo	16058	85
Kola	7933	93
Banzana	5830	100
Mafélé	6432	175
Bougouni sud	12969	0
Bougouni ouest	25116	0
Bougouni Est	20023	0
Ouroun	12302	85
Ouroumpana	15566	95
Bamba	6442	150
Manankoro	9404	150
Garalo	19421	60
Kologo	11561	30
Dèbèlin	9196	75
Sanso	13265	115
Wola	9509	150
Niamala	14725	100
Koumantou	22795	75
Zantièbougou	18777	30
Méridièla	10040	150
Diban	8822	95
Toba	9004	60
Kéleya	23045	60
Sido	12155	30
Sakoro	4509	25
Faragouaran	13172	30
Djiné	7108	50
Torakoro	11566	80
Domba	10796	104
Kléssokoro	3373	11
TOTAL	370914	2349

❖ **Echelon cercle**

Représenté par le CSRef, il correspond au district sanitaire de l’OMS. Il est le cadre d’intervention des partenaires au développement. Les soins de santé sont exécutés par un personnel médical qualifié fonctionnaire. Les activités se résument au diagnostic, au traitement, à l’exécution des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles et la promotion de la santé, à la formation et à l’encadrement des structures et des agents des soins de santé primaires, à la prévention, à la gestion, et à l’administration.

1-3- Le CSRef de Bougouni

1-3-1 - Historique /Evolution

Inauguré en 1949 par le médecin colonel français VERMIER, sous le nom de groupe sanitaire du canton, son évolution fut marquée par de grands changements notamment son érection en dispensaire puis en service socio sanitaire de Bougouni qui englobait la santé et l’action sociale. C’est en 1996 qu’il a été érigé en CSRef.

1-3-2- Les organes de gestion

Le CSRef est géré par un comité de gestion qui se réunit tous les 6 mois. Il est composé :

- du président du conseil de cercle (président du comité)
- du médecin chef
- du maire
- du préfet
- du représentant de l’action sociale

- du représentant de la félascom (la fédération locale des associations de santé communautaire)
- de la société civile et les partenaires au développement.

Au niveau interne, le médecin chef est assisté par un personnel qualifié et un service chargé des finances.

1-3-3- La configuration du CSRef

Le CSRef est situé en plein centre de la ville de Bougouni au bord droit de la route bitumée allant de Massablacoura aux bureaux de la préfecture. L'accessibilité entre le CSRef et les CSCCom est difficile à cause de l'état des routes. Il existe des CSCCom à 175km du CSRef avec 4heures d'ambulance.

A- Les infrastructures :

Le centre de santé est de type pavillonnaire La plupart des bâtiments, construits depuis la période coloniale sont en mauvais état.

Les différents pavillons sont constitués de :

- Un bloc abritant la médecine, le laboratoire, le bureau local PEV ;
- Un bloc abritant la dentisterie, un dépôt de médicament, un bureau chargé des tuberculeux ;
- Un bloc abritant la chirurgie, le secrétariat, le bloc opératoire, le bureau du médecin chef ;
- Un bloc abritant la maternité, le 2^{eme} dépôt de médicament, une salle de garde des internes ;
- Un bloc abritant l'ophtalmologie ;
- Un bloc abritant la radiologie et des magasins ;
- Un bloc abritant la comptabilité et le 3^{eme} dépôt de médicament ;
-

- Un bloc abritant le bureau de consultation externe, la salle de garde des internes et des magasins ;
- Un bloc abritant la santé mentale ;
- Un bloc abritant le bureau du service d'hygiène, assainissement ; le DRC, le logement de la sage femme maîtresse ;
- Un bureau des entrées ;
- Une salle de garde pour les gardiens ;
- Une morgue ;
- Une salle de garde pour les chauffeurs.

❖ L'unité de maternité

Située au nord du CSRef, elle possède :

- Deux bureaux

Un bureau équipé pour le médecin responsable de la maternité

Un bureau pour la sage femme maîtresse servant aussi de bureau de consultation

- Les salles d'accouchements : Au nombre de deux
- Les salles de garde : Au nombre de deux :

Une salle de garde pour les sages femmes et les matrones

Une salle de garde pour étudiant.

- Les salles d'hospitalisation : Au nombre de cinq :

Deux salles uniques à 1 lit

Trois grandes salles à 3 places chacune ; soit une capacité totale de 11 places

- Un dépôt de vente de médicament
- Des toilettes et des WC
- Equipements : Ils sont composés de :

Une ventouse

Deux tables d'accouchement

Trois tables de bureau

Deux bancs en bois

Deux armoires métalliques

Des chaises

Une poupinelle

Une boîte de curetage

Onze lits

- Personnel : Il est composé de :

Un médecin généraliste

Trois infirmières obstétriciennes

Une sage femme

Trois matrones et des stagiaires

❖ L'unité de chirurgie

Située à l'ouest du CSRef, elle est composée de :

- Les salles d'hospitalisation : Au nombre de six pour une capacité de 24 lits repartis comme suit :

Deux salles uniques à un lit

Deux salles d'hospitalisation pour femmes à 10 lits

Une salle d'hospitalisation pour hommes à 6 lits

Une salle d'hospitalisation à 6 lits pour les cas traumatologiques, les plaies septiques, les morsures de serpent. Cette salle est à caractère mixte

- Les salles de garde sont au nombre de deux

Une salle pour les anesthésistes servant aussi de bureau de consultation pré anesthésique, une salle pour les infirmiers servant aussi de bureau pour l'adjoint au major.

- Les bureaux : Au nombre de deux :

Un bureau pour le médecin responsable de la chirurgie

Un bureau pour le major

- Le bloc opératoire : Il existe deux salles d'opérations équipées et fonctionnelles ; une salle de stérilisation.
- La salle de réanimation : Avec une capacité de 3lits ; elle est équipée d'un dispositif d'oxygénation et de photothérapie non fonctionnel. C'est une salle à caractère mixte (médicale et chirurgicale) .
- La salle de soins : Il existe une salle de soins avec une table et des matériels de pansement. Cette même salle est commune aux malades opérés de l'unité de chirurgie et les cas de plaies septiques.
- Des toilettes et des WC.
- L'équipement : Il est constitué de :

Deux boites de césarienne ;

Deux boites de laparotomies ;

Quatre boites d'hernies ;

Une boite de craniotomie ;

Une boite de curetage ;

Trois boites de pansement contenant du matériel vieux de plus de dix ans ;

Des tambours grand, moyen, et petit format ;

Un outoclave ;

Deux poupinelles ;

Deux appareils d'anesthésie en mauvais état ;

Deux tables d'opération ;

Des champs, des bottes et blouses ;

Deux aspirateurs ;

Vingt quatre lits ;
Cinq tables bureaux ;
De nombreuses chaises ;
Six armoires ;
Un banc en bois ;
Trois chariots, deux brancards.

- Le personnel : Il est composé de :
 - Un médecin généraliste ;
 - Deux techniciens supérieurs de santé ;
 - Un assistant médical en anesthésie réanimation ;
 - Un infirmier aide de bloc ;
 - Quatre infirmiers du 1^{er} cycle ;
 - Un aide soignant ;
 - Deux techniciens de surface.

B - Le Personnel : le tableau ci-dessous illustre la composition du personnel du CSRef :

Tableau II : situation du personnel

Catégories	Total	Unités									
		Médecine	chirurgie	maternité	Laboratoire	Santé mentale	Ophtalmologie	Radiologie	Slis	P.E.V Hygiène / assainissement	Dentisterie
<i>Médecins Généralistes</i>	3	1	1	1							
Techniciens sup. de santé	4	2	2								
Techniciens de santé	11	4	5				1				1
Techniciens sup. de Laboratoire	1				1						
Sages Femmes	1			1							
Infirmières Obstétriciennes	3			3							
Matrones	3			3							
Assistant Médical en Santé Mentale	1					1					
Assistant Médical en Odontostomatologie	1										1
Assistant Médical en Santé Publique	1								1		
Assistant Médical en Anesthésie	1		1								
Technicien sup. Sanitaire	1									1	
Secrétaire Dactylo	1								1		
Technicien de labo	2				2						
Gestionnaires	1								1		
Aide Comptable	1								1		
Gardiens	2								2		
Chauffeurs	2								2		
Chauffeur Mécanicien	1								1		
Technicien de surface	6	2	3	1							
Aides Soignants	2	1	1								
Manipulateur radio	1							1			

C - Le Plateau technique :

❖ L'unité de radiologie :

Elle est située derrière l'unité santé mentale vers le sud. On y réalise les clichés d'Abdomen Sans Préparation (ASP), la radiographie osseuse, la radiographie thoracique.

❖ Le laboratoire d'analyse biologique :

Il est dans le même bâtiment que l'unité de médecine vers l'est. Plusieurs examens biologiques y sont réalisés à savoir : le groupage sanguin, le taux d'Hb, la GE, le sérodiagnostic de Widal, la glycémie, l'Ht, le crachat BAAR, les selles POK, la sérologie HIV, le BW, l'Ag HBs, ECBU, le frottis vaginal, le test de grossesse, NFS.

❖ Les dépôts de vente de médicaments essentiels :

Il existe trois dépôts de vente de médicaments essentiels en DCI où la garde est assurée à deux niveaux. Pour faciliter la prise en charge des cas chirurgicaux d'urgence, il a été élaboré des kits chirurgicaux constitués de consommables sous forme DCI. Concernant les kits césarienne, ils sont disponibles au niveau de l'anesthésiste pour l'intervention et au niveau du major de la chirurgie pour le traitement post opératoire.

Ces kits sont reçus chaque mois au CSRef conformément au "Guide de la gratuité de la césarienne".

❖ L'échographie :

Elle n'est réalisée qu'une seule journée dans l'unité de chirurgie par un échographiste venant de Bamako. Elle a lieu tous les 15 jours.

- ❖ Logistiques et gros équipements : Ambulance, véhicule de liaison, moto, RAC, réfrigérateurs, ordinateurs.

D - La gestion des malades au CSRef :

La gestion des malades externes et ceux hospitalisés est assurée par le bureau des entrées. Les principes d'organisation et de fonctionnement sont les suivants :

- Le bureau des entrées constitue le point d'entrée pour avoir accès à une prestation au sein du CSRef ;

- Les activités du CSRef comportent les consultations, les hospitalisations, et les analyses ;

- La partie médicale du ticket de consultation permet au personnel du bureau des entrées de déterminer les modalités de prise en charge, y compris les gratuités, tels les malades mis sous fond d'assistance médical qui constituent les cas sociaux.

A chaque fin de journée les recettes sont remises à l'agent comptable par le personnel du bureau des entrées.

Les cas d'urgences passent directement soit par le bureau de consultation externe, soit directement dans les services d'hospitalisation.

En effet la gestion des urgences obstétricales se fait de la manière suivante :

- L'agent qui adresse la malade (CScom) demande au CSRef par RAC d'envoyer l'ambulance pour l'évacuation de la parturiente. Souvent les parturientes viennent d'elles mêmes (moto) car il n'y a qu'une ambulance.

- Une fois la parturiente à la maternité, l'agent à l'accueil (IO ou sage femme) prend un temps d'observation et d'examen en appliquant l'algorithme approprié des PNP par rapport au diagnostic qu'elle a trouvé.

Les cas de références passent par le bureau des entrées comme les autres malades.

Les malades hospitalisés payent les frais d'hospitalisation au niveau du bureau des entrées, les frais d'intervention pour les malades chirurgicaux.

Les frais d'analyses sont aussi payés au niveau du même bureau des entrées.

Donc il constitue le point focal de la gestion financière du CSRef.

Le CSRef possède deux systèmes de RAC en son sein ; un au niveau du secrétariat qui est disponible toute la journée, l'autre au niveau de la maternité qui est fonctionnel 24/24. Les urgences au niveau des différentes aires de santé sont signalées par RAC et l'ambulance assure l'évacuation des différentes zones vers le CSRef.

2- Type d'étude et durée :

Il s'agit d'une étude prospective transversale allant de janvier à juin 2007 au centre de santé de référence de Bougouni.

3- Définition de la population cible :

Toutes les femmes présentant une urgence obstétricale prise en charge au niveau du CSRef durant la période de l'étude.

4- Critères :

- Inclusions : Sont incluses les femmes présentant une urgence obstétricale quel que soit le mode de traitement et prise en charge par les médecins du CSRef, venues d'elle-même, référées ou évacuées.
- Non inclusions : Les parturientes n'ayant présenté aucune urgences obstétricales et les césariennes prophylactiques.

5- Echantillonnage :

Notre étude a concerné toutes les urgences obstétricales prise en charge par les médecins du CSRef durant la période de janvier à juin 2007.

6- Déroulement de l'enquête :

a- La confection du protocole : La confection a duré 2 mois au cours de laquelle un questionnaire a été établi par l'étudiant et le co-directeur puis corrigé par le directeur de thèse.

b- Collecte des données : Elle a duré 6 mois du 01 janvier au 30 juin 2007. Elle s'est déroulée au CSRef de Bougouni, à la maternité où un questionnaire a été rempli pour chaque malade soit par l'étudiant soit par ses collègues internes. Le reste de l'information a été complété à partir des dossiers des malades, des partogrammes, du registre de garde de la maternité, du registre de césarienne et d'hospitalisation de la chirurgie.

c- Le suivi des patientes : Les patientes ont été suivies par l'étudiant lui-même et ses collègues internes, avec la collaboration de tout le personnel de la maternité et de la chirurgie.

7- Traitement des données :

Les données ont été saisies sur MS Word, l'analyse statistique sur SPSS.

8- Définition des variables :

Les variables suivantes ont été calculées :

- Variables socio démographiques : Âge, Parité, Résidence, Niveau d'instruction, nombre de CPN,

- Variables de prise en charge :

Mode d'entrée, Qualification de l'agent qui adresse la parturiente,

Qualification de l'agent à l'accueil au CSRef et ayant référé au médecin, Temps moyen d'observation par l'agent à l'accueil au CSRef et ayant référé au médecin, Nature des complications, Temps d'arrivée du médecin, Temps moyen entre la décision et l'acte thérapeutique, Mode de traitement, l'agent assurant la prise en charge.

- Variables pronostiques : durée de séjour à l'hôpital, l'état de la mère, l'état de l'enfant.

9- Définition des indicateurs et méthode de calcul :

Les indicateurs calculés sont ceux des nations unies qui sont :

- La proportion des accouchements dans les services SOU :

$$\frac{\text{Nombre d'accouchement du district}}{\text{Naissances attendues dans la zone}} \times 100$$

$$\text{AN} = \frac{1117}{9578} \times 100 = 11,66 \%$$

- Les besoins satisfaits en SOU : $\frac{\text{Total des complications reçues}}{\text{Naissances attendues} \times 0,15} \times 100$

$$\text{AN} = \frac{142}{9578 \times 0,15} \times 100 = 9,88 \%$$

- La proportion des accouchements par césarienne par rapport aux naissances attendues :

$$\frac{\text{Nombre de césarienne dans les services SOU}}{\text{Naissances attendues dans la zone}} \times 100$$

$$\text{AN} : \frac{126}{9578} \times 100 = 1,31\%$$

- La létalité des complications obstétricales :

$$\frac{\text{Nombre de décès dans les services SOU}}{\text{Total des complications}} \times 100$$

AN : $\frac{3}{142} \times 100 = 2,1\%$

- La disponibilité du service est effective au niveau du CSRef mais avec des difficultés d'ordres organisationnels

IV- RESULTATS

1- RESULTATS GLOBAUX

Au cours de notre étude le district sanitaire de Bougouni a eu les résultats suivants :

- Nombre d'accouchements effectué : 6026
- Nombre de césarienne effectué : 126
- Nombre d'urgences obstétricales reçues : 142

Tableau III : Activité de la maternité pendant la période de l'étude

	Nombre des patientes reçues	Nombre d'urgences obstétricales reçues	Nombre de césarienne
Janvier	58	27	24
Février	59	24	19
Mars	57	12	12
Avril	77	22	20
Mai	44	28	26
Juin	49	30	25
Total	344	142	126

Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité de Bougouni soit 12,71 % des accouchements effectués par le personnel qualifié

2- ANALYTIQUES

2-1- Etude des parturientes selon les variables socio démographiques :

Tableau IV : répartition des urgences obstétricales selon l'âge

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 17 ans	8	5,63%
17 à 35 ans	101	71,12%
Plus de 35 ans	33	23,23%
Total	142	100%

Les parturientes jeunes (17 à 35ans) ont été les plus nombreuses (71,12%) à présenter des urgences obstétricales.

Tableau V : répartition des urgences obstétricales selon la résidence

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
De 0 à 5 km	33	23,23%
De 6 à 15 km	6	4,22%
Plus de 15 km	103	72,53%
Total	142	100%

72,53% des femmes ayant présenté des urgences résidaient à plus de 15km du CSRef

Tableau VI : répartition des urgences obstétricales selon la parité

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
P 0 à 1	51	35,91%
P 2 à 5	65	45,77%
P 6 et plus	26	18,30%
Total	142	100%

46% des urgences ont été observés chez les multipares suivies des nullipares (36%) et des grandes multipares (18%).

Tableau VII : répartition des urgences obstétricales selon le niveau d'instruction

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Fondamental	6	4,22%
Secondaire	4	2,81%
Non scolarisé	132	92,95%
Total	142	100%

Les parturientes non scolarisées étaient les plus concernées par les urgences obstétricales (92,95%)

Tableau VIII : répartition des urgences obstétricales selon le nombre de CPN

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
CPN 0	27	19,01%
CPN 1 à 4	61	42,95%
CPN 4 et plus	54	38,02%
Total	142	100%

42,95 % des urgences sont survenues chez des femmes ayant suivies des CPN.

2-2- Etude des parturientes selon les variables de prise en charge :

Tableau IX : répartition des urgences obstétricales selon le mode d'entrée

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Venue d'elle même	21	16,93%
Référence/évacuation	121	85,21%
Total	142	100%

La référence/évacuation a été le mode d'admission le plus fréquent avec 85,21% des urgences.

Tableau X : répartition selon la qualification de l'agent qui adresse les urgences obstétricales au CSRef

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Aide soignant/matrone	94	77,68%
Infirmière obstétricienne	27	22,31%
Total	121	100%

Ces références/évacuations ont été effectuées dans 77,68% par des matrones/aide soignants et 22,31% par des infirmières obstétriciennes.

Tableau XI : répartition selon la qualification de l'agent à l'accueil au CSRef ayant réfère au médecin

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Aide soignant/matrone	4	2,81%
Infirmière obstétricienne	47	33,09%
Sage femme	89	62,67%
Interne	2	0,80%
Total	142	100%

Ces références/évacuations ont été reçues dans 62,67% par une sage femme et 33,09% par une infirmière obstétricienne.

Tableau XII : répartition selon le temps moyen d'observation par l'agent à l'accueil au CSRef et ayant réfère au médecin

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 10 minute	35	24,64%
De 10 à 30 minute	33	23,23%
Plus de 30 minute	74	52,11%
Total	142	100%

Ces références/évacuations ont bénéficié dans 52,11% des cas d'un temps moyen d'observation de plus de 30mn

Tableau XIII : répartition des urgences obstétricales selon la nature des complications

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Travail prolongé	96	67,60%
Hémorragie ante ou post partum	25	17,60%
Rupture utérine	15	10,56%
Pré/éclampsie	4	2,81%
GEU rompue	2	1,40%
Total	142	100%

Les trois principales complications du district ont été : le travail prolongé (67,60%) ; les hémorragies ante ou post partum (17,60%) et les ruptures utérines (10,56%)

Tableau XIV : répartition selon le temps d'arrivée du médecin

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 10 minutes	84	59,15%
De 10 à 30 minutes	44	30,98%
Plus de 30 minutes	14	9,85%
Total	142	100%

59,15% des complications ont été vues par les médecins dans un délai de moins de 10mn et 30,98% au bout de 10 à 30mn.

Tableau XV : répartition selon le temps moyen entre la décision et l'acte thérapeutique.

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 10 minutes	35	24,61%
De 10 à 30 minutes	54	38,02%
Plus de 30 minutes	53	37,32%
Total	142	100%

Le temps de mobilisation de l'équipe a été de 10 à 30mn dans 38,02% ; plus de 30mn dans 37,32% ; et moins de 10mn dans 25%

Tableau XVI : répartition selon le mode de traitement

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Accouchement normal	1	0,70%
Accouchement assisté par voie basse	9	6,33%
Césarienne	113	79,57%
Hystérorraphie	15	10,56%
Salpingectomie	2	1,40%
Hystérectomie	1	0,70%
Total	142	100%

La césarienne a été le mode de traitement le plus utilisé (80%), suivi des hystérorraphies (11%).

Tableau XVII : répartition selon la qualification des agents assurant la prise en charge des urgences obstétricales

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Sage femme/IO	3	2,11%
Médecin	139	97,88%
Total	142	100%

La prise en charge de ces références/évacuations a été faite par les médecins dans 97,88 % et 2,11 % par les sages femmes/Infirmières obstétriciennes.

2-3- Etude des parturientes selon les variables

pronostiques :

Tableau XVIII : répartition selon la durée de séjour à l'hôpital

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Moins de 3 jours	12	8,45%
De 3 à 7 jours	96	69,01%
De 8 à 15 jours	25	17,60%
Plus de 15 jours	9	6,33%
Total	142	100%

La durée de séjour a été de 3 à 7 jours dans 69,01% des cas et de 8 à 15 jours dans 17,60 % des cas.

Tableau XIX : répartition selon l'état de la mère

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Vivantes	117	82,39%
Vivantes avec suppuration	14	19,85%
Vivantes avec F V V	8	5,63%
Décédées	3	2,11%
Total	142	100%

82,39 % des mères sont sorties vivantes sans aucune complication par contre 2,11% sont décédées des suites de complications d'ordre hémorragiques.

Tableau XX : Répartition selon l'état de l'enfant

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Vivants	92	64,78%
Mort né frais	34	23,94%
Mort né macérée	9	6,33%
Mortinatalité	7	4,92%
Total	142	100%

64,78% des enfants issus des urgences obstétricales ont survécu, par contre 35,19% sont décédés frais, macéré ou 24 heures après l'acte.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- DES ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1-1- La fréquence des urgences obstétricales :

Le CSRéf de Bougouni reçoit la totalité des évacuations obstétricales venant des maternités et des CScom du district sanitaire. Les urgences obstétricales représentent 41,27 %. Ce résultat est supérieur à ceux de Dicko.S (7,01%) à l'hôpital régional Fousseyni Dao de Kayes [12] et de Samaké.Y (8,21%) à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou [13]; mais inférieur à celui de Dougnon .F (28,21%) à la maternité de l'hôpital du Point G [14] et à Diarra.O (25%) en 1999 dans les services de Gynéco obstétrique de l'hôpital du point G [15].

1-2- L'âge :

Les parturientes jeunes sont les plus concernées par les urgences obstétricales ; soit 71% de l'ensemble des urgences reçues.

Ce résultat de 71,12% est supérieur à ceux de Maïga.A et de Traoré.D qui ont trouvé respectivement 23,52% et 23,91% à Ségou et à Koulikoro [16 ; 17]. Mais inférieur à celui de Sidibé.D (74,34%) à l'hôpital de Sikasso [18]. Cela s'expliquerait par le fait que c'est l'âge d'activité génitale intense.

1- 3- La résidence :

Dans notre étude nous constatons que 72,53% des urgences obstétricales du district sanitaire de Bougouni proviennent des centres situés à plus de 15 km du CSRef. Ce résultat est comparable à celui de Sidibé.M (72,8%) réalisé à l'hôpital de Mopti [19]. Cela peut s'expliquer par l'étendue du cercle et l'éloignement des CScom du CSRef.

1-4- La parité :

Dans notre étude nous constatons que les urgences obstétricales intéressent surtout les paucipares (P0-1) 36%, les multipares (P2-5) 46% et les grandes multipares (P6 et plus) 18%. Kodio.S dans le service de Gynéco obstétrique de l'hôpital du point G de 2004 à 2005 a trouvé les résultats suivants : Paucipare : 49,53%, Multipares : 40% et les grandes multipares : 10,48% [20]. Dissa.L au centre de santé de référence de la Commune V a trouvé 34,6% pour les paucipares et 12% pour les grandes multipares [21]. Thiéro.M a trouvé 11,9% pour les grandes multipares à l'hôpital Gabriel Touré en 1995 [22]. L'analyse de ces données montre bien que les urgences obstétricales peuvent survenir à tout moment de la parité. Les différentes causes qui peuvent expliquer cet état de fait sont entre autres : l'immaturité du bassin, les grossesses précoces chez les paucipares, le travail non surveillé et la fragilité de l'utérus par suite de grossesse multiples et rapprochées chez les multipares et les grandes multipares.

1-5- Les CPN :

19% des femmes ayant présenté des urgences n'ont jamais fait de CPN par contre 43% ont régulièrement fait des CPN (1 à 4) et 38% de 4 et plus.

Sidibé.D à Sikasso et Kodio.S ont trouvé respectivement : CPN (1 à 3) : 37,94% et 39,40%, notre résultat de 43% est supérieur à ces deux auteurs [18 ; 20].

Nous constatons que malgré les CPN la survenue d'urgences au cours d'une grossesse est imprévisible mais qu'elle peut être traitée avec succès.

2- DES ASPECTS DE PRISE EN CHARGES :

2-1- Mode d'entrée des complications :

82% des urgences ont bénéficié de référence/évacuation. Ce résultat est supérieur à celui de Sidibé.D (59,65%) et de Kodio.S (63,77%) [18 ; 20] ; mais inférieur à la norme PNP qui est estimée à 100% des complications.

L'analyse de ces données montre bien que le système de référence/évacuation prôné par nos autorités sanitaires fonctionne malgré les difficultés financières et matérielles.

2-2- La qualification de l'agent référant au CSRef :

Ainsi 78% des urgences sont référées par les matrones /aides soignantes recrutées et formées ; 22% sont référées par les infirmières obstétriciennes. Ce résultat est supérieur à celui de Kodio.S : 32,27% sont référées par les matrones et 11,02% par les infirmières obstétriciennes [20].

L'analyse de ce résultat a montré un retard de décision de référer, utilisation d'ocytocique ne relevant pas de leur compétence.

2-3- La gestion des urgences obstétricales au CSRef :

Dans 52% des urgences reçues, l'agent à l'accueil a mis plus de 30 minutes d'observation avant de le référer au médecin.

Une fois le médecin arrivé, ce dernier pose le diagnostic final et les mesures qui s'imposent par rapport à l'algorithme approprié des PNP. L'exécution de cette décision pose un problème de mobilisation car 37% des complications font plus de 30 minutes dans l'attente de la thérapie ordonnée par le médecin. Ce résultat est de loin supérieur à celui trouvé par Diarra.Y et de Togora.M qui ont trouvé respectivement 9% et 8,90% [23 ; 24]. Les causes les plus fréquentes de ce retard exécutoire sont entre autres : l'occupation du bloc, le manque d'électricité, la non effectivité de la garde des anesthésistes. Tout cela a pour conséquence une influence défavorable sur le pronostic maternel et fœtal.

2-4- La nature des complications :

Au cours de notre étude nous avons constaté que les urgences obstétricales du district sanitaire restent dominées par le travail prolongé, les hémorragies ante ou post partum et les ruptures utérines. Le travail prolongé représente 67,60 % des complications reçues. Ce résultat est inférieur à celui du cercle de Bla (70,9%) [25].

Les hémorragies représentent 17,60 % des urgences reçues.

Les ruptures utérines occupent la 3^{ème} place des urgences avec 10,56 % .Ce résultat est de loin supérieur à ceux des auteurs comme Dougnon .F ; Diakité.M ; Samaké.Y ; Dicko.S et Sidibé.I .M au centre de santé de référence de Bougouni qui ont trouvé respectivement : 2,2% ; 3,8% ; 0,68% ; 0,61% ; et 2,74% de rupture utérine [14 ; 26 ; 13 ; 12 ; 27].

Nous constatons que le district sanitaire de Bougouni confirme la classification faite par Ouédraogo.C. [3]

2-5- Le traitement utilisé :

La césarienne reste le mode de traitement le plus utilisé avec 80% des cas. Ce résultat de 80% est supérieur à celui de Dissa.L (69,01%) [21], de Diarra.O (62%) [15] et de Osalie.M ; Miye.H ; Ide.A.A (79,30%) [28] ; mais il est inférieur à celui de Bamba.S.I (87%) [29] ; de Diallo.A (82,96%) [30] et De Brouwere.V et Lerberghew.V (90%) au Maroc [31]. De toutes ces études la césarienne est l'intervention la plus pratiquée avec un pourcentage allant de 60 à 90 ; ce qui atteste qu'elle reste encore très pratiquée, aussi ces indications sont les plus larges.

A coté de la césarienne il y a d'autres techniques telles que les laparotomies pour hystérorraphies (10,56 %) ; ce résultat (10,56 %) est supérieur à celui de Dissa.L [21] et de Diarra.O [15] (4,9% et 3,3%) et les ventouses.

3- DES ASPECTS PRONOSTIQUES :

3-1- Pronostique maternel :

L'état général des patientes aggravé par le retard, les conditions difficiles de l'évacuation expliquent le taux élevé de la mortalité maternelle et la sévérité de la morbidité maternelle. Dans notre étude 2% des complications décèdent dans les suites opératoires (césarienne). Ce résultat est inférieur à celui de Dissa.L (3,16%) [21], de Diarra.O (5%) [15] ; de Thiero .M (7,5%) [22] ; de Cissé.B (1,3%) [32] et de Teguette.I (3,88%) [33]. Toutes nos femmes sont décédées des suites de choc hypovolémique par hémorragie aigue.

L'aspect morbide reste dominé par les suppurations pariétales (10%) et les fistules vesico-vaginale (6%) qui sont référées sur Bamako au CHU du Point G dans le service d'urologie. Les causes de cette situation sont entre autres :

les conditions d'asepsie du bloc opératoire, la stérilisation de la lingerie du bloc et des instruments, les conditions difficiles d'évacuation (moto).

L'état général des patientes aggravé par le retard, les conditions difficiles de l'évacuation pourraient expliquer le taux élevé de la mortalité maternelle et la sévérité de la morbidité maternelle.

3-2- Pronostique fœtal :

Il est fonction de la pathologie de la grossesse et de la dynamique d'accouchement. La morbidité est encore difficile à définir mais par souci de conformité nous considérons comme morbide tout nouveau né ayant un score d'apgar inférieur à 7 comme décrit par de nombreux auteurs. Ces cas ont fait l'objet d'une réanimation par les sages femmes et l'anesthésiste réanimateur. Au cours de notre étude nous avons enregistré 35,19 % de décès néonatal repartis comme suite : mort né frais (23,94 %) ; macéré (6,33 %) ; la mortinatalité (4,92 %). Les principales raisons de ce résultat sont entre autres : le retard de la référence/évacuation au niveau des CSCom lié à la longue distance, au mauvais état des routes, le manque de moyen de transport (ambulance), le retard de prise en charge au niveau du CSRef, le manque de moyen de réanimation néonatal malgré la formation des Sages Femmes à la technique.

4- DES INDICATEURS DES NATIONS UNIES :

4-1- La proportion des accouchements dans les services offrant les SOU :

Une étude financée par Save the Children réalisée dans les CSRef de Yanfolila et de Bougouni en 2004 avait rapporté que 4,4% des accouchements survenaient dans les services SOU (CSRef) [34]. Au cours de notre étude nous avons enregistré 12% ; ce qui est supérieur à celui de 2004.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait notamment l'amélioration continue de la qualité du service, le recrutement d'un personnel qualifié et l'adhésion de la population et des structures de base au concept de SOU. Il faut signaler que ce taux est en deçà des normes acceptables du processus des nations unies qui est de 15% [10].

4-2- Les besoins satisfaits en SOU :

Nous avons enregistré seulement 9,88% des complications attendues, cela veut dire qu'à peu près 90% des complications meurent ou vivent avec des séquelles (Fistule vesico-vaginale). Ce résultat inférieur à celui de 2004 (14,15%) [34] est en deçà des normes acceptables des nations unies qui doit être de 100% des complications attendues [10]. Les principales causes pouvant expliquer cet état de fait sont : une augmentation de la population du district sanitaire, la méthodologie utilisée pour les deux études, les problèmes liés à la référence/évacuation, le manque de moyen financier.

4-3- La proportion des accouchements par césarienne :

Au cours de notre étude nous avons enregistré 1,31% des naissances effectuées par césarienne. Ce résultat est supérieur à celui de 2004 (1,17%) [34] mais de loin en deçà de celui des nations unies (5 à 15%) [10].

Cette légère augmentation peut s'expliquer par l'effet du système de référence/évacuation, la vulgarisation et la gratuité de la césarienne (présence des internes).

4-4- La létalité des complications obstétricales :

Notre étude a trouvé 2,1% qui sont largement supérieurs aux normes des nations unies (moins de 1%) [10]. Cela peut s'expliquer par le manque de moyen de réanimation (sang, les grosses molécules : le dextrans), le manque de rigueur du personnel (la surveillance).

VI- CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

L'étude que nous avons réalisée sur les problèmes de la prise en charge des urgences obstétricales a permis d'apprécier l'ampleur de ces problèmes. Avec une fréquence de 12,71% les urgences obstétricales occupent une grande place dans les activités de la maternité du CSRef de Bougouni ; d'où notre étude.

Nous avons constaté et vécu un certain nombre de problèmes qui sont :

- Le manque de moyens logistiques (ambulance) pour assurer la référence / évacuation ;
- Il y a un personnel de maternité en partie formé en SOU ;
- Les protocoles de prise en charge sont disponibles au CSRef ;
- L'équipe d'urgence assignée en astreinte ;
- Les complications obstétricales les plus fréquentes sont le travail prolongé, les hémorragies anté ou le post partum et les ruptures utérines ;
- Elles ont été mortelles à 2% ;
- L'existence d'un seul bloc fonctionnel.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude sur la problématique de la prise en charge des urgences obstétricales nous formulons les recommandations suivantes :

1- CScm/ASACO :

- Renforcer les capacités du personnel (matrones, chefs de poste médical) ;
- Recruter le personnel qualifié (sage femme, infirmière obstétricienne) ;
- Organiser la référence obligatoire de la matrone à son chef de poste;
- Sensibiliser la population pour une bonne fréquentation des CScm et surtout les CPN ;
- Remplir correctement les partogrammes pour une meilleure surveillance des parturientes.

2- Au médecin chef du CSRef :

- Renforcer la capacité d'accueil du CSRef (salles d'hospitalisation, lits) ;
- Réduire le temps d'observation par les agents à l'accueil à la maternité ;
- Renforcer l'esprit d'équipe entre toutes les catégories de personnel de la maternité ;
- Instituer la garde des anesthésistes ;
- Changer les stérilisateur, la buanderie, et former le personnel par rapport aux normes d'asepsies (lavage chirurgical des mains etc.);
- Instituer une journée de don de sang en collaboration avec l'association des donneurs bénévoles de sang.

3- A la population/Leaders communautaire :

- Lutter contre l'analphabétisme par la scolarisation de la population en général et les filles en particulier ;
- Doter le CSRef de deux ambulances;
- Sensibiliser la population pour le don de sang ;

4- Au ministre de la santé :

- Appuyer les collectivités pour le recrutement d'un personnel qualifié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Appuyer les collectivités pour la construction d'un CSRef répondant aux nouvelles normes ;
- Doter les infrastructures existantes en matériels et équipements adéquats.
- Organiser des séances de disséminations des PNP et cela à tous les niveaux.

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DAGNON

PRENOM : Oumar Zanga

**Titre de la thèse : PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE
DES URGENCES OBSTÉTRICALES AU CSREF DE BOUGOUNI.**

Année Universitaire : 2006-2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

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

Secteur d'intérêt : Gynéco obstétrique et santé publique

Résumé : La grossesse et l'accouchement sont synonymes de souffrance ou de mort ; et 515 femmes meurent tous les ans de complications obstétricales.

Au Mali l'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDS IV était de 464 décès pour 100000 naissances vivantes.

Notre étude prospective transversale s'est déroulée au CSRef de Bougouni du 1^{er} janvier au 30 juin 2007. (Enquête)

L'objectif principal est d'identifier les différents problèmes qui entravent la prise en charge des urgences obstétricales en vue d'améliorer l'efficacité et la qualité des services d'urgences obstétricales du CSRef de Bougouni par rapport aux normes du ministère de la santé.

Au cours de notre étude nous avons enregistré 1117 accouchements par un personnel qualifié, reçu 142 complications, réalisé 126 césariennes. La fréquence des complications obstétricales était de 12,71 %. L'âge moyen des complications était compris entre 17 et 35ans. Le mode de référence/évacuation a été le plus utilisé soit 85,21% et les zones de plus de 15km du CSRef étaient les plus touchées avec 72,53 %. La référence/évacuation des matrones a été le plus utilisé avec 78% et les IO 22%. Le temps d'observation des complications à la maternité a été plus long dans 52% des cas. Les complications restent dominés par le travail prolongé (67,60 %), les hémorragies anté ou post partum (17,60 %) et les ruptures utérines (10,56 %). La césarienne a été le mode de traitement le plus utilisé (79,57 %) suivie des laparotomies pour hystérorraphies (10,56 %) et les accouchements assistés par voie basse (6,33 %). Le décès maternel était plus élevé avec 2%. Les causes de décès maternel observées ont été dominées par les hémorragies. La proportion des accouchements dans les services SOU était de 12%, les besoins satisfaits en SOU, 9,88% ; la proportion des accouchements par césarienne, 1,31% et la létalité des complications, 2,1%. Cette étude pourrait servir à suivre l'évolution des indicateurs des nations unis, promouvoir et vulgariser les PNP afin d'améliorer la qualité, l'efficacité des services offrant les SOU.

Les mots clés : SOU ; PNP ; Indicateurs des nations unis.

VII – REFERENCES

- 1- **OMS** : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe 10^e révision. Genève 1997.
- 2- **Mortalité maternelle, maternité sans risque** :
www.safemotherhood.org
- 3- **Ouédrago.C** : mortalité maternelle, médecine d'Afrique noire octobre 2001, tome 48 : No 10.
- 4- **De Groof.D, Harouna.Y et Bossyns.S** : Application de la méthode des BONC dans la communauté de Niamey, Niger 1999.
- 5- **Ballo.M.B ; Traoré.S.M ; Niambélé.I ; Ba.S ; Ayad.M ; Ndiaye.S** : Enquête démographique et de santé (EDSIII) juin 2002,450 pages.
- 6- **Banque Mondiale, OMS, UNICEF** : Rapport mondial sur le développement humain durable.2003
- 7- **Annuaire statistique d'information sanitaire de la région de Sikasso** : 1er semestre 2007.

- 8- **Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction du ministère de la santé : volume 4.**
- 9- Système local d'information sanitaire de Bougouni.
- 10- **AMDD** : manuel sur l'utilisation des indicateurs des processus des nations unis en matière de services obstétricaux d'urgences.
- 11- **Samaké.S.YA** : Place de la chirurgie dans les activités de soins du CSRef de Bougouni. thèse de méd.2007.no
- 12- **Dicko.S** : Etude épidémiologique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Dao de Kayes. thèse de méd. 2001.no 101
- 13- **Samaké.Y** : Approche épidemio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou de janvier à décembre 2000.these de méd. 2002 no11.

- 14- **Dougnon.F** : Contribution à l'étude des urgences gyneco-obstétricales à la maternité de l'hôpital du point G. thèse de méd. 1989 no64.
- 15- **Diarra.O** : Les urgences obstétricales dans le service de Gynéco obstétrique de l'hôpital du point G. thèse de méd. 2000 no117.
- 16- **Maiga.A** : Etude des BO NC dans la région de Ségou .thèse de méd. 2000 no : 00-M-103.
- 17- **Traore.D** : Etude des BONC dans la région de Koulikoro 2001, thèse de méd. 2003, no ; 03-M-41.
- 18- **Sidibé.D** : Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas. thèse de méd., 2004, no158.
- 19- **Sidibé.M** : Les urgences obstétricales à l'hôpital Somine Dolo de Mopti à propos de 140 cas. thèse de méd.
- 20- **Kodio.S** : Les urgences gyneco-obstétricales dans le service de Gynéco obstétrique l'hôpital du point G, 2004 à 2005 à propos de 210 cas. Thèse de méd., Bko 2006 no188.

- 21- **Dissa.L** :Etude épidemio-clinique des urgences obstétricales au CSRef de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1205 cas,thèse de méd. Bko 2005,no :05-M-110.
- 22- **Thiéro.M** : Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 160 cas. thèse de méd. Bko 1995 no : 17.
- 23- **Diarra.Y** : Résultat de l'étude des césariennes au CSRef de la commune IV du district de Bamako à propos de 200 cas. thèse de méd. 2006, no : 235.
- 24- **Togora.M** :<<Etude qualitative de la césarienne au CSRef de la commune V du district de Bamako de 2000 à 2002 à propos de 2883 cas >>.thèse de méd., Bko 2004 no135.
- 25- **Dembélé.R ; Diabaté.L ; M.hachem.I ; H.Diallo ; D.H.Sidibé ; S.A.Ba ; A.Shesoko.Emile**<<Evaluation du fonctionnement de réf /évacuation dans le cercle de Bla d'avril 1996 à décembre 1998>>.
- 26- **Diakité.M** : Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à l'hôpital du Point G de Bamako .thèse de méd. Bko, no : 15

- 27- **Sidibé.I.M** : Les évacuations sanitaires obstétricales au CSRef de Bougouni : Etude prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas. thèse de méd. Bko 2006 no : 312.
- 28- **Osalie.M ; Miye.H ; et Ide.AA** : Etude des BONC : réunion des pays francophones du réseau de recherche sur les BONC, présentation des résultats du Niger, Abidjan du 23 février au 2 mars 2000.
- 29- **Sangaré.M.Ba ; Bamba.SI ; DNSP /DSFC ; Mars 2000** : Approche des BONC au Mali : présentation des résultats.
- 30- **Diallo.A** : Etude des BONC dans le cercle de Koutiala, thèse de méd. 2005.
- 31- **De Brouwere.V et Lerberghew.V** : Etude des BONC au Maroc, 1998.
- 32- **Cissé.B** : La césarienne : aspect clinique, épidémiologique et prise en charge des complications post opératoires dans le service de Gynéco obstétrique du CSRef de la commune V. thèse de méd.,Bko 2001,no :27.

- 33- **Teguette.I** : Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du point G de 1991 à 1993 (A propos d'une étude de cas témoin de 1544 cas).thèse de méd., Bko 1996, no : 17.
- 34- **Impact de l'approche SOU au Mali/cas de deux districts sanitaires** : Bougouni et Yanfolila de la région de Sikasso. Juillet 2005.

Fiche de collecte des données No:.....

1- Age :

a) moins de 17 ans /___/ b) 17-35 ans /___/ c) Plus de 35 ans /___/

2- Parité : a) P1 /___/ b) P2 à P5 /___/ c) P6 et plus /___/

3- Nombre de CPN : a) 0 /___/ b) Moins de 4 /___/ c) 4 et plus /___/

4- Niveau d'instruction : a) Fondamental /___/ b) Secondaire /___/

c) Supérieur /___/ d) Non alphabétisé /___/

5- Résidence : a) 0-5 km /___/ b) 6-15 km /___/ c) Plus de 15 km /___/

6- Mode d'entrée : a) Venu de lui-même /___/ b) Référé par (qualification).....

7- Nature des complications : a) Pré éclampsie /___/ b) Complication d'avortement /___/ c) GEU /___/ d) RU /___/ e) Hémorragie anté ou post partum /___/ f) Infection puerpérale /___/ g) Travail prolongé /___/

8- Qualification de l'agent à l'accueil au CSRef et ayant référé au médecin :

a) Matrone /___/ b) IO /___/ c) sage femme /___/ d) médecin /___/

9- Temps d'observation par l'agent à l'accueil : a) moins de 10mn /___/

b) 10-30mn /___/ c) plus de 30mn /___/

10- Temps d'arriver du médecin : a) moins de 10mn /___/ b) 10-30mn /___/

c) plus de 30mn /___/

11- Mode de traitement : a) Accouchement normal /___/ b) Normal avec épisiotomie /___/ c) Accouchement assisté voie basse /___/

d) Césarienne /___/ e) Curetage /___/ f) Autres interventions /___/

12- Durée moyenne de séjour à l'hôpital : a) moins de 3 jours /___/

b) 3-7 jours /___/ c) 8-15 jours /___/ d) plus de 15 jours /___/

13- Agent assurant la prise en charge : a) Matrone /___/ b) IO /___/

c) SAge femme /___/ d) Médecin /___/

14- Temps moyen entre la décision et l'acte thérapeutique :

a) moins de 10mn /___/ b) 10-30mn /___/ plus de 30mn /___/

15- Etat de la mère : a) Vivante /___/ b) Décédée /___/

16- Etat de l'enfant : a) Vivant /___/ b) Décédé /___/

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE