

Ministère des Enseignements Secondaire;
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



ANNEE UNIVERSITAIRE: 2008-2009

N°...../

LES URGENCES OBSTETRIQUES DANS LE CADRE DE LA REFERENCE/EVACUATION ET CONTRE REFERENCE AU CS REF C VI

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Monsieur Mounthaka Mamary KANE

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENTE :

Professeur SY Assitan SOW

MEMBRE :

Docteur Moustapha TOURE

CODIRECTEUR :

Docteur Boubacar TRAORE

DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Salif DIAKITE

DEDICACES

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

ADMINISTRATION :

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE: Madame **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr. Alou BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr. Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Siné BAYO	Anatomie Pathologie- Histoembryologie
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr. Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sanoussi KONATE	Santé Publique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr. Alhoussemi Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco obstétrique
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr. Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr. Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco Obstétrique
Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie Réanimation
Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Issa DIARRA	Gynéco/Obstétrique
Mr. Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr. Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr. Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
Mr. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco/Obstétrique
Mr. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr. Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr. Mohamed KEITA	ORL
Mr. Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr. Moustapha TOURE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr. Boubacary GUINDO	ORL
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr. Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr. Drissa KANIKOMO	Neuro-Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr. Nouhoum DIANE	Anesthésie-réanimation
Mr. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-réanimation
Mr. Ibrahim TEGUETE	Gynéco-Obstétrique

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Mr. Youssouf TRAORE
Mr. Lamine Mamadou DIAKITE

Gynéco-Obstétrique
Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr. Daouda DIALLO
Mr. Amadou DIALLO
Mr. Moussa HARAMA
Mr. Ogobara DOUMBO
Mr. Yénimégué Albert DEMBELE
Mr. Anatole TOUNKARA
Mr. Bakary M. CISSE
Mr. Abdourahamane S. MAIGA
Mr. Adama DIARRA
Mr. Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie –Mycologie
Chimie Organique
Immunologie, **Chef de D.E.R.**
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Amadou TOURE
Mr. Flabou BOUGOUDOGO
Mr. Amagana DOLO
Mr. Mahamadou CISSE
Mr. Sékou F. M. TRAORE
Mr. Abdoulaye DABO
Mr. Ibrahim I. MAIGA
Mr. Mahamadou A. THERA

Histo- embryologie
Bactériologie- Virologie
Parasitologie, **Chef de D.E.R.**
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie Virologie
Parasitologie-Mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Lassana DOUMBIA
Mr. Mounirou BABY
Mr. Moussa Issa DIARRA
Mr. Kaourou DOUCOURE
Mr. Bouréma KOURIBA
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Cheik Bougadari TRAORE
Mr. Guimogo DOLO
Mr. Mouctar DIALLO
Mr. Abdoulaye TOURE
Mr. Boubacar TRAORE
Mr. Djibril SANGARE
Mr. Mahamadou DIAKITE
Mr. Bakarou KAMATE
Mr. Bakary MAIGA

Chimie Organique
Hématologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie- Virologie
Anatomie- Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Immunologie-Génétique
Anatomie Pathologie
Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr. Mangara M. BAGAYOKO
Mr. Bokary Y. SACKO
Mr. Mamadou BA
Mr. Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie

Mr. Blaise DACKOOU

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr. Mamady KANE	Radiologie
Mr. Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr. Adama D. KEITA	Radiologie
Mr. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr. Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr. Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr. Cheïck Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Mr. Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr. Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr. Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R
Mr. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr. Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr. Alou KEITA	Galénique
Mr. Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr. Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Yaya KANE	Galénique
Mr. Saïbou MAIGA	Législation
Mr. Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr. Yaya COULIBALY	Législation
Mr. Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr. Sékou BAH	Pharmacologie
Mr. Loséni S BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr. Jean TESTA	Santé Publique
Mr. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr. Massambou SACKO	Santé Publique
Mr. Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr. Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr. Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr. Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr. Ousmane LY	Santé Publique

3. ASSISTANTS

Mr. Oumar THIERO	Biostatistique
Mr. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

BISSIMILAH I RAHMANI RAHIM

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

«GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail à Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

DIEU

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoins de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne – moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

A notre Prophète MOHAMED ; Salut et Paix sur LUI, à toute sa Famille, tous ses Compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU ; je dédie ce travail à :

❖ **La mémoire de mon Père feu Mamary KANE (paix à son âme) :**

Tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui, mais le destin en a décidé autrement.

Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils, homme de vertu, tu resteras pour moi un exemple à suivre.

Grace à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté.

Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Je te suis reconnaissant pour toute la confiance que tu as placée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle. Les mots me manquent.

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

❖ **Mes Chères Mamans : Hadja Saran KANE, Fanta KANE et Saran dite Loutikiba KANE.**

Femmes croyantes, loyales, dynamiques, joviales, généreuses et sociables.

Vos conseils, vos encouragements, vos câlins ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez toujours su donner votre sein à vos enfants et aux enfants d'autrui sans aucune distinction. Vous avez été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Merci encore une fois pour vos très longues prières nocturnes afin que le bon DIEU m'apporte sa bénédiction.

Vous resterez toujours pour moi des mamans modèles, il n'est point nécessaire pour moi de vous dire ce que je ressens ; mais recevez à travers ces quelques lignes toute mon affection profonde et ma reconnaissance. Que le bon Dieu vous accorde encore une longue vie pour « goûter aux fruits de

l'arbre que vous avez planté » et j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas et ma pensée.

❖ **Notre grand frère et aîné de la famille Boubacar Sidiky KANE : les mots**

me manquent pour vous remercier car depuis la mort de notre regretté Père jusqu'à maintenant, vous avez pris les pas de notre Père. Vous êtes le soutien et le guide de la Famille entière. Votre soutien moral et financier a été d'un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie.

Egalement que ta femme et tes enfants reçoivent mes sincères remerciements.

Je souhaite à vous Tous une très longue vie et une parfaite santé.

❖ **Aux autres frères et sœurs : Mahmadou KANE, Mama KANE, Cheick Oumar KANE, Mohammed El Badjèman KANE, Afsatou KANE, Abdoulah Mamary KANE, Mahamed KANE, Issoumaila Mamary KANE, Youssouf Mamary KANE, Tenin Khadidja Mamary KANE, Abdourahamane Mamary KANE, et Alyou Mamary KANE.**

Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

❖ **Notre petite sœur et benjamine Fathimata Mamary KANE : avec toute ma tendresse indéfectible et ma reconnaissance, ton caractère et surtout ta compréhension demeureront pour moi le grand réconfort. Ce travail est le tien, je te dis merci.**

❖ **Ma belle famille : Le mariage est un hasard, certes vous m'avez porté**

vosre confiance en acceptant de me donner votre fille. Recevez ici mes remerciements les plus sincères. Que les âmes de mes beaux parents reposent en paix. Amen

❖ **Mon Amour, ma bien aimée Maflany KANE dite la BELLE :**

BELLE comme l'Aurore,

BELLE comme Aphrodite,

BEAUTÉ Impériale, avec une conduite si Majestueuse,

TU es ma REINE au sourire éclatant et au regard doux,

TU es la LUMIÈRE qui éclaire mon chemin dans l'obscurité, et

TU as semé la joie dans mon cœur en tristesse.

FEMME de foyer,

FEMME brave,

FEMME soumise,

FEMME courageuse,

FEMME combative,

TENDRE épouse, mon amie, ma complice, ma confidente, mère de nos quatre trésors, tu as accepté de prendre le risque d'être la femme d'un étudiant malien.

FORTE de caractère, tu as surmonté toutes les épreuves sans tambour ni trompette.

TU as tout donné pour ma réussite. Ton affection et ton attention à mon égard n'ont pas d'égal et m'ont réconforté. Ce travail est le tien. Ton soutien moral et tes encouragements ne m'ont pas manqué tout le long de ce travail.

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

Que DIEU te donne des enfants respectueux et obéissants. Ne pas avoir été à l'école n'a pas été un handicap pour toi. Les mots me manquent car il n'y

a pas de prix pour tout ce que tu as fait. Je te serai toujours reconnaissant et à vie. Je te pardonne, et je te demande pardon au nom du mariage sacré.

Je dis tout simplement qu'ALLAH le TOUT PUISSANT, Clément et Miséricordieux, t'accorde son paradis, amen.

❖ **Mes enfants :** Sheikh Abdoul Khadr Boun Mounthaka Mamary KANE dit Gaoussou, Sheikh Oumar Boun Mounthaka Mamary KANE dit Amara, Maryama Bint Mounthaka Mamary KANE dite Mamy **et** Fathimata Zaharah Bint Mounthaka Mamary KANE.

Ce travail est le votre. Que Dieu vous donne l'heureuse opportunité de jouir des fruits de mon travail.

Que Dieu vous donne longue vie, santé et prospérité pour que vous puissiez vous occuper si tendrement de votre Maman chérie qui s'est sacrifiée pour vous.

❖ **La sœur jumelle de ma femme Nana KANE, je te dis merci pour ton soutien et tes conseils.**

❖ **Mes cousins et cousines :**
Aucun mot ne traduirait ce que je pense de vous.

❖ **La mémoire de mon oncle feu Tahirou KANE professeur d'enseignement secondaire, pour vos sages conseils, vos encouragements et vos bénédictions. Que Dieu t'accorde son paradis, amen.**

❖ **Mes AMIS d'enfance, je citerai Youssouf TRAORE dit Kalilou,**

Amadou dit Baba CISSE, Karan dite Fatoumata COULIBALY, Drissa Issa TRAORE, Madjegueh DOUMBIA et Sergent chef Mahamadou SINGARE. Je vous dis merci pour tous les services que vous m'avez rendus.

❖ Tous mes maîtres du premier et second cycle fondamental ainsi que ceux du lycée.

❖ Toute la population de Garalo surtout la communauté de Garalo Marka pour leur encouragement.

❖ Tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique du CS Réf C VI

❖ Tous mes collègues du service.

❖ Tous les professeurs de la FMPOS (Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie) pour la qualité de l'encadrement.

❖ Aux familles feu Yousseuf COULIBALY à Yirimadio 501 Logements, feu Seydou TRAORE à Magnambougou, feu Tièrèba TOGOLA à Kalaban Coro et feu El Hadji Sékou TRAORE Grand Imam de Bougouni. Vous m'avez donné le courage et la persévérance dans les études. Je vous dis merci et dormez en paix.

REMERCIEMENTS

✓ **A mes chers Oncles et chères Tantes :**

Vos sages conseils ont beaucoup contribué à ma réussite. Je vous dis merci.

✓ **Au Dr TRAORE Aminata CISSE :**

Tu as été pour moi une sœur, une formatrice consciencieuse, engagée et ayant le souci du travail bien fait. Travailler à vos côtés a été une grande chance pour moi. Trouvez ici cher maître le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Que Dieu te prête encore une longue vie.

✓ **A mes Maîtres formateurs du CS Réf C VI, notamment** Dr Sylvain KEITA, Dr Sidibé Fatoumata MAGUIRAGA, Dr Sinayogo Kadiatou TOURE, Dr Traoré Aminata CISSE, Dr Dao Binta, Dr Mamadou DIALLO, Dr Pierre COULIBALY, Dr KEITA Mamadou, Dr COULIBALY Youma SALL.

Merci pour l'encadrement et pour la disponibilité. Courage pour le reste du chemin laborieux.

✓ **A tout le personnel socio-sanitaire du CS Réf C VI de n'avoir ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail.**

✓ **A mes Aînés : Dr Abdoulaye COULIBALY, Dr Seybou CISSE, Dr Mama DIASSANA, Dr Jean Paul DJOUFACK et Dr Hamidou ALBACHAR ; aux Internes du CS Réf C VI de ma promotion : Mariam DIANCOUMBA, Mountaga TOURE, Seydou SIDIBE, Pierre Claver KAREMBERY, Boubacar DIASSANA, Sékou Sala KARAMBE et Babou TRAORE ; et mes Cadets. Toute ma reconnaissance.**

✓ **A toutes les sages-femmes et infirmières obstétriciennes du CS Réf C VI pour leur collaboration et conseils précieux. Soyez rassurées de ma reconnaissance.**

✓ **A Mme BORÉ Ramata TRAORE dite Ba Sali, pour ton accueil, ton encadrement, ta gentillesse et tes bénédictions. Merci infiniment Tantie, que Dieu te donne une longue vie et bonne santé. Ce travail est le tien.**

✓ **A tous mes amis et camarades de promotion de la FMPOS sans oublier les autres : Votre sens de l'amitié, du pardon et de l'écoute m'a été d'un grand apport durant ces derniers moments. Merci infiniment.**

✓ **A tout le personnel du Cabinet Médical Djidja, du Centre Socio-**

Sanitaire Binky I, de la Clinique Avicenne, de l'ASACOFA et du Cabinet Nadja.

Merci pour l'accueil et l'encadrement, je vous en serai toujours reconnaissant. Ce travail est le votre.

✓ **A mes Camarades et Amis :** Dr Moussa Abdoulaye OUATTARA, Dr Souleymane COULIBALY Médecin Capitaine, Dr Samba DIARRA, Dr Karim COULIBALY, Dr Seydou SIDIBE, Dr Mariam DIANCOUMBA, Dr Aly OUATTARA, Dr Mamadou BALLO, Dr Diakaridia KONE, Dr Mamadou KEBE, Dr Amidou Tiona COULIBALY, Dr Aboubacar SANGARE, Mohamed TOGO, Abdoulaye OINARGOUM, Amon KONE, Adjudant Mohamed SOUMARE, Aïda DIOP, et Aïssata DEMBELE.

Je n'oublierai jamais les moments partagés et les conseils prodigués. Recevez ici ma sincère gratitude.

✓ **A Dr Mariam DIANCOUMBA :** tu as été pour moi plus qu'une amie, une sœur. **Merci infiniment de ton soutien indéfectible et de tes conseils prodigués. Que tu en sois remerciée par Dieu. Je te serais toujours reconnaissant.**

✓ **A Aïssata DEMBELE, pour ton aide et tes encouragements. Je te dis merci de ton amitié sincère.**

✓ **A Ousseyni DIAWARA, pour votre aide, vos conseils et votre protection. Merci, que Dieu vous prête encore une longue vie et bonne santé.**

✓ **A tous les Etudiants en Médecine, en particulier ceux ressortissants de**

GARALO. Ce travail est le votre.

✓ **Au Lieutenant Abdoulaye DIARRA, pour vos conseils et vos encouragements. Merci, ce travail est le votre.**

✓ **A Amadou Seydou TRAORE dit Amadou Djicoroni, pour vos sages conseils, vos encouragements et vos bénédictions. Je vous dis merci, ce travail est le votre. Que Dieu vous prête encore une longue vie et bonne santé.**

✓ **A mon frère Mohamed T. KANE, pour ton soutien, tes encouragements.**

Merci pour tout, ce travail est le tien.

✓ **A tous les Camarades de l'Association des Amis d'Angers (AAA) du District de Bamako, de l'ARWES (Association des Etudiants Ressortissants et Sympathisants du Wassoulou), de l'UERSB (Union des Etudiants Ressortissants et Sympathisants de Bougouni), de l'ADERS (Association des Etudiants Ressortissants et Sympathisants de Sikasso) et de l'Association « SANTÉ PLUS COMMUNE VI » dont je fus initiateur, membre fondateur et membre du premier bureau. Ce travail est le votre.**

✓ **A tous les Camarades de la Fédération Internationale des Ambassadeurs du Développement (FIAD) et de la Communauté des Etudiants Croyants (CEC), ce travail est le vôtre.**

✓ **A tous les boutiquiers et à toutes les vendeuses de Point G.**

- ✓ **A tout le personnel du restaurant DUNKAFA à Faladié Sokoro carrefour**

IJA.

- ✓ **A tous les nouveau-nés et leurs mères de la période d'étude.**

- ✓ **A la famille DIOP à Faladié Sokoro, qui m'a accueilli à bras ouverts et**

ma inséré au sein de la famille. C'est l'occasion pour moi de vous dire un grand merci. Ce travail est le vôtre.

A notre Maître et directeur de thèse :

Professeur Salif Diakité

- ❖ **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie (F.M.P.O.S)**
- ❖ **Gynécologue accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré**

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre rigueur et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique.

Respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon DIEU vous accorder santé et longévité.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO	: Association de Santé Communautaire
ATCD	: Antécédent
BDCF	: Bruit du Cœur Fœtal

BGR	: Bassin Généralement Rétréci
CHU GT	: Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
CHU PG	: Centre Hospitalier Universitaire Point G
CIVD	: Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
CPN	: Consultation Pré Natale
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CS Réf	: Centre de Santé de Référence
CU D	: Contraction Utérine Dououreuse
DFP	: Disproportion Fœto-Pelvienne
DSFC	: Division Santé Familiale et Communautaire
EDT	: Epreuve Du Travail
FMPOS	: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie	
GS/Rh	: Groupage Sanguin/Rhésus
HRP	: Hématome Rétro Placentaire
HTA	: Hypertension Artérielle
HU	: Hauteur Utérine
IIG	: Intervalle Inter génésique
MAF	: Mouvement Actif Fœtal
MFC	: Malformation Congénitale
MFIU	: Mort Fœtale In Utéro
Mn	: Minute
NFS	: Numération Formule Sanguine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé

SIGLES ET ABREVIATIONS (SUITE)

PP	: Placenta Prævia
RAC	: Réseau Administratif de Communication

ROM	: Rétention d'Œuf Mort
RPM	: Rupture Préaturée des Membranes
RU	: Rupture Utérine
SA	: Semaine d'Aménorrhée
SAGO	: Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique
SFA	: Souffrance Fœtale Aiguë
VIH	: Virus de l'Immuno Déficience Acquise
Primigeste	: 1 grossesse
Paucigeste	: 2-3 grossesses.
Multi geste	: 4-6 grossesses.
Grande multi geste	: ≥7 grossesses.
Nullipare	: 0 accouchement
Primipare	: 1 accouchement.
Paucipare	: 2-3 accouchements.
Multipare	: 4-6 accouchements.
Grande multipare	: ≥ 7 accouchements.

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION.....	1
II – OBJECTIFS.....	5
III – GENERALITES.....	6
1 – Evacuation et système de référence/évacuation au CS Réf C VI.....	6
2 – Motifs d'évacuation.....	12

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

3 - Physiologie de l'accouchement.....	17
4 – Thérapeutiques obstétricales.....	29
IV – MATERIELS ET METHODE.....	35
1 – Cadre d'étude.....	35
2 – Type d'étude.....	41
3 – Période d'étude.....	41
4 – Population d'étude.....	41
5 – Echantillonnage.....	41
6 – Supports des données.....	41
7 – Traitement des données.....	41
V – RESULTATS.....	42
VI – COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	90
VII – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	101
VII – REFERENCES.....	106
IX – ANNEXES.....	110

I- INTRODUCTION :

La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue[6].

En Tanzanie selon une expression du folklore local, la mère lorsque le moment lui semble venu d'accoucher, dit: «**je vais à l'océan chercher un nouveau bébé mais le voyage est long et dangereux, il se peut que je ne revienne pas**».

Toutes les femmes enceintes peuvent courir le risque de connaître les complications obstétricales responsables d'une mortalité et morbidité fœto-maternelles élevées.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) et la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique(FIGO) la mortalité maternelle se définit cômme: «Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délais de 42 jours apres sa terminaison quelqu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite».

La mortalité maternelle est un problème de santé publique majeur à travers le monde et son évaluation donne des chiffres élevés.

L'OMS a estimé que dans le monde plus d'un demi million de Femmes meurent chaque année suite aux complications obstétricales. Ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour cause de procréation. Ces estimations montrent que 30% des décès maternels se produisent en Afrique et c'est en Afrique centrale et en Afrique de l'ouest que les taux sont les plus élevés environ 700 pour 100 000 naissances vivantes.

Au Mali, la situation sanitaire est caractérisée par une légère diminution du taux de mortalité maternelle et infantile. L'enquête EDS IV [10] a trouvé un taux de mortalité estimé à 464 pour 100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité infantile à 191 pour 1 000 naissances vivantes et Maguiraga dans sa thèse [11]

révéla par la méthode des sœurs que le taux de mortalité maternelle au Mali était de 1058,49 pour 100 000 femmes en âge de procréation.

Les causes directes de ces décès maternels sont connues. Il s'agit de l'hémorragie, de l'infection, des accouchements dystociques et des conséquences d'avortement provoqué.

A côté de ces milliers de femmes qui meurent chaque année il y'a beaucoup d'autres qui souffrent de lésions graves voire permanentes, lésions en rapport avec les complications de la grossesse et/ou de l'accouchement.

La mortalité maternelle constitue une véritable tragédie.

Son ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international. Ainsi une conférence sur l'Initiative pour la Maternité sans Risque s'est tenue à Nairobi en 1987. Dans le même cadre, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994, le Sommet Mondial sur les Femmes de Beijing en 1995, le Sommet Mondial pour l'Enfance en 1990 ont appelé à une réduction de la mortalité maternelle.

Réduire ces taux élevés de mortalité maternelle est un objectif pour tous les pays, surtout ceux en voie de développement.

Selon Adamson Peter : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité maternelle est d'identifier le plutôt possible les 15% de grossesse exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps [1].

Pour cela une place importante est à accorder au transfert des femmes vers les centres spécialisés : c'est-à-dire au problème de la référence / évacuation.

Le Gouvernement de la République du Mali a adopté la politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) en 1990 pour résoudre ces problèmes [25].

Dans cette optique, la mise en place du système de référence et contre référence entre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

L'évacuation sanitaire en obstétrique qui est le sujet de cette thèse se définit comme le transfert en urgence d'une structure de santé donnée à une autre pour une prise en charge efficace et rapide d'une patiente présentant une pathologie développée au cours de la gravido-puerperalité.

La référence quant à elle est le transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.

L'évacuation est considérée comme un indicateur de santé des femmes. Plus il y'a des complications durant la gravido-puerperalité, plus il y aura d'évacuation.

La fréquence des évacuations obstétricales est diversement appréciée comme le montrent les différents travaux.

En 1996 12,97% des entrantes représentaient les cas d'évacuation à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar [6].

En 1992 11,5% des parturientes admises à la maternité du CHU Gabriel Touré de Bamako étaient des évacuées [29].

Du 1^{er} Janvier 1998 au 30 Juin 1999 soit une période de 18mois, 69,1% des urgences obstétricales admises dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Point G étaient des évacuées [5]

Les évacuées ont représenté 41,8% des urgences obstétricales admises à la maternité de l'hôpital régional de Kayes en 2000 [18].

C'est parmi les évacuées que nous rencontrons le plus de décès.

En 1992, 7,5% des évacuées admises à la maternité du CHU Gabriel Touré sont décédées, pendant que 64,4% des décès maternels enregistrés en 1993 au CHU Aristide Le Dantec de Dakar intéressaient les évacuées [6].

Fort de ces constatations il nous est apparu nécessaire d'effectuer une évaluation exhaustive des évacuations obstétricales dans un centre de santé de 2^e niveau de référence dans la pyramide sanitaire du Mali : cas du centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako après la mise en place du système de référence/ évacuation.

Les difficultés d'évacuation et les facteurs de risque qui en sont liés ne sont pas documentés en commune VI du District de Bamako d'où l'intérêt de notre travail.

Contexte et Justification :

L'application de la Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) doit aboutir à la mise en place des CSCOM encadrés par des centres de santé de référence. L'organisation de ce système se heurte à un certain nombre de problèmes : l'accès des malades au centre de référence et la prise en charge rapide des urgences, l'inadéquation des soins obstétricaux d'urgence, l'accessibilité financière des patientes aux soins, la disponibilité d'un personnel qualifié.

La PSSP au Mali préconise une décentralisation du système de santé avec une participation effective des communautés dans la gestion et le financement. Pour cela, elle met l'accent sur la promotion des soins de santé primaire.

L'objectif majeur de cette politique est la réduction de la mortalité maternelle et infantile. En effet le taux de mortalité maternelle est légèrement diminué comme le révèle l'EDS IV (464décès/100 000 naissances vivantes).

Pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux, les autorités sanitaires du pays ont mis en place un système de référence/évacuation en prenant en compte les aspects technique, organisationnel, de communications, logistiques et financières pour faciliter l'accès aux soins des populations. La mise en œuvre de ce système permettra d'améliorer la couverture des besoins obstétricaux.

Pour mener à bien notre étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

II- OBJECTIFS :

1- Objectif général :

- Etudier les références/ évacuations des cas obstétricaux au CS Réf CVI/ BKO

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des références/évacuations
- Déterminer le profil sociodémographique des référées /évacuées
- Identifier les motifs de référence/évacuation
- Etudier les conditions de référence / évacuation
- Préciser le pronostic fœto-maternel chez les référées/évacuées
- Décrire la prise en charge des évacuées.

III- GENERALITES :

1. Evacuation et système de référence/ évacuation au CS Réf C VI :

L'évacuation sanitaire d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide d'un malade, d'un centre de santé vers un autre plus équipé et mieux spécialisé.

La référence est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.

La société africaine de gynécologie obstétrique(SAGO) lors de sa conférence biennale tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes :

Référence : concerne une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteurs de risque ou pathologie de la grossesse.

NB : Par définition une femme non suivie en consultation prénatale(CPN) ne peut être référée, elle est évacuée.

Evacuation : concerne une parturiente adressée en urgence, ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel fœtal est réservé.

Ce pronostic est aggravé par :

- le mauvais suivi prénatal,
- les insuffisances dans la prise en charge des parturientes dans les centres de santé,
- le problème de l'accessibilité géographique des centres de référence,
- le manque de moyens logistiques, matériels et financiers.

Ces différentes causes sont généralement responsables du retard pris dans l'évacuation des parturientes.

Selon Maine D et Col [23] il y a trois retards :

- 1^{er} retard : le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences(SOU),
- 2^e retard : le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences(SOU),
- 3^e retard : le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la République du Mali a adopté le 15Septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population [25]. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle : le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS. Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement.

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

- le premier échelon est représenté par les centres de santé communautaire (CSCoM) offrant le paquet minimum d'activité (PMA) et géré par les associations de santé communautaire (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie.

-le deuxième échelon : le centre de santé de cercle ou l'hôpital du district pour les soins de santé de 2^e niveau.

Il est organisé entre les deux échelons un système de référence/ évacuation. Ce système a démarré en 2004 au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

1.1 Evacuations avant le démarrage du système de référence/ évacuation :

Avant le démarrage du système, les évacuations obstétricales en commune VI du District de Bamako étaient caractérisées par :__

-le transport direct des parturientes, des CSCOM à l'hôpital sans supports conventionnels et à des coûts élevés. Ce transport se Caractérise par :

.une fréquence journalière ou hebdomadaire,

.un état vétuste des véhicules et des pannes fréquentes,

.un coût élevé car chaque parturiente est souvent accompagnée de 4 à 5 personnes : ce coût pouvant atteindre 10 000FCFA pour certains centres.

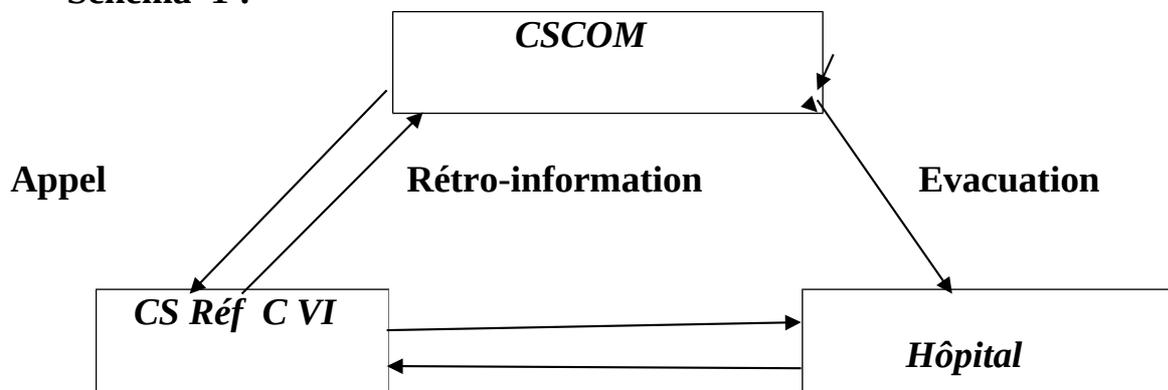
Ce transport est rendu difficile à cause de l'état des pistes entre les CSCOM et le centre de référence et l'inexistence de moyens de communication.

-le coût élevé de l'ordonnance pour une césarienne estimée à 72358FCFA [3]. Ce coût n'est pas à la portée de toutes les familles d'où le délai long (trois heures de temps, voire plus) avant l'intervention.

1.2 Evacuations après la mise en place du système de référence/ évacuation :

Depuis 2004, année de démarrage du système de référence/évacuation dans la commune VI du District de Bamako, les évacuées suivent un itinéraire bien défini par le circuit suivant :

Schéma 1 :



Information

Rétro-information

Le CSCOM qui évacue sur décision du chef de poste médical saisit le centre de santé de référence (CS Réf C VI) par Téléphone/RAC afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le chef de poste dans son message Tél/RAC donne des précisions sur la nature de la pathologie ; et la prise en charge se fait sur place au CS Réf. Mais si c'est un cas de référence/évacuation 3^e niveau, le CS Réf informe aussitôt par téléphone la maternité de l'hôpital de l'arrivée de la malade dans les prochaines heures. Le médecin de garde établit une fiche d'évacuation, la malade est évacuée directement sur l'hôpital. A l'arrivée de la parturiente un examen obstétrical est effectué par la sage-femme appuyée par le gynécobstétricien. En cas de nécessité d'intervention chirurgicale, la parturiente est directement conduite au bloc opératoire où les dispositions ont été déjà prises (préparation de la salle, Kit d'urgence).

La sage-femme assure la prise en charge si la pathologie relève de sa compétence.

Le médecin traitant établit une fiche de rétro-information qui sera transmise au médecin-chef du CS Réf qui à son tour envoie une copie au CSCOM concerné, si c'est le cas. Si non, le médecin-chef du CS Réf envoie directement une fiche de rétro-information au chef de poste médical du CSCOM concerné, si la prise en charge a été effectuée à son niveau.

1.2.1 Mécanisme de financement du système :

L'organisation du système de référence/évacuation a identifié deux problèmes majeurs :

- ◆ L'accessibilité financière des populations aux soins ;
- ◆ L'accessibilité géographique des évacuées au centre de référence.

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Le cadre conceptuel du système de référence/évacuation a recommandé un système de solidarité entre les aires de santé afin d'assurer une prise en charge correcte des urgences en général et les urgences obstétricales en particulier. Ce système repose sur la mise en place d'une caisse de solidarité et partage du coût entre les différents partenaires du système qui sont : la patiente, les ASACO, le CS Réf C VI.

La caisse de solidarité est gérée par un comité de gestion.

Le coût de la prise en charge de l'évacuée est assuré par la caisse de solidarité.

Il s'élève à 100 000FCFA réparti comme suit :

Tableau 1 : Répartition du coût imputé à la caisse de solidarité

Rubriques	Désignation	Coût
Transport	Carburant véhicule	1500
	Entretien véhicule	2000
	Prime Chauffeur	1000
	Prime Sage-femme	1500
Sous-total transport		6000
Intervention	Kit césarienne	45000
	Acte césarienne	35000
	Groupage sanguin	1500
	Carburant groupe électrogène	1500
	Entretien groupe électrogène	500
Sous-total intervention		83500
Suivi post opératoire	Hospitalisation	10000
Communication	Entretien RAC/ Tél	500
Total		100 000FCFA

NB : Ce sous-total ne tient pas compte de l'amortissement du gros matériel.

1.2.2 Mode de partage du coût imputé à la caisse de solidarité

Le coût imputé à la caisse de solidarité est partagé entre l'évacuée, l'ASACO et le CS Réf C VI.

La malade assure 40% de la prise en charge soit 40 000FCFA.

L'ASACO assure 40% de la prise en charge soit 40 000FCFA.

Le CS Réf C VI assure 20% de la prise en charge soit 20 000FCFA.

NB : toutes les malades payent le même montant, qu'elles soient urbaines ou rurales et toutes les ASACO payent le même quota quelque soit la taille de la population couverte par le CSCom, qu'elles soient urbaines ou rurales.

Au centre de Référence de Bougouni, une césarienne coûte en moyenne 64 000FCFA [12] répartis de la façon suivante :

- 21 000FCFA à la charge des ASACO
- 20 000FCFA à la charge de la patiente et de sa famille
- 23 000FCFA à la charge du centre de référence
- 0,33% constituant les amortissements pris en charge par l'état.

Au CS Réf CV, le coût réel d'une césarienne s'élève à 59 860FCFA [13] qui sont répartis de la façon suivante :

- 13 360FCFA à la charge du service
- 26 500FCFA à la charge de la patiente représentant les frais de médicaments (partie du kit à rembourser plus ordonnance post opératoire)
- 20 000FCFA à la charge de la patiente représentant l'acte opératoire et l'hospitalisation.

1.2.3 Mode de gestion :

- Recouvrement :

Le recouvrement est mensuel pour le CS Réf C VI et trimestriel pour l'ASACO. La parturiente s'acquitte des frais de l'ambulance.

- Circuit :

Les parents de la malade remettent l'argent à l'équipe d'évacuation (chauffeur ou sage-femme accompagnante) contre un reçu. Ceux-ci reversent l'argent au trésorier du comité de gestion. Le trésorier alimente chaque semaine le compte bancaire « référence/évacuation » à partir de ces fonds.

L'ASACO à travers son président paye contre un reçu sa cotisation au trésorier du comité de gestion de la caisse de solidarité du système de référence/ évacuation qui le versera au compte bancaire.

Pour le CS Réf le médecin-chef ordonne le paiement mensuel de la cotisation, cette somme est remise au trésorier du comité de gestion contre un reçu, il le déposera sur le compte bancaire.

- Gestion :

L'équipe technique des CSCOM et l'équipe d'intervention du CS Réf expriment mensuellement les besoins qui seront soumis au comité de gestion. Après approbation le président du comité de gestion ordonne les décaissements. Il cosigne avec le trésorier le chèque. Le trésorier est responsable de la justification de ces fonds devant le comité de gestion.

Le comité de gestion se réunit une fois par mois pour analyser la situation du mois précédent.

NB : Avec la gratuité de la césarienne selon le décret n°05-350/P-RM du 04 août 2005, le principe du système de référence/évacuation ne se fait plus correctement dans la commune VI du district de Bamako.

Ce décret, pris en conseil des ministres prend en compte :

- **Les médicaments et consommables ;**
- **Les frais d'hospitalisation ;**
- **L'acte chirurgical, les examens complémentaires et les soins post opératoires.**

2. Motifs d'évacuation : _____

Les dystocies sont les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés.

Parmi ces motifs nous avons :

- la disproportion fœto-pelvienne,
- les dystocies dynamiques,
- les bassins pathologiques,

- les présentations anormales,
- d'autres motifs non moins importants : les hémorragies, la procidence du cordon, l'éclampsie.

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,
 - . une anomalie du fœtus,
 - . un obstacle prævia, ou anomalie des parties molles.

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

2.1.1 Dystocie d'origine fœtale :

2.1.1.1 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 [4] à défaut d'échographie, une hauteur utérine supérieure à 36cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95% des cas es une indication de césarienne.

2.1.1.2 Les présentations anormales :

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. 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 défléchie. L'accouchement de la face est à risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front.

Les variétés postérieures sont très dystociques. L'enclavement de la face (menton) 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 relativement bon mais le pronostic fœtal est réservé.

◇ **La présentation du front :**

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours d'une césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution vers une rupture utérine.

◇ **La présentation transverse et oblique :**

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.

2.1.1.3 La procidence du cordon :

C'est un accident qui peut survenir à 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 risque de mort qu'il fait courir au fœtus.

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

2.1.1.4 La souffrance fœtale :

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

2.1.2 Dystocies d'origine maternelle :

2.1.2.1 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 des contractions utérines ou hypocinésies,
- d'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie,
- d'une anomalie par arythmie contractile,
- d'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.

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

2.1.2.2 Bassin pathologique :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins généralement rétrécis, et les bassins asymétriques.

Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse.

2.2 Les hémorragies :

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde, les hémorragies représentent la première cause de décès maternel. Les étiologies des hémorragies sont variées.

Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta prævia, l'hématome rétro-placentaire.

2.2.1 Rupture utérine :

Il s'agit de toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus, n'entrent pas dans cette définition les déchirures du col et les perforations utérines consécutives à une manœuvre abortive. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale. Elle est d'origine maternelle ou fœtale.

Parmi ces causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines,
- les anciennes déchirures du col,
- les obstacles prævia,
- les présentations anormales,
- les dystocies dynamiques,
- les dystocies mécaniques.

Pour le traitement la laparotomie s'impose.

2.2.2 Placenta prævia :

Le placenta prævia est l'insertion du placenta soit en totalité, soit en partie sur le segment inférieur.

La rupture des membranes a une influence favorable sur les hémorragies en supprimant l'une des causes : le tiraillement des membranes. Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation.

2.2.3 Hématome rétro-placentaire :

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré. C'est un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse. C'est une urgence chirurgicale dont la complication majeure est l'afibrinogénémie qui est très mortelle.

2.3 Toxémie gravidique et éclampsie :

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce des toxémies gravidiques dont l'éclampsie est une des complications majeures.

L'éclampsie est un accident aigu paroxystiques des syndromes vasculo-rénaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail, rarement les suites de couche.

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

3. Physiologie de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles (après 28 SA).

Un accouchement avant 37 SA entraîne la prématurité du bébé.

Un accouchement spontané : se déclenche seul.

Un accouchement provoqué : intervention thérapeutique de déclenchement.

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

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse.

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

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes.

3.1 Phénomène dynamique :

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

Donc le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal : les œstrogènes augmentent le potentiel de repos, la progestérone a un effet contraire aux œstrogènes.

Les contractions ont pour effet :

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

3.2 Phénomène mécanique :

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

Le bassin osseux est composé de :

- quatre pièces osseuses (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx),
- quatre articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaques, la symphyse pubienne et 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 : le diamètre antéro-postérieurs et les diamètres transverses.

On peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de MAGNIN est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de MAGNIN est égal ou supérieur à 23, il est incertain entre 20 et 22, franchement mauvais en dessous de 20.

3.3 Le travail d'accouchement :

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières, rythmées dont

l'intensité et la fréquence vont en augmentant et nous avons une modification du col (ramollissement, raccourcissement et ouverture). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêta mimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en trois périodes :

- **première période** : (effacement et dilatation du col) commence au début du travail jusqu'à dilatation complète 10 cm. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare, 2 à 10 heures chez la multipare ;
- **deuxième période** : (expulsion) commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne 30 minutes chez la primipare, 5 à 20 minutes chez la multipare ;

Présentation céphalique :

- la tête s'engage dans le détroit supérieur, moyen puis inférieur
- la tête fœtale en descendant décrit une rotation intrapelvienne pour orienter son plus grand axe du bassin.
- Les différentes présentations :

OIGA : (Occipito Iliaque Gauche Antérieur)

OIDP : (Occipito Iliaque Droite Postérieur)

OIGP : (Occipito Iliaque Gauche Postérieur)

OIDA : (Occipito Iliaque Droite Antérieur)

- La tête se dégage de la vulve, puis les épaules, puis le corps.
- **troisième période** : c'est la délivrance. Elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta, et dure 5 à 30 minutes.
 - o Rémission :
 - o C'est le repos physiologique (contraction indolore)

- o Phase de migration du placenta (contractions utérines, écoulement vulvaire sanglant, ascension de l'utérus puis le placenta se décolle et l'utérus se rabaisse)
- o Phase d'expulsion du placenta et des membranes (sort par la face lisse), et c'est une hémorragie de 300 à 500 ml.
- o Il faut surveiller l'intégrité du placenta, la rétraction de l'utérus (globe de sécurité), l'absence d'hémorragie (sinon révision utérine au doigt ou curette).

Il faut surveiller la TA et la fréquence cardiaque, la température, la coloration, l'importance des saignements, la bonne rétraction de l'utérus.

La Maman reste allongée et pourra regagner sa chambre dans les 1 à 2 heures.

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

- de réduire la durée du travail,
- de corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition,
- de contrôler de façon constante la vitalité fœtale,
- de faire le pronostic.

3.3.1 Pronostic mécanique :

Il est basé sur l'étude du bassin par la pelvimétrie interne et externe et la radio pelvimétrie, du volume fœtal par l'appréciation de la hauteur utérine, du périmètre ombilical et du diamètre bipariétal par l'échographie qui est un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.

3.3.2 Pronostic dynamique :

Il est basé sur l'appréciation de la qualité des contractions utérines, de la dilatation et de 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.

3.3.3 Pronostic fœtal :

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

Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme d'examen obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partographe (partogramme).

Ces éléments de surveillance sont :

- les contractions utérines,
- la modification du col,
- l'état de la poche des eaux, et du liquide amniotique,
- l'évolution de la présentation et l'état général de la parturiente.

Mécanisme de l'accouchement :

Figure N° 1 : La traversée de la filière pelvienne constitue le phénomène mécanique de l'accouchement [22].

1. cylindre de descente
2. plan du détroit inférieur
3. premier axe de descente
4. deuxième axe de descente
5. axe de sortie

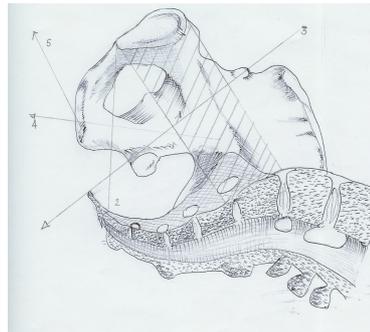
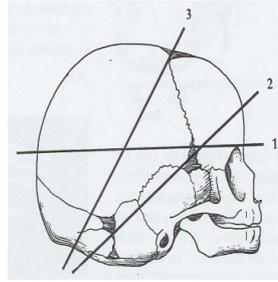


Figure N° 2 : Diamètres céphaliques [22]

La tête se fléchit et se présente par son plus petit diamètre

1. occipito-frontal
2. sous occipito-frontal



3. sous occipito-bregmatique

Le franchissement de la filière pelvienne

comporte trois étapes qui s'enchaînent et se chevauchent :

L'engagement : Il est précédé par deux phénomènes préparatoires qui sont :

L'orientation de son grand axe suivant l'un des diamètres obliques du bassin qui mesure 12cm ;

L'amointrissement est assuré par la flexion de la tête.

Le diamètre occipito-frontal se substitue au sous occipito-bregmatique.

L'engagement proprement dit se fait soit par synclitisme ou par asynclitisme.

Figure N° 3 : Asynclitisme postérieur [22]

La bosse pariétale postérieure passe par l'inclinaison latérale de la tête vers l'épaule antérieure.

Figure N° 4 : Asynclitisme antérieur [22]

La bosse pariétale antérieure passe par l'inclinaison latérale de la tête vers l'épaule postérieure.

L'asynclitisme ne semble nécessaire qu'en cas de disproportion fœto-pelvienne.

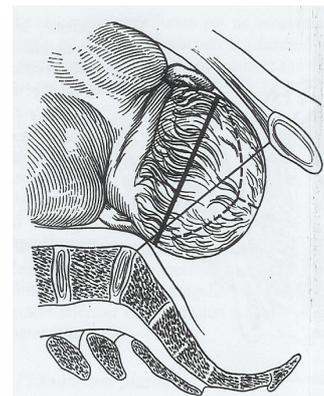
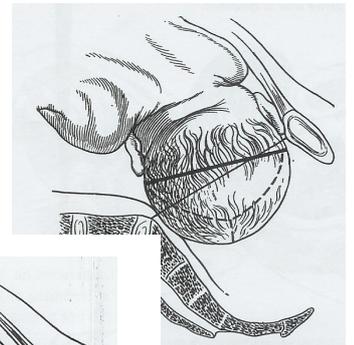
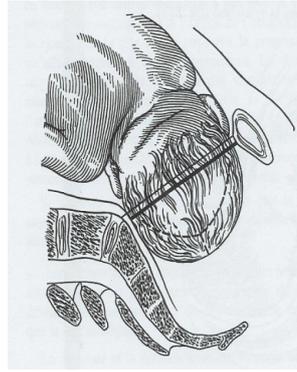


Figure N° 5 : Le synclitisme [22]



La tête accommodée va glisser à travers le détroit supérieur ; les deux bosses pariétales passent simultanément.

Descente et rotation :

La tête descend suivant l'axe ombilico-coccygien de la mère, puis tourne de 45° de gauche à droite dans l'excavation. L'occiput arrive ainsi au bord inférieur de la symphyse, la tête est dès lors en occipito-pubienne bien orientée pour se dégager.

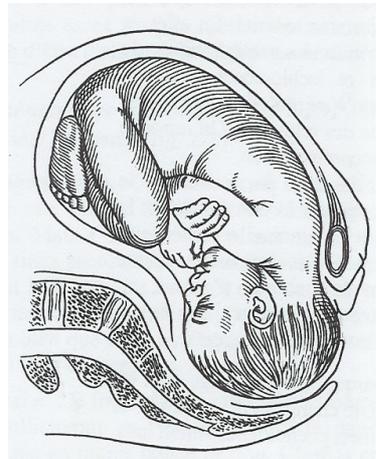


Figure N° 6 : Descente et rotation en OP [22].

Dégagement :

Le dégagement n'est possible qu'après le parachèvement des phénomènes de la période précédente : modifications segmento-cervicales, ovulaires et mécaniques.

Figure N° 7 : Accentue de la flexion de la tête.

La main droite agit sur la tête à travers le périnée pour en aider la déflexion, la main gauche agit sur la tête directement pour en modérer le mouvement [22].

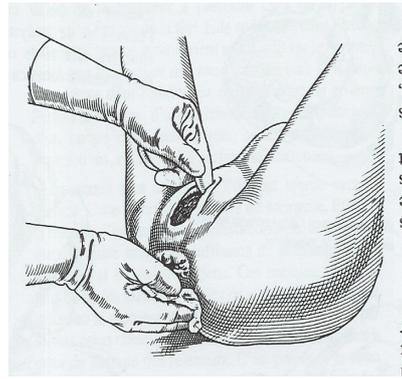
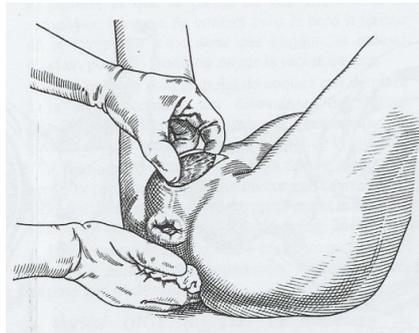


Figure N° 8 : Déflexion de la tête

Les doigts de la main droite commencent à aider la déflexion en exerçant une pression sur le front.



Puis ils cherchent

très en arrière, entre l'anus et la pointe du coccyx, à accrocher le menton [22]

Figure N°9 : Suite de la déflexion ;

La main gauche posée à plat sur le crâne, retient une déflexion parfois trop brutale, surtout pendant la contraction [22]

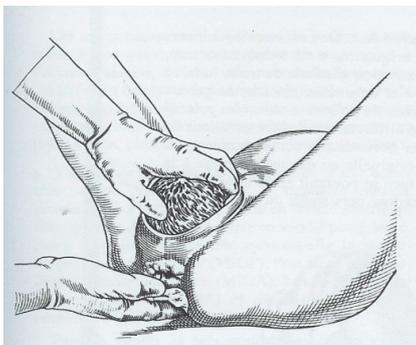


Figure N° 10 : Franchissement par la grande circonférence céphalique de l'anneau vulvaire [22].

Le périnée postérieur se détend, la main droite peut aider à le rabattre au-delà du menton. L'accouchement de la tête est terminé.

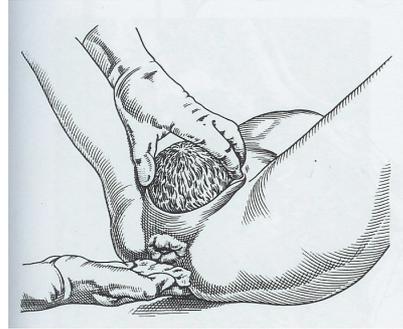


Figure N° 11 : Dégagement de l'épaule et du bras antérieur [22].

L'opérateur saisit la tête de ses deux mains placées latéralement et exercent une traction vers le bas jusqu'à bien fixer l'épaule antérieure sous la symphyse ; le moignon de l'épaule doit être bien dégagé.

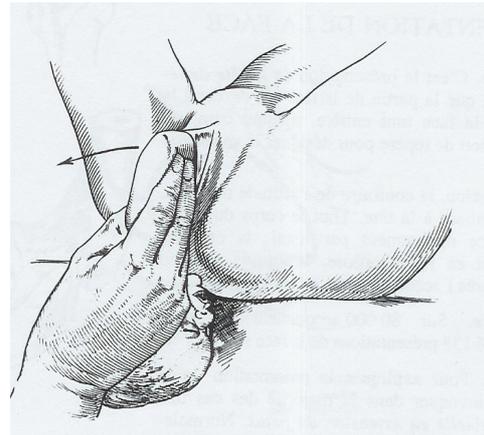
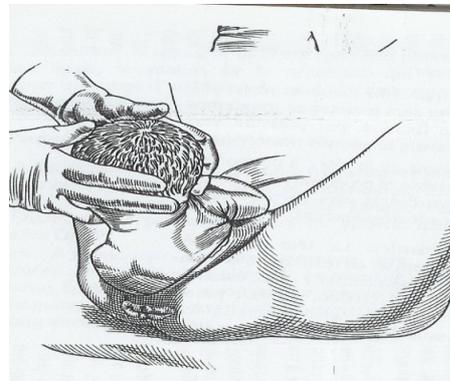


Figure N° 12 : Dégagement de l'épaule et du bras postérieur [22].

On relève la traction ; l'épaule postérieure se dégage de la commissure postérieure.

On rabaisse un peu la traction vers

l'horizontal, les membres supérieurs se dégagent sans difficulté.



Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

Le partogramme :

Rappel :

Qu'est ce que le partogramme ?

Définition :

Le partogramme est un outil de surveillance du travail de l'accouchement, dont l'utilisation a pour but de prendre une décision à temps afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales.

Il consiste un " système d'alerte précoce", en particulier pour le dépistage d'une dystocie permettant de prendre à temps une décision de référence.

Le partogramme ne doit pas être considéré comme un registre statistique mais peut constituer un document médico-légal en cas de discordance dans le suivi de l'évolution du travail. Différents types de partogramme existent, selon les pays, selon le niveau de formation de l'agent de santé.

Au Mali, le partogramme utilisé s'inspire directement du modèle O.M.S.

Le partogramme doit être considéré comme un moyen dynamique de suivi de l'évolution du travail.

Utilisation du partogramme :

Il permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant empêcher le déroulement normal de l'accouchement.

Le partogramme concerne le travail de l'accouchement, la délivrance, l'examen du nouveau né et les suites de couches immédiates. (au recto : avant l'expulsion ; au verso de la feuille : après l'expulsion).

Au niveau du tracé :

Il y a deux phases distinguées :

- ❖ la phase de latence qui va jusqu'à 4 cm de dilatation ;
- ❖ La phase active (à partir de 4 cm jusqu'à dilatation complète).

Le remplissage du tracé :

Il consiste non seulement à placer les points de la dilatation, mais aussi à noter les différents paramètres de l'examen dans les cases correspondantes. (TA, rythme cardiaque fœtal, fréquence des contractions utérines, état de la poche des eaux, engagement de la présentation et les soins prodigués à la parturiente).

En phase de latence :

Le premier point de dilatation doit se placer toujours à la jonction des lignes sur la verticale. Un carreau correspond à deux heures.

La phase de latence ne doit pas excéder 8 heures.

L'examen (tv) est pratiqué toutes les deux heures, sauf s'il existe un facteur de risque particulier.

En phase active :

Deux lignes obliques déterminent trois zones qui sont :

La première est la ligne d'alerte ;

La deuxième est la ligne d'action ;

La zone à gauche de la ligne d'alerte est la zone d'évolution normale du travail.

La zone située entre les deux lignes est la zone d'alerte ;

La zone à droite de la ligne d'action est la zone d'action .

La dilatation normale est de 1 cm par heure en moyenne. Un carreau représente une heure d'évolution. L'examen doit être pratiqué toutes les heures.

Quand le tracé devient anormal, la courbe s'horizontalise.

Si elle franchit la ligne d'alerte, on rentre dans la zone d'alerte.

Il faut en ce moment réagir en fonction des moyens dont dispose la formation sanitaires où l'on se trouve.

En situation éloignée, préparer d'emblée le transfert.

En situation proche d'un bloc opératoire : on peut se permettre d'attendre, en surveillant la femme de très près.

Si la courbe franchit la ligne d'action, on rentre dans la zone d'action, il faut agir (de toute façon référer).

Elle dure huit heures, pendant ce temps la dilatation du col doit atteindre 10 cm (dilatation complète). Lorsque le tracé du partogramme atteint la ligne d'alerte il peut s'agir soit d'un obstacle prævia, soit de la brièveté du cordon, soit d'un excès du volume fœtal que l'on doit prêter attention.

L'obstétricien « aux mains nues » selon Delecour et Thoulon a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques **[8]**.

- Les contractions utérines.
- Les modifications du col.

Le col doit être souple dilatable de longueur inférieure à 1.5 cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice.

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

La poche des eaux a un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence 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 **[9]**.

- 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 et de son amoindrissement.

Dans les présentations céphaliques il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre elle et la concavité sacrée : C'est le signe de FARABŒUF.

- 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 de modification des bruits du cœur en intensité et en fréquence.

A ces 5 éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : L'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle, la température et la tolérance des contractions utérines, il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

NB : Le partogramme est un outil inestimable de surveillance du travail d'accouchement.

Toute sage-femme doit être à mesure de l'utiliser correctement :

- . Pour mettre en évidence les facteurs de risque.
- . Pour mettre en évidence une pathologie du travail de l'accouchement ou des suites de couches.
- . Pour prendre une décision de traitement ou de référence adaptée à la situation.

Il ne sert à rien :

- de remplir un partogramme sans prendre de décision.
- de remplir un partogramme après l'accouchement !!!!

Dans un service, les partogramme devraient être systématiquement discutés après la garde par le gynéco-obstétricien et les sages-femmes, en réunion de service.

4. Thérapeutiques obstétricales :

4.1 La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel par ouverture chirurgicale de l'utérus. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie, de traumatisme le rend beaucoup plus large sur l'indication de la césarienne. 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 bassins rétrécis,
- les tumeurs prævias,
- le placenta prævia hémorragique,
- l'hématome rétro-placentaire,
- les présentations anormales, essentiellement la présentation de l'épaule et du front,

Nous avons d'autres indications :

- la procidence du cordon,
- la présentation de la face,
- la souffrance fœtale,
- l'utérus cicatriciel,
- les bassins limites.

4.2 Le forceps :

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction, destiné à tenir la tête du fœtus pendant le travail et 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 l'arrêt de la progression de la tête fœtale, associé ou non à une souffrance fœtale.

D'autres indications sont :

- le diamètre bipariétal élevé supérieur à 9,5 cm (bassin normal),
- l'état de fatigue maternelle.

4.3 Quelques manœuvres obstétricales :

4.3.1 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 médius d'une

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 répartis 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 brachial, élongation médulo-bulbaire).

4.3.2 Manœuvre de Bracht :

Elle est indiquée en cas de rétention de la tête dernière au niveau du détroit inférieur dans les présentations du siège.

La technique est la suivante : dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus saisi par les faces antérieures des cuisses 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.

4.3.3 La grande extraction du siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du deuxième 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 :

➤ Premier temps :

C'est le temps d'abaissement d'un pied. S'il s'agit d'un siège complet, une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible ou les deux pieds et par

traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

➤ **Deuxième 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 dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

➤ **Troisième temps :**

Accouchement des épaules, la traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur sont placés sur le sacrum, les deuxièmes et troisièmes 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 antéropostérieur. Pour dégager les 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. On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le deuxième et le troisième doigt le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face postérieure du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui

on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

➤ **Quatrième temps :**

Accouchement de la tête dernière, l'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelques fois avec application de forceps au détroit inférieur. L'expression abdominale est pendant ce quatrième temps particulièrement indiquée.

5. Définition des termes :

5.1 Référence au Mali :

Transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.

5.2 Référence SAGO (Dakar 1998):

Concerne une parturiente pendant sa grossesse, avant le début du travail pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de santé de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie de la grossesse.

NB : Par définition une femme non suivie en CPN ne peut être référée, elle est évacuée.

5.3 Evacuation au Mali :

C'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

5.4 Evacuation SAGO (Dakar 1998) :

L'évacuation concerne une parturiente en travail d'accouchement, évacuée en urgence ou non, en travail mais pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.

5.5 ASACO :

Association de Santé Communautaire, dont le bureau est mis en place par la population (en principe les membres adhérents) et qui crée le CSCOM.

5.6 CSCOM :

Centre de Santé Communautaire géré par une équipe technique d'agents de santé et le bureau ASACO.

IV Matériels et méthode :

1- Cadre d'étude : Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

Il est situé dans la plus grande et plus peuplée commune de Bamako avec 94 km² de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km².

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a en son sein un CSCOM.

Les principales activités menées par la population sont :

- L'agriculture,
- le maraîchage, pêche, élevage.
- Le petit commerce, transport et artisanat
- Existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre) qui correspond à la haute période de transmission du paludisme.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais aussi de certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) mais aussi de son ancienneté plus vieux centre de santé du district.

La maternité du centre fait en moyenne 15 accouchements par jour.

1.1- Organisation du service :

a) Infrastructure du service :_

Le service se compose de deux bâtiments :

- Premier bâtiment qui est le bloc opératoire, est composé de :
 - Deux salles d'opération,
 - Une salle de réveil,
 - Une salle de préparation pour chirurgien
 - Une salle de consultation pré-anesthésique,
 - Une salle de nettoyage des instruments,
 - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Un second bâtiment en étage :
 - Au rez-de-chaussée on a :
 - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.
 - Une unité de consultation prénatale
 - Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
 - Une salle de consultation pour médecin chirurgien.
 - Une unité ORL.
 - Une unité ophtalmologique
 - Une unité odonto-stomatologique.
 - Un laboratoire
 - Une salle d'injection.

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

- Une salle de pansement
- Une unité PEV
- Une pharmacie pour médicaments génériques
 - A l'étage on a :
 - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, système informatique sanitaire, service d'hygiène}
 - Une salle de consultation gynécologique
 - Une salle de consultation pédiatrique
 - Une salle d'hospitalisation pédiatrique
 - Une unité de planning familial
 - Une unité de consultation post natale
 - Une salle de réunion
 - Des toilettes.

Ailleurs, on a :

- Une maison pour le gardien.
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre
- Des toilettes.

b) Le personnel :

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	2
Médecin généraliste	5
Médecin chirurgien	1
Pharmacien	0
Médecin santé publique	0
Etudiants thésards	18
Radiologue	0
Médecin ophtalmologue	0
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2
Matrones	4
Techniciens spécialisés en santé mentale	0
Techniciens spécialisés en soins dentaires	4
Techniciens spécialisés en radiologie	0
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	4
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	5
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	5
Chauffeurs mécaniciens	0
Aide soignant	16
Manœuvres + gardien	9
Total	150

c) Fonctionnement du service :

Une réunion se tient tous les jours à huit trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service

Des consultations gynécologiques les Lundis et Mardis, le dépistage du cancer du col les Mercredis

Deux séances d'échographie par semaine

Un programme opératoire réservé aux jeudis

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé

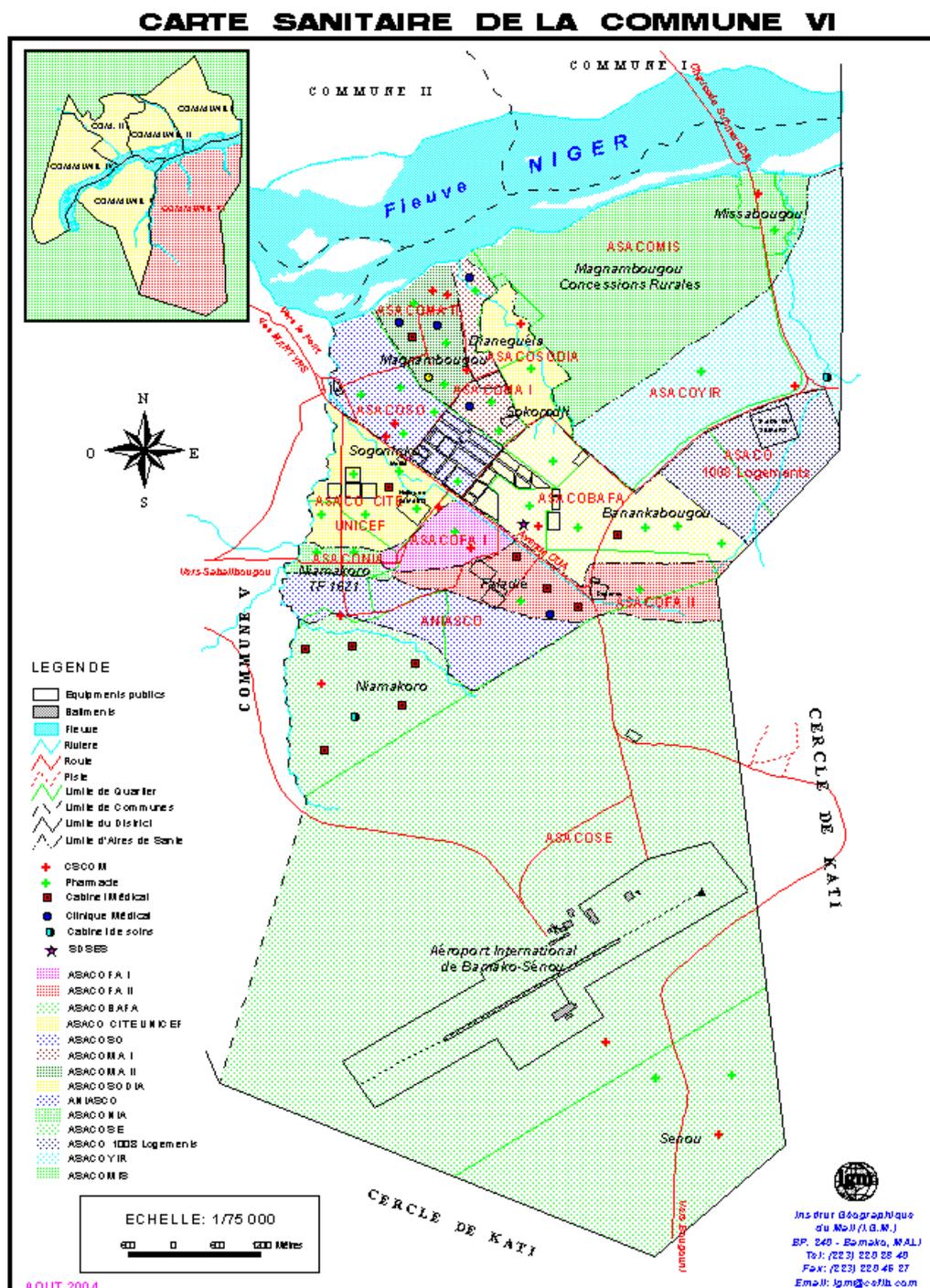
Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Une équipe de garde qui assure la permanence du centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours

Les activités de santé publique sont menées

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi



ptive

travail est une étude transversale, descriptive et prospective.

2. Type d'étude :

Notre travail est une étude transversale, descriptive et prospective.

3. Période d'étude :

Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006 soit une période de 12 mois.

4. Population d'étude:

Il s'agit de toutes les femmes enceintes admises en urgence à la maternité du CS Réf CVI du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006.

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusion :

Toute parturiente admise en urgence référée ou non pour un problème obstétrical au service de gynécologie-obstétrique du CS Réf CVI.

5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas fait partie de l'échantillon :

Toutes femmes admises pour pathologie non obstétricale.

6. Supports des données:

Le recueil de données a été fait à partir des questionnaires servant de fiche d'enquête, du carnet de santé de la mère, du registre d'accouchement, du registre d'hospitalisation, du registre du bloc opératoire, et des supports de l'évacuation : fiche d'évacuation, partogramme, cahier de référence/évacuation.

7. Traitement des données :

Les données ont été saisies sur Word 2007 et Excel 2007 pour les graphiques. Les données ont été analysées sur le logiciel EPI INFO version 6.0 fr. Le test statistique utilisé est le khi 2.

V- RESULTATS :

Au CS Réf C VI nous avons recensé du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006, 547 patientes évacuées sur un total de 4760 accouchements soit une fréquence de 11,49%.

1-Fréquence :

Tableau 2: Répartition en fonction de la fréquence des évacuations

Mois	Nombre d'accouchements	Evacuées	Fréquence (%)
------	------------------------	----------	---------------

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Janvier	318	27	8,49
Février	273	22	8,05
Mars	357	41	11,48
Avril	344	50	14,53
Mai	381	42	11,02
Juin	347	43	12,39
Juillet	398	43	10,80
Août	442	53	11,99
Septembre	462	47	10,17
Octobre	572	72	12,58
Novembre	473	59	12,47
Décembre	393	48	12,21
Total	4760	547	11,49

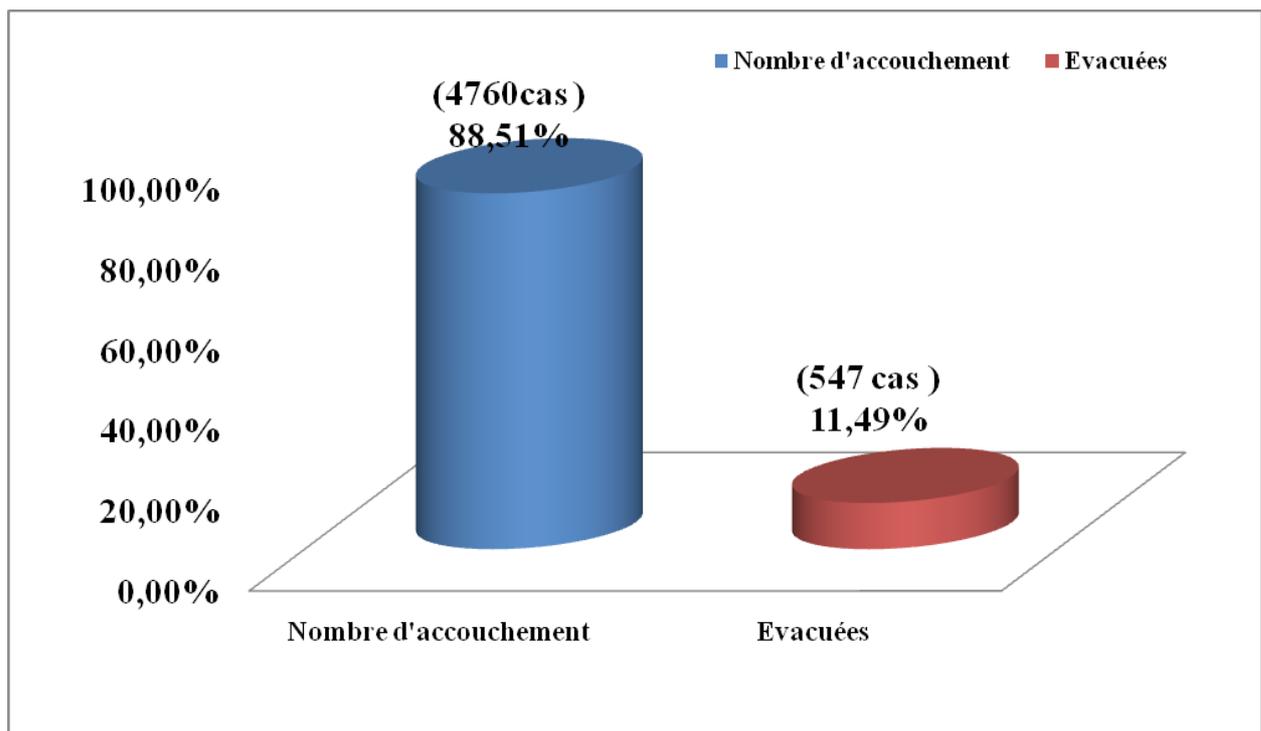


Figure N° 13 : Répartition en fonction de la fréquence des évacuations

2-Profil socio-demographique :

2-1-Age :

Tableau 3 : Répartition en fonction de l'âge

Age du malade	Effectif absolu	Pourcentage
15-19 Ans	285	47,18
20-24 Ans	160	26,49
25-29 Ans	85	14,07
30-34 Ans	54	8,95
35-39 Ans	18	2,98
40-43 Ans	2	0,33
Total	604	100

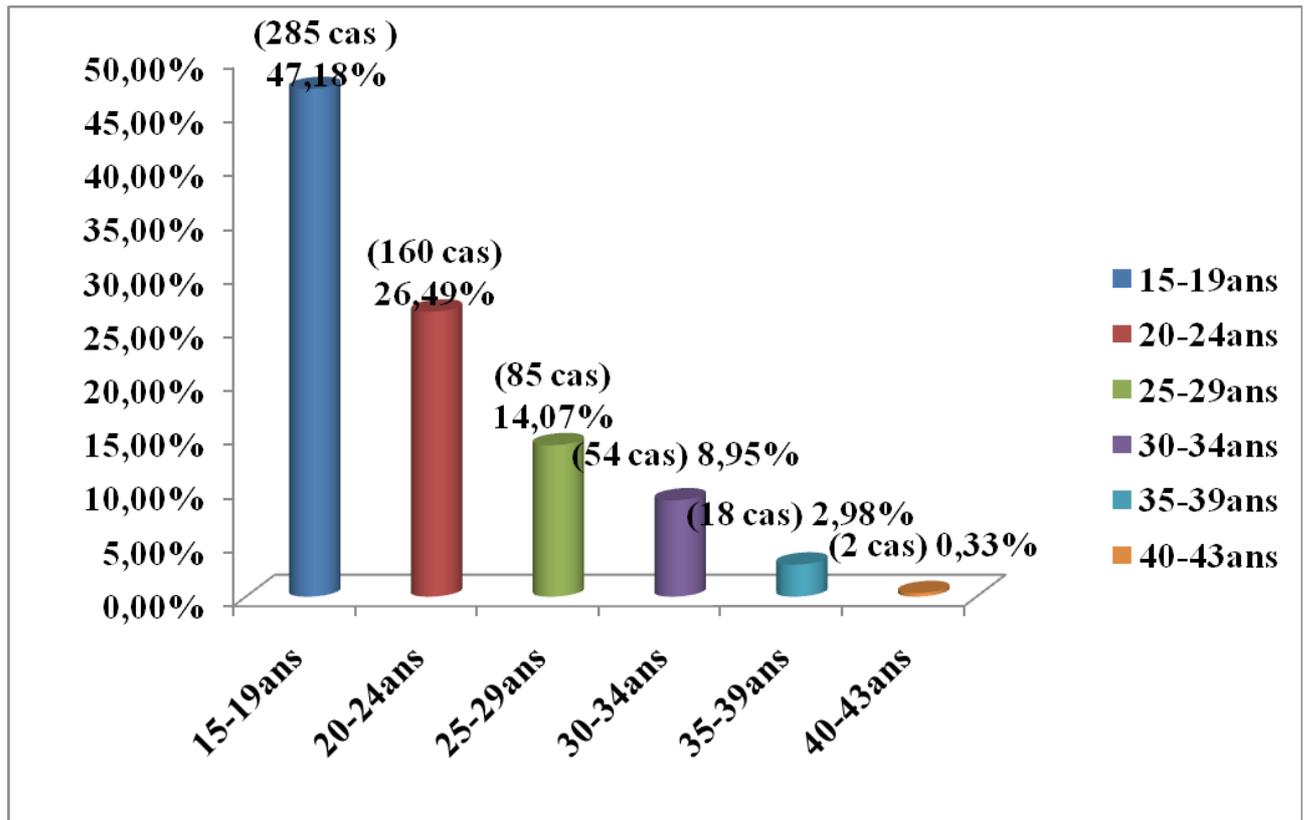


Figure N° 14 : Répartition en fonction de l'âge

2-2-Profession :

Tableau 4 : Répartition en fonction de la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	560	92,71
Elève/Etudiante	8	1,32
Aide ménagère	10	1,66
Commerçante	17	2,81
Autres	9	1,50
Total	604	100

Autres : Teinturière 3, Coiffeuse 4, Sans profession 2

2-3-Ethnie :

Tableau 5 : Répartition en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bambara	315	52,15
Peulh	40	6,62
Malinké	48	7,95
Soninké	58	9,60
Dogon	67	11,10
Senoufo	17	2,81
Sonrhäï	15	2,49
Bobo (bwa)	18	2,98
Minianka	6	1
Bozo	6	1
Kassonké	5	0,82
Forgeron	4	0,66
Autres	5	0,82
Total	604	100

Autres : Maure 1, Arabe 2, Ghanéen 1, Ouolof 1

2-4-Statut matrimonial :

Tableau 6: Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariée	547	90,23
Célibataire	57	9,44
Divorcée	2	0,33
Total	604	100

Tableau 7 : Répartition des parturientes en fonction des structures de santé ayant procédé à l'évacuation.

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage	Distance en km
Aire de santé de la Commune VI	48		
Asacose	105	17,38	15
Asaconia	90	14,90	6
Asacoyir	70	11,60	10
Asacobafa	67	11,10	5
Aniasco	60	9,93	8
Asacoma	36	5,97	3
Asacofa	15	2,48	4
Asacomis	10	1,65	12
Asacosodia	7	1,16	6
Asacoso	4	0,66	0,3
Asacocy	2	0,33	7
Miproma	5	0,82	5
Maternité base 101 senou	10	1,65	
Cabinet médical djiguiya niamakoro secteur III	2	0,33	
Cabinet médical sama annexe senou	3	0,50	
Aire de santé du cercle de Kati	61		
Baguineda	37	6,12	22,6
Asacosime (sirakoro meguetana)	13	2,16	23,2
Sanakoroba	6	1	23,7
Dialakorobougou	3	0,50	14,7
Dialakoroba	2	0,33	61,4
Autre provenance			
Venant de la maison	57	9,43	
Total	604	100	

Tableau 8 : Répartition en fonction de la provenance

Provenance des parturientes	Effectif absolu	Pourcentage
Commune VI	486	88,84
Hors Commune VI	61	11,16
Total	547	100

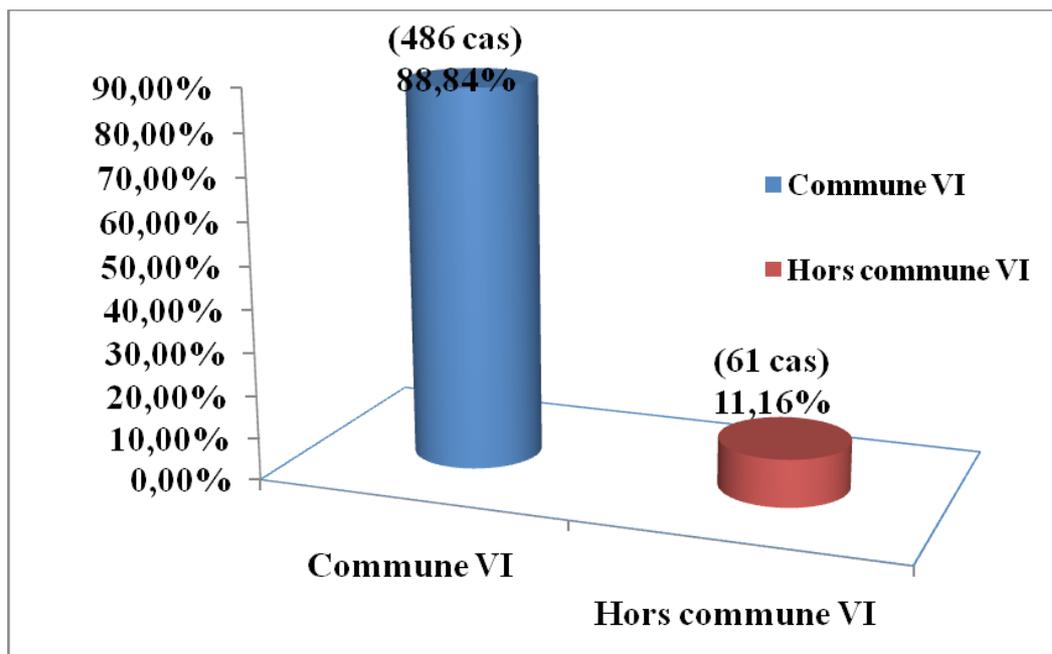


Figure N° 15 : Répartition en fonction de la provenance

Tableau 9 : Répartition en fonction de l'agent de santé ayant décidé de l'évacuation

Agent de santé ayant décidé de l'évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Médecin	90	16,46
Sage-femme	303	55,39
Infirmière obstétricienne (IO)	38	6,95
Infirmier d'état (ICPM)	40	7,31
Matrone	62	11,33
Faisant fonction d'interne	14	2,56
Total	547	100

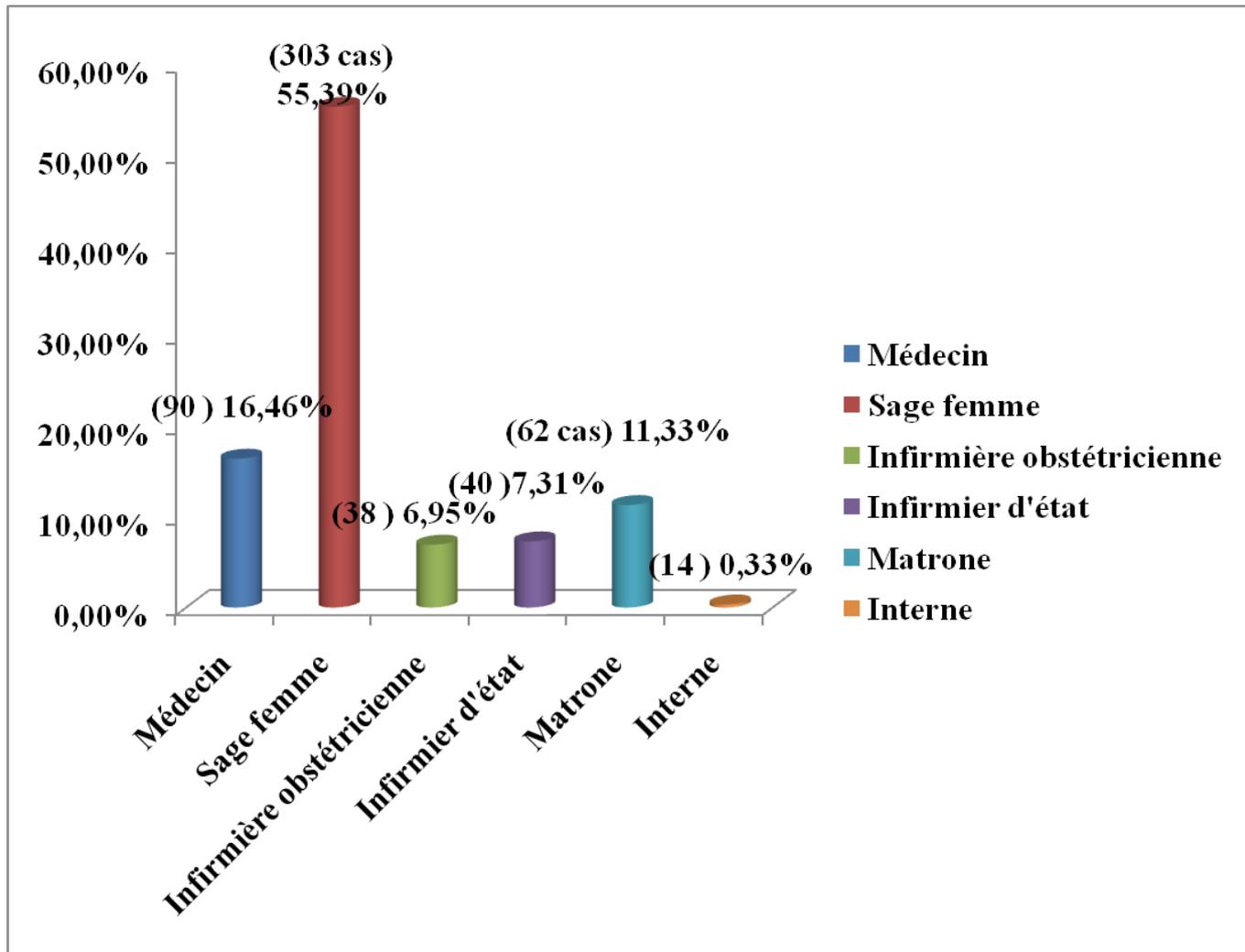


Figure N° 16 : Répartition en fonction de la qualité de l'agent demandeur de l'évacuation

Tableau 10 : Répartition selon les motifs d'évacuation

Motifs d'évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Dilatation stationnaire	82	15
Utérus cicatriciel	67	12,24
Hauteur utérine excessive	37	6,8
Hémorragie sur grossesse	30	5,48
Souffrance fœtale aiguë (SFA)	25	4,6
Disproportion fœto-pelvienne (DFP)	24	4,38
Eclampsie	50	9,13
Manque d'efforts expulsifs	26	4,74
Placenta prævia hémorragique (PPH)	20	3,65
Procidence du cordon	20	3,65
Présentation transversale	18	3,29
Contractions utérines douloureuses sur grossesse à terme	16	2,92
Rupture prématurée des membranes (RPM)	12	2,20
Hématome retro-placentaire (HRP)	10	1,82
Bassin limite	9	1,64
Présentation du front	8	1,46
Grossesse arrêtée	8	1,46
Présentation de l'épaule	8	1,46
Bassin généralement rétréci (BGR)	6	1,10
Travail prolongé	6	1,10
Syndrome de pré rupture utérine	6	1,10
Hémorragie du post partum	6	1,10
Dystocie de démarrage	5	0,91
Rétention du deuxième jumeau (J2)	5	0,91
Absence d'engagement à dilatation complète	4	0,73
Présentation de siège chez une primipare	4	0,73
Refus d'être examinée	4	0,73
Anémie sévère sur grossesse	3	0,54
Femme de courte taille	3	0,54
Procidence du bras	2	0,36
Femme boîteuse	2	0,36
Présentation de la face	2	0,36

Suite Tableau 10 : Répartition selon les motifs d'évacuation

Motifs d'évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Utérus cicatriciel sur bassin généralement rétréci	2	0,36
Primipare jeune +bassin immature	2	0,36
Présentation haute	1	0,19
Présentation de siège sur utérus cicatriciel	1	0,19
Grossesse gémellaire avec J1en siège	1	0,19
Cardiopathie sur grossesse à terme	1	0,19
Hauteur utérine excessive sur présentation de siège	1	0,19
Primipare âgée	1	0,19
Rétention de la tête dernière	1	0,19
Indéterminé	8	1,46
Total	547	100

Tableau 11 : Répartition selon le délai d'évacuation

Délai d'évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Instantanée	43	12,57
5-15 Minutes	8	2,34
15-30 Minutes	116	33,92
30-60 Minutes	32	9,36
90-120 Minutes	24	7,02
2-3 Heures	34	9,94
3-4 Heures	11	3,21
4-6 Heures	12	3,51
6-8 Heures	33	9,65
8-12 Heures	21	6,14
12 -14 Heures	3	0,88
14-24 Heures	1	0,30
24-48 Heures	4	1,16
Total	342	100

Tableau 12: Répartition des parturientes selon la présence des supports lors de l'évacuation

Supports d'évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Partogramme	191	34,92
Partogramme et fiche de référence/évacuation	118	21,58
Fiche de consultation	95	17,36
Fiche de référence/évacuation	113	20,66
Référence verbale	22	4,02
Lettre	8	1,46
Total	547	100

Tableau 13 : Répartition en fonction de l'utilisation du partogramme

Utilisation du partogramme	Effectif absolu	Pourcentage
Utilisé	309	56,49
Non utilisé	238	43,51
Total	547	100

Tableau 14 : Répartition en fonction de la qualité de remplissage du partogramme

Qualité de remplissage du partogramme	Effectif absolu	Pourcentage
Correcte	211	38,58
Non correcte	98	17,91
Non utilisé	238	43,51
Total	547	100

Correcte : Toutes les rubriques (identité de la parturiente, facteurs de risques, courbe de la dilatation du col, éléments de surveillance de la mère et du fœtus) sont bien remplies.

Non correcte : Seulement quelques rubriques sont remplies.

Tableau 15 : Répartition des partogrammes non corrects en fonction du type d'erreurs commises

Type d'erreurs commises	Effectif absolu	Pourcentage
Examen non marqué		
toutes les 2 Heures à la phase de latence	29	29,60
Examen non marqué		
chaque Heure à la phase active	19	19,39
Premier examen non marqué sur la ligne d'alerte en phase active	10	10,20
Tous les médicaments administrés et gestes ne sont pas marqués	40	40,81
Total	98	100

Tableau 16 : Répartition en fonction du traitement reçu avant évacuation

Traitement reçu avant évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Buthylhyocine	64	41,02
Spasfon injectable	13	8,33
Epilat capsule	9	5,77
Sérum glucosé+syntocinon	8	5,12
Diazépam injectable	7	4,50
Methyldopa 250mg comp	7	4,50
Non déterminé	7	4,50
Perfusion de glucosé et de spasfon inj	6	3,85
Perfusion de ringer lactate	6	3,85
Catapressan et buthylhyocine injectable	3	1,92
Oxytocine	4	2,56
Sérum glucosé+oxytocine+buthylhyocine	3	1,92
Buthylhyocine inj et oxytocine	3	1,92
Spasfon +perfusion d'oxytocine	2	1,28
Sérum glucosé+buthylhyocine inj	2	1,28
Epilat capsule+diazépam inj	2	1,28
Perfusion glucosé et B complexe inj	1	0,64
Ceftriaxone inj	1	0,64
Spasfon suppo et amoxicilline 500mg	1	0,64
Sérum glucosé et sonde urinaire	1	0,64
Sérum glucosé +quinimax 600mg inj	1	0,64
Catapressan et sérum glucosé +oxytocine +spasfon	1	0,64

Suite Tableau 17 : Répartition en fonction du traitement reçu avant évacuation

Traitement reçu avant évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Buthylhyocine+spasfon+syntocinone	1	0,64
Spasfon et buthylhyocine	1	0,64
Buscopan inj et sérum glucosé+spasfon	1	0,64
Sérum glucosé+catapressan+spasfon inj	1	0,64
Total	156	100

Tableau 18: Répartition en fonction du temps mis entre la prise de décision et l'évacuation

Durée(Heures)	Effectif absolu	Pourcentage
0-1H	191	34,92
1H01Mn-2H	118	21,58
2H01Mn-3H	113	20,66
3H01Mn-4H	95	17,36
4H01Mn-5H	22	4,02
>5H	8	1,46
Total	547	100

Tableau 19 : Répartition en fonction du mode d'évacuation

Mode d'évacuation	Effectif absolu	Pourcentage
Assistance médicale	388	70,93
Sans assistance médicale	159	29,07
Total	547	100

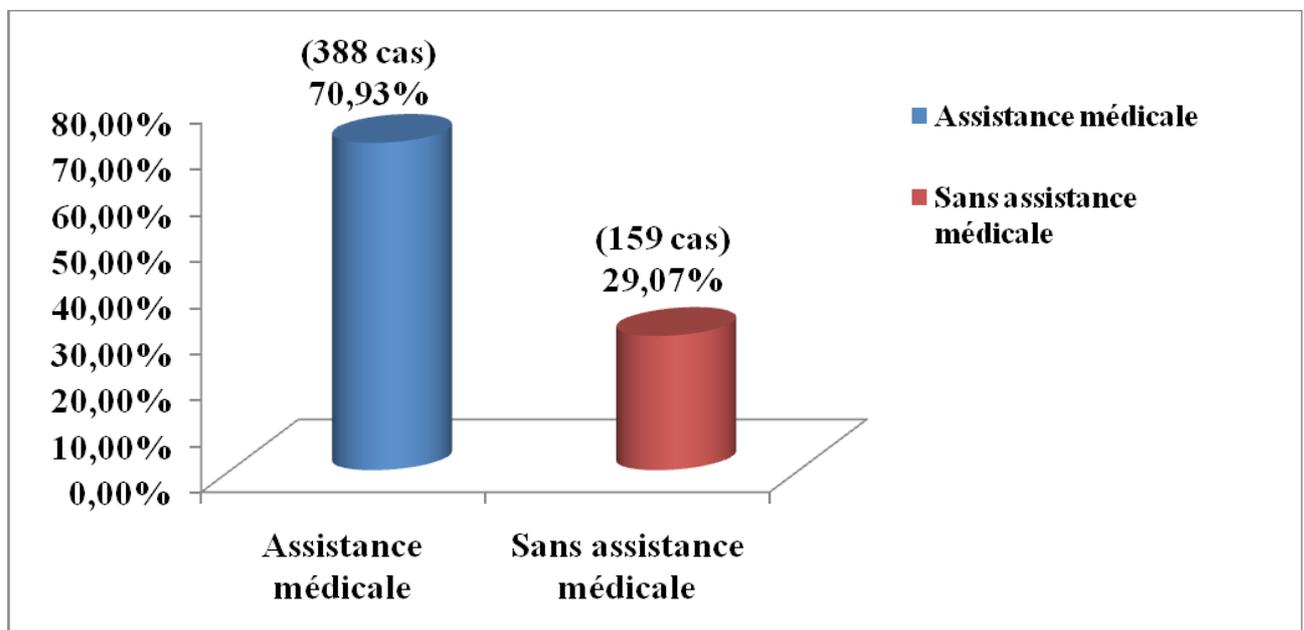


Figure N° 17 : Répartition en fonction du mode d'évacuation

Tableau 20 : Répartition en fonction des moyens logistiques pour l'évacuation

Moyens logistiques utilisés	Effectif absolu	Pourcentage
Ambulance	385	70,38
Taxi	85	15,54
Voiture personnelle	74	13,53
Transport en commun	3	0,54
Total	547	100

Tableau 21 : Mode d'admission des parturientes

Mode d'admission des parturientes	Effectif absolu	Pourcentage
Evacuées	547	90,57
Venues d'elle mêmes en situation d'urgence	57	9,43
Total	604	100

Tableau 22 : Répartition selon les moyens de communication utilisés pour l'évacuation

Moyens de télécommunication utilisés	Effectif absolu	Pourcentage
RAC (Kati)	23	4,20
Téléphone	356	65,09
Aucun	168	30,71
Total	547	100

Tableau 23: Répartition selon le statut de l'agent de sante accompagnateur

Agent de santé accompagnateur	Effectif absolu	Pourcentage
Matrone	186	47,94
Infirmière obstétricienne	137	35,31
Aide soignante	26	6,70
Sage femme	21	5,41
Infirmier	9	2,32
Interne	7	1,80
Médecin	2	0,52
Total	388	100

Tableau 24: Répartition selon la présence de voie veineuse

Abord veineux	Effectif absolu	Pourcentage
Sans voie veineuse	487	89,03
Voie veineuse avec cathéter	55	10,06
Voie veineuse avec cathéter et perfusion	5	0,91
Total	547	100

Tableau 25: répartition en fonction de la distance parcourue pour l'évacuation

Distance parcourue	Effectif absolu	Pourcentage
0-5 km	127	23,22
6-15 km	359	65,63
Supérieur à 15 km	61	11,15
Total	547	100

Tableau 26: Répartition en fonction de la durée du trajet parcouru

Durée	Effectif absolu	Pourcentage
< 1 heure	196	52,27
1 heure -2 heure	150	40
≥ 3 heures	29	7,73
Total	375	100

3- Antécédents:

Tableau 27: Répartition selon la gestité des parturientes

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	186	30,80
Paucigeste	284	47,02
Multigeste	89	14,73
Grande multigeste	45	7,45
Total	604	100

Primigeste = 1ere grossesse

Paucigeste = 2eme – 3eme grossesse

Multigeste = 4eme – 6eme grossesse

Grande multigeste = 7eme grossesse et plus

Tableau 28 : Répartition selon la parité des parturientes

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	217	35,93
Primipare	181	29,97
Paucipare	130	21,52
Multipare	60	9,93
Grande multipare	16	2,65
Total	682	100

Nullipare = 0 accouchement

Primipare = 1 accouchement

Paucipare = 2 – 3 accouchements

Multipare = 4 – 6 accouchements

Grande multipare = 7 accouchements et plus

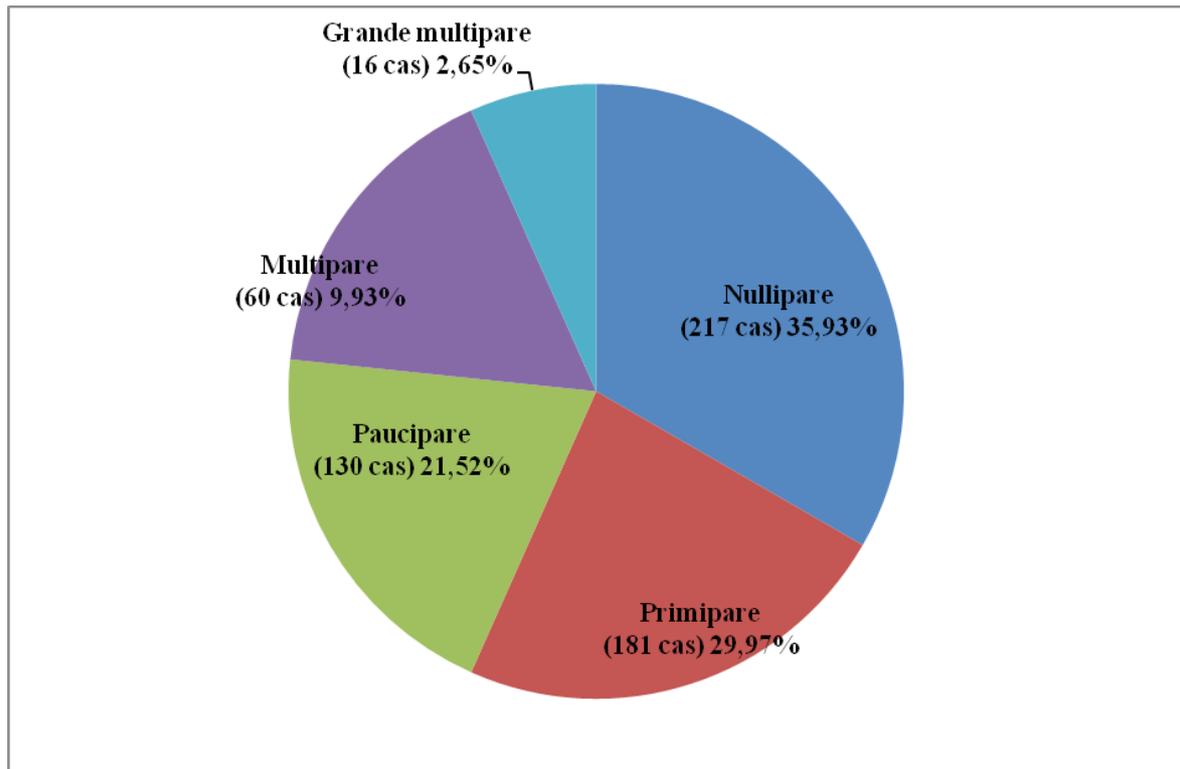


Figure N° 18 : Répartition selon la parité des parturientes

Tableau 29 : Répartition en fonction du nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif absolu	Pourcentage
1-2 enfants	206	55,83
3-4 enfants	127	34,41
≥ 5 enfants	36	9,76
Total	369	100

NB : 235 parturientes n'avaient aucun enfant vivant.

Tableau 30 : Répartition en fonction de l'intervalle inter génésique (IIG)

IIG (mois)	Effectif absolu	Pourcentage
<24	360	59,60

>24	144	18,88
Total	504	100

Tableau 31 : Répartition en fonction des antécédents de césariennes

Antécédents de césarienne	Effectif absolu	Pourcentage
0	525	86,92
1	57	9,43
2	22	3,65
Total	604	100

Tableau 32 : Répartition en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif absolu	Pourcentage
Drépanocytose AS	1	0,17
Epigastralgie	7	1,15
Asthme	3	0,50
HIV+	2	0,33
H.T.A	4	0,66
Cardiopathie	1	0,17
Dermatose	1	0,17
Aucun	585	96,85
Total	604	100

4- Examen général :

Tableau 33 : Répartition en fonction de la taille

Taille (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
<150	154	25,50
≥150	450	74,50
Total	604	100

Tableau 34 : Répartition en fonction de la tension artérielle

TA (cm/hg)	Effectif absolu	Pourcentage
<14/9	540	89,40
≥14/9	64	10,60
Total	604	100

Tableau 35: Répartition en fonction du groupage sanguin rhésus à l'admission

Groupage rhésus a l'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Groupage en urgence	385	63,74
Déjà groupée	219	36,26
Total	604	100

Tableau 36 : Répartition en fonction de la coloration des muqueuses

Coloration des muqueuses	Effectif absolu	Pourcentage
Colorées	514	85,10
Pâles	90	14,90
Total	604	100

5- Situation obstétricale à l'entrée :

Tableau 37 : Répartition en fonction du nombre de consultation prénatale (CPN)

Nombre de CPN	Effectif absolu	Pourcentage
0	279	46,20
1-3	205	33,94
≥4	120	19,86
Total	604	100

Tableau 38 : Répartition selon les auteurs des consultations prénatales

Auteurs des CPN	Effectif absolu	Pourcentage
Sage femme	222	68,30
Matrone	52	16

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Infirmière obstétricienne	43	13,23
Médecin généraliste	5	1,53
Médecin spécialiste en obstétrique	2	0,62
Interne	1	0,32
Total	325	100

Tableau 39: Répartition en fonction du terme de la grossesse

Terme grossesse	Effectif absolu	Pourcentage
Avant 37SA	17	2,81
Entre 37-42SA	585	96,86
Après 42SA	2	0,33
Total	604	100

Tableau 40: Répartition en fonction de la hauteur utérine (HU)

Hauteur utérine (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
26-30	51	8,44
31-35	522	86,43
>35	31	5,13
Total	604	100

Tableau 41: Répartition en fonction des bruits du cœur fœtal (BDCF)

Bruits du cœur foetal	Effectif absolu	Pourcentage
Absent	62	10,37
<120	17	2,85
120-160	507	84,78
>160	12	2
Total	598	100

Tableau 42: Répartition en fonction de la dilatation du col

Dilatation col (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
0	27	4,52
1-3	181	30,26
≥ 4	390	65,22
Total	598	100

Tableau 43: Répartition en fonction de la présentation du fœtus

Présentation du fœtus	Effectif absolu	Pourcentage
Céphalique	463	77,43
Siège	122	20,41

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Transverse	9	1,50
Face	2	0,33
Front	2	0,33
Total	598	100

Tableau 44: Répartition en fonction de l'engagement de la présentation

Engagement	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	448	74,92
Non	150	25,08
Total	598	100

Tableau 45: Répartition en fonction de l'état de la poche des eaux

Etat poche des eaux	Effectif absolu	Pourcentage
Intacte	249	41,64
Rompue moins de 6h	270	45,15

Rompue plus de 6h	79	13,21
-------------------	----	-------

Total	598	100
--------------	------------	------------

Tableau 46: Répartition en fonction de l'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectif absolu	Pourcentage
Clair	179	51,30
Teinté	105	30,08
Sanguinolent	60	14,32
Méconial	10	2,87
Méconial et fétide	5	1,43
Total	349	100

6- Diagnostic retenu au CS Réf CVI :

Tableau 47: Répartition en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic retenu au CS Réf CVI	Effectif absolu	Pourcentage
Dilatation stationnaire	108	17,88
Travail d'accouchement normal	97	16,05
Souffrance fœtale aigue	60	10
Défaut d'engagement	26	4,30
Disproportion fœto-pelvienne	25	4,13
Syndrome de pré rupture	24	4
Dystocie dynamique	23	3,80
Eclampsie	21	3,48
Placenta prævia (pp)	20	3,31
Temps d'expulsion >45mn	20	3,31
Insuffisance des efforts expulsifs	20	3,31
Utérus bicatriciel	18	3
Bassin limite sur utérus cicatriciel	17	2,81
Hématome retro-placentaire (HRP)	11	1,82
Procidence du cordon battant	11	1,82
Procidence du cordon non battant	9	1,50
Mort fœtale in utero (MFIU)	8	1,32
Toxémie gravidique (HTA)	6	1
Rétention de J2 (2eme jumeau)	5	0,82
Présentation de la face	5	0,82
Echec de l'épreuve du travail	5	0,82
Rétention placentaire	4	0,66
Présentation de siège chez une primipare	11	1,82

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Présentation transversale	10	1,65
Bassin généralement rétréci(BGR)	4	0,66
Bassin limite	4	0,66
Présentation du front	3	0,50
Rupture prématurée des membranes (RPM) >24h	2	0,33
Hémorragie de la délivrance	2	0,33

Suite tableau 48: Répartition en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic retenu au CS Réf C VI	Effectif absolu	Pourcentage
Bassin généralement rétréci sur utérus cicatriciel	2	0,33
Bassin asymétrique	2	0,33
Macrosomie fœtale	2	0,33
Hauteur utérine excessive sur bassin limite	2	0,33
Rétention de la tête dernière	1	0,16
Rupture utérine	1	0,16
Cardiopathie sur grossesse	1	0,16
Grossesse gémellaire avec J1 en siège	11	1,82
Pré rupture sur présentation de l'épaule	1	0,16
Placenta prævia + hematome retro-placentaire	1	0,16
Présentation de siège sur utérus cicatriciel	1	0,16
	604	100

Total

Tableau 49: Répartition en fonction de la discordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CS Réf C VI

Discordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu	Effectif absolu	Pourcentage
Discordant	223	40,77 %
Non discordant	324	59,23 %
Total	547	100

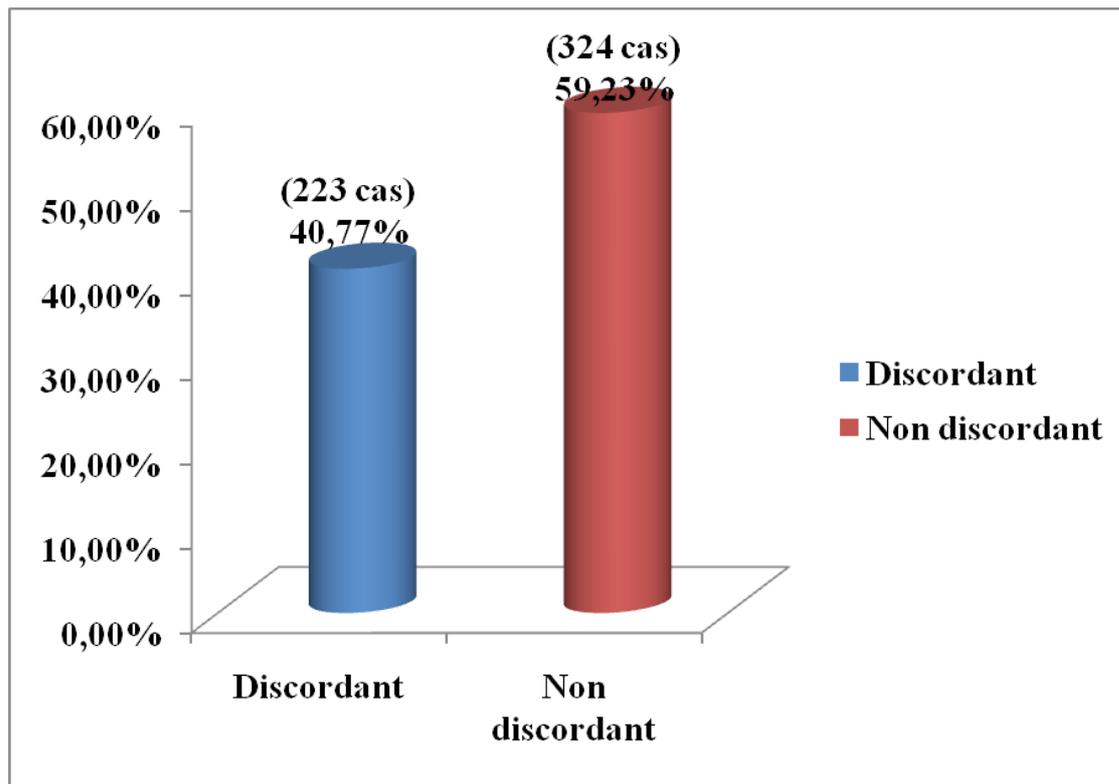


Figure N° 19 : Répartition en fonction de la discordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CS Réf C VI

Tableau 50: Répartition en fonction de la discordance entre le diagnostic retenu et le motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Dilatation stationnaire	hu excessive+ssiège	DF P	Hémorragies	Insuffisance des efforts expulsifs	Syndrome de prérupture	Dystocie de démarrage	HU excessive	Travail prolongé	Refus d'être examinée	Indéterminés	Total
Diagnostic retenu												
Travail d'accouchement	74					3	4	6	3	3	3	96
SFA	2		21	30				4			3	60
DFP	1				6	1		16		1		25

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Echec de l'EDT	4						1					5
Grosse sse gémellaire		1	1					8				10
Défaut d'engagement			2		15	2		3	2		2	26
RU									1			1
Total	81	1	24	30	21	6	5	37	6	4	8	223

7-Conduite à tenir :

Tableau 51: Répartition en fonction de l'acte effectuée au CS Réf C VI

Acte effectué	Effectif absolu	Pourcentage
Accouchement par voie basse	351	65,36
Césarienne gratuite	176	32,77
Laparotomie pour rupture utérine	1	0,19
Forceps	3	0,56
Délivrance artificielle	6	1,12
Total	537	100

Tableau 52 : Répartition en fonction du niveau de la transfusion effectuée en urgence.

Niveau de transfusion en urgence	Effectif absolu	Pourcentage
Transfusée	93	17,31
Non transfusée pour non disponibilité de sang	27	5,03
Transfusion non indiquée	417	77,66
Total	537	100

Tableau 53: Répartition en fonction de la contre référence

Contre référence	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	450	82,27
Non	97	17,73
Total	547	100

Tableau 54: Répartition en fonction du temps mis entre la prise de décision de la césarienne et l'extraction du fœtus

Temps entre prise de décision de césarienne et l'extraction du fœtus	Effectif absolu	Pourcentage
20 – 30 Minutes	153	86,93
30 – 40 Minutes	17	9,66
40 – 60 Minutes	6	3,41
Total	176	100

8-Résultat de la prise en charge :

8-1-Nouveau-né :

Tableau 55: Répartition en fonction de l'apgar du nouveau-né

Score d' apgar	Effectif absolu	Pourcentage
0	50	9,4
1-7	9	1,6
>7	472	89
Total	531	100

Tableau 56 : Répartition en fonction de l'apgar sur l'acte effectué

Apgar Acte effectué	0		1-7		>7		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Accouchement par voie basse	45	90	4	44,5	302	64	351	66,1
Césarienne gratuite	4	8	2	22,2	170	36	176	33,1
Laparotomie pour rupture utérine	1	2	0	0	0	0	1	0,2
Forceps	0	0	3	33,3	0	0	3	0,6
Total	50	100	9	100	472	100	531	100

Khi 2 = 2,356

ddl = 6

P = 0,001883

Tableau 57: Répartition selon l'état du nouveau-né au moment de l'accouchement

Etat de l'enfant	Effectif	
	absolu	Pourcentage
Satisfaisant	488	90,20
Mort- né frais	34	6,29
Mort- né macéré	16	2,96
Transfert en pédiatrie pour prématurité	3	0,15
Total	541	100

Tableau 58: Répartition en fonction du poids de naissance

Poids (gramme)	Effectif absolu	Pourcentage
< 2500	38	7,02
2500 – 3999	495	91,50
≥ 4000	8	1,48
Total	541	100

Tableau 59: Répartition selon les circonstances de mortinaissance

Causes mort-nés	Effectif absolu	Pourcentage
Procidence du cordon non battant	9	18
MFIU	8	16
HRP	7	14
Retard à l'expulsion	5	10
PP	4	8
SFA/DFP	4	8

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

Anémie sévère de la mère	3	6
Rétention de J2	2	4
Hydramnios s aigu	2	4
RPM >72h	2	4
Toxémie gravidique	1	2
MFC	1	2
Rétention tête dernière	1	2
Rupture utérine	1	2
Total	50	100

8-2-La mère :

Tableau 60: Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif absolu	Pourcentage
0-2	292	54,37
3-5	230	42,83
> 5	15	2,80
Total	537	100

Tableau 61: Répartition en fonction de l'évolution des suites de couche

Suites de couche	Effectif absolu	Pourcentage
Normales	507	94,41
Complicquées	30	5,59
Total	537	100

Tableau 62: Répartition en fonction des complications des suites de couche

Type de complication	Effectif absolu	Pourcentage
Hypertension artérielle	10	33,33
Suppuration pariétale	7	23,33
Hémorragie	6	20
Anémie	5	16,67
Endométrite	2	6,67
Total	30	100

NB : aucun décès maternel n'a été constaté ni à l'arrivée, ni au cours de l'hospitalisation.

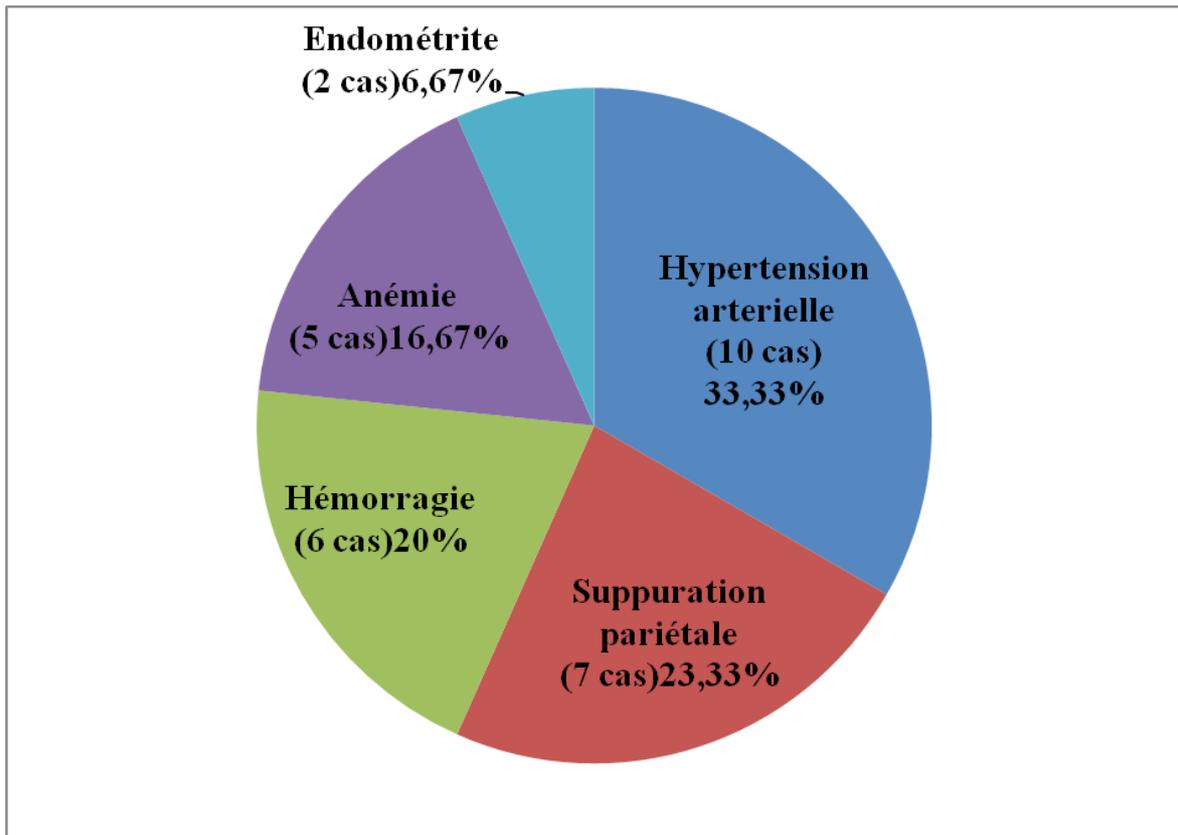


Figure N° 20 : Répartition en fonction des complications des suites de couche

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Fréquence :

Durant la période d'étude (12 mois) 4760 accouchements ont été effectués à la maternité du CS Réf C VI dont 547 évacuées soit une fréquence de 11,49%.

Cette fréquence est voisine à celle rapportée par THIERO [29] au CHU Gabriel Touré 11,50%, mais elle est inférieure à celle rapportée par FALL [6] au Sénégal 12,97%. Elle est supérieure à celle rapportée par MACALOU [30] à l'hôpital régional de Kayes 6,14% et à celle de BALDE [14] en Guinée Conakry 5,82%.

La fréquence des évacuations est diversement appréciée, cela dépend du mode de recrutement et de la zone.

Les évacuations sont exceptionnelles dans les pays développés car il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [9].

2-Profil socio-demographique :

Les bambaras et les dogons sont les ethnies dominantes de notre étude avec respectivement 315 cas soit 52,15% et 67 cas soit 11,10%.

L'âge moyen des évacuées est 17 ans \pm 2 ans. Les extrêmes sont 15 et 43 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 19 ans avec 285 cas soit 47,18%. Cela s'explique par la simple raison que c'est la tranche d'âge où l'activité génitale est accrue dans notre étude.

285 cas soit 47,18% des parturientes évacuées étaient des adolescentes.

S'agissant du statut matrimonial, les femmes mariées viennent au premier rang avec 90,23% soit 547 cas.

Quant à l'activité principale exercée les ménagères sont les plus représentées avec 92,71% soit 560 cas.

Ces taux sont voisins de ceux trouvés par FALL [6] : 81,96% pour les femmes mariées et 92,24% pour les ménagères.

Ces taux sont également voisins de ceux trouvés par MACALOU [30] : 96,8% pour les femmes mariées et 92,8% pour les ménagères.

3-Evacuation :

3-1-Provenance et distance parcourue :

Les évacuées provenant de l'aire de santé de la Commune VI ont représenté 88,84% de la population d'étude soit 486 cas.

En dehors de la Commune VI, les évacuées provenaient dans la majorité des cas du cercle de Kati avec 11,16% soit 61 cas. Cela est dû à l'inexistence d'un bloc opératoire au CS Réf de Kati et/ou d'une équipe chirurgicale capable de pratiquer la césarienne d'où la nécessité de former les médecins généralistes à compétence chirurgicale pour la pratique de l'opération césarienne.

La distance moyenne parcourue par les évacuées est 13,35 km. Les extrêmes sont de 0,3 à 61,4 km.

3-2-Qualification de l'agent de santé qui a décidé de l'évacuation :

Le nombre de personnel exerçant dans nos formations sanitaires est loin d'être satisfaisant tout comme leur qualification.

Les centres de santé qui évacuent les parturientes comptent en moyenne un médecin ou un infirmier chef de poste médical, une sage-femme, deux ou trois matrones intervenant dans les évacuations obstétricales. Cela explique que 303 cas soit 55,39% des évacuations étaient décidées par les sages-femmes. Ce taux s'explique par leur nombre très insuffisant ou par la présence d'un médecin dans leur centre qui décidera de l'évacuation. 90 cas soit 16,46% des évacuations

étaient décidées par les médecins, 62 cas soit 11,33% par les matrones, 40 cas soit 7,31% par les infirmiers chef de poste médical (ICPM). Les infirmières obstétriciennes (IO) par contre avaient décidé de l'évacuation dans seulement 6,95% soit 38 des cas. Il s'agit dans la plupart des cas d'évacuations intervenues pendant les heures de garde, d'où la nécessité pour les formations sanitaires de recruter les sages-femmes et de leur faire assurer la garde.

3-3-Durée de séjour dans le centre qui a évacué (selon le temps écoulé avant l'évacuation) :

La durée moyenne du séjour dans le centre qui a évacué est 10 heures 45 minutes avec les extrêmes de 15 minutes et 48 heures.

116 cas soit 33,92% des parturientes avaient fait 15 à 30 minutes dans leur lieu d'évacuation. Par contre ce temps n'a pas été déterminé chez 205 parturientes. Par ailleurs, 43 cas soit 12,57% des parturientes avaient été instantanément évacuées à leur arrivée au centre de santé.

73 parturientes ont mis plus d'1 heure avant de quitter le centre après la prise de décision d'évacuation.

Les causes du retard les plus évoquées sont : manque de véhicule 34 soit 46,57% ; manque d'argent 26 soit 35,62% ; l'attente de l'ambulance 13 soit 17,81%.

3-4-Mode et moyens d'évacuation :

Sur l'ensemble des évacuations 385 cas soit 70,38% étaient effectuées par ambulance, 85 cas soit 15,54% par taxi, 74 cas soit 13,53% par véhicule personnel. Par contre seulement 3 cas soit 0,54% des évacuations étaient effectuées à bord d'un transport en commun.

Les évacuées étaient assistées d'un agent de santé pendant le parcours dans 70,93% soit 388 des cas.

3-5-Le temps mis en cours de route (durée du trajet parcouru) :

Le temps moyen mis en cours de route est 1 heure 25 minutes avec les extrêmes de 5 minutes à 6 heures. Ce temps est indéterminé chez 172 parturientes.

3-6-Motifs d'évacuation :

Les motifs les plus fréquemment rencontrés étaient :

- La dilatation stationnaire 15% soit 82 cas,
- L'utérus cicatriciel 12,24% soit 67 cas,
- L'hémorragie du troisième trimestre 10,95% soit 60 cas: dans 30 cas soit 5,48% des cas la cause de l'hémorragie n'était pas précisée. Les causes évoquées pour 5,47% soit 30 cas sont : le placenta prævia 3,65% soit 2à cas et l'HRP 1,82% soit 10 cas.
- L'éclampsie 9,13% soit 50 cas.
- La hauteur utérine excessive 6,80% soit 37 cas,
- La souffrance fœtale aiguë 4,60% soit 25 cas,
- La disproportion fœto-pelvienne 4,38% soit 24 cas,

Ces résultats diffèrent de ceux de SANKARE [13] au CS Réf C V où les évacuations étaient motivées par :

- La disproportion fœto-pelvienne 12,9%,
- Les hémorragies du troisième trimestre 11%.

Ces résultats diffèrent également de ceux de MACALOU [30] à l'hôpital régional de Kayes où les motifs d'évacuations étaient :

- La dilatation stationnaire 16,9%,
- La disproportion fœto-pelvienne 15,9%,
- L'hémorragie du troisième trimestre 16,9%,
- L'éclampsie 5,2%.

Dans le cercle de Bla, la disproportion fœto-pelvienne était le motif le plus rencontré avec 88,8% [16].

4-Les antécédents :

La gestité et la parité jouent un rôle important dans la cause des évacuations.

186 cas soit 30,80% des évacuées étaient à leur première grossesse. Par contre 284 cas soit 47,02% étaient à leur deuxième grossesse, pendant que 7,45% soit 45 cas avaient conçu une grossesse plus de six (6) fois.

En tenant compte de la silhouette des évacuées en fonction de la parité, les nullipares représentent la tranche la plus importante 35,93% soit 217 cas. Ce taux important confirme la notion de risque de la gravidité-puerpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition. Ce taux est supérieur à celui de THIERO [29] 30,6% ; mais inférieur à celui de MACALOU [30] 37,7%.

Les grandes multipares représentaient 16 cas soit 2,65% dans notre série. Ce résultat est inférieur à ceux de MACALOU [30] 13,6% ; THIERO [29] 11,9% et CAMARA [15] 9,2%. Le risque chez ces parturientes est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesses multiples et rapprochées : 360 cas soit 59,60% des évacuées avaient un intervalle inter génésique anormalement court : inférieur à 24 mois. La sensibilisation sur le danger inhérent au nombre élevé de grossesses doit être de rigueur.

5-Aspects cliniques :

5-1-Caractéristiques générales :

L'examen général des évacuées a révélé que les femmes de petite taille (inférieure à 1m50) ont représenté 25,50% soit 154 cas de la population d'étude. Dans l'étude de THIERO [29] elles ont représenté 3,2% et MACALOU [30] 5,2%.

La tension artérielle était anormalement élevée (supérieure à 140/90 mm Hg) dans 64 cas soit 10,60% des cas. Ce taux est inférieur à celui de FALL [6] 28,5% ; mais voisin à celui de MACALOU [30] 9,7%.

5-2-Situation obstétricale à l'entrée :

Les consultations prénatales permettent de prévoir certains risques au cours de la grossesse, permettant de prendre le pas sur certaines complications au cours de l'accouchement.

L'analyse de nos résultats a montré que 279 cas soit 46,20% des évacuées n'avaient fait aucune CPN. Ce taux est largement supérieur à ceux de FALL [6] 5,8% et de THIERO [29] 21,3%. Par contre, il est voisin à celui de MACALOU [30] 48,1%. Dans les 53,8% soit 325 des cas où les évacuées avaient suivi les CPN, les sages-femmes et les matrones venaient au premier rang des prestataires avec respectivement 68,30% soit 222 cas et 16% soit 52 cas.

La surveillance active du travail d'accouchement par l'utilisation correcte du partogramme permet de prendre à temps la décision d'évacuer.

Dans 43,51% soit 238 des cas le partogramme n'était pas utilisé, dans 98 cas soit 17,91% son utilisation n'était pas correcte, d'où la nécessité de poursuivre la formation des agents intervenant dans l'évacuation sur la périnatalité.

A l'admission 270 cas soit 45,15% des évacuées avaient rompu la poche des eaux depuis moins de 6 heures. Par contre elle était intacte chez 249 parturientes soit 41,64%. Le liquide amniotique était teinté dans 30,08% soit 105 des cas, hématique dans 14,32% soit 60 des cas, méconial dans 2,87% soit 10 des cas, méconial et fétide dans 1,43% soit 5 des cas.

Ces différents éléments aggravent le pronostic fœtal. C'est ainsi que nous avons observé que dans 10,37% soit 62 des cas les bruits du cœur du fœtus n'étaient pas audibles à l'auscultation. Ce taux est inférieur à celui de FALL [6] 17,5%.

6-Diagnostic retenu :

L'examen des parturientes évacuées admises dans la salle d'accouchement nous a permis de poser le diagnostic dont les plus fréquents sont :

- Dilatation stationnaire 17,88% soit 108 cas,
- Travail d'accouchement 16,05% soit 97 cas,
- Souffrance fœtale aiguë 10% soit 60 cas,
- Défaut d'engagement à dilatation complète 4,30% soit 26 cas,
- Disproportion fœto-pelvienne 4,13% soit 25 cas,
- Syndrome de pré rupture 4% soit 24 cas.

Ces résultats sont différents de ceux de THIERO [29] qui a trouvé :

- Souffrance fœtale aiguë 3,1%,
- Disproportion fœto-pelvienne 11,9%,
- Placenta prævia 2,5%,
- Présentation vicieuse 14,41%,
- Dystocie osseuse 13,8%.

Ces résultats sont également différents de ceux de MACALOU [30] qui a trouvé :

- Travail d'accouchement 19,48%,
- Souffrance fœtale aiguë 12,99%,
- Disproportion fœto-pelvienne 8,44%,
- Placenta prævia 7,79%,
- Présentation vicieuse 7,79%,
- Dystocie osseuse 6,49%.

L'analyse de nos résultats montre qu'il y a une grande discordance entre le diagnostic retenu et le motif d'évacuation : 223 / 547 cas soit un taux de 40,77%.

Sur 96 cas où le diagnostic retenu était le travail d'accouchement, le motif d'évacuation était : la dilatation stationnaire 74 cas, le syndrome de pré rupture 3 cas, la dystocie de démarrage 4 cas, la HU excessive 6 cas, travail prolongé 3 cas, refus d'être examinée 3 cas, le motif était indéterminé dans 3 cas.

Dans 1 cas la rupture utérine était retenue comme diagnostic, le motif d'évacuation était : travail prolongé.

Cette discordance est aussi retrouvée dans l'étude de THIERO [29] et de MACALOU [30] avec des taux respectifs de 51,25% et 33,6%.

Sur les 96 cas où le diagnostic du travail d'accouchement était retenu au CS Réf C VI, les matrones avaient décidé de l'évacuation dans 56 cas, les infirmières obstétriciennes(IO) dans 21 cas, les ICPM dans 12 cas, les sages-femmes dans 7 cas.

7-Conduite à tenir :

L'attitude thérapeutique dépend du diagnostic à l'admission et à l'état général de la parturiente.

Nous avons eu recours à une intervention chirurgicale dans 32,96% soit 177 des cas dont 176 cas soit 32,77% de césarienne et 1 cas soit 0,19% de laparotomie pour rupture utérine.

L'accouchement s'est terminé par la voie basse dans 65,92% soit 354 des cas. Il s'agissait : 65,36% soit 351 cas d'accouchements normaux, le forceps 0,56% soit 3 cas. Dans l'étude de THIERO [29] au CHU Gabriel Touré les interventions chirurgicales ont représenté 57,5% dont 50,63% de césarienne pendant que l'accouchement se terminait par la voie basse dans 42,5% des cas avec 39,12% d'accouchements normaux. Au centre de santé de référence de Bougouni [7] le taux de césarienne était 43,2% entre 1997 et 1998. Dans l'étude de MACALOU [30] à l'hôpital régionale de Kayes les interventions chirurgicales ont représenté 48% dont 44,8% de césarienne pendant que l'accouchement se terminait par la voie basse dans 49,4% des cas avec 44,2% d'accouchements normaux.

Dans notre étude 385 parturientes ont reçu un groupage rhésus en urgence soit 63,74% et 17,31% des parturientes évacuées ont été transfusées soit 93 cas.

◇ Temps écoulé entre la prise de décision de césarienne et l'extraction du fœtus :

En moins de 30 minutes l'extraction du fœtus était intervenue après la décision de césarienne dans 86,93% soit 153 / 176.

Elle est intervenue dans 3,41% de césarienne 40 à 60 minutes après la prise de décision. Ce léger retard s'expliquait par :

- La non disponibilité du bloc opératoire, car d'autres interventions étaient en cours dans les deux blocs opératoires,

- La non disponibilité de sang car il n'y avait pas de banque de sang fonctionnelle et la permanence n'était pas assurée au laboratoire pendant la période d'étude.

Le temps de prise en charge pourrait être réduit si :

- une mini banque de sang est opérationnelle.

NB : Au début de notre étude 48 cas (33 cas de PP hémorragique, 15 cas de HRP stade II et stade III) soit 7,94% ont été évacués aux CHU nécessitant une prise en charge de troisième niveau de référence (non disponibilité de sang au CS Réf C VI pour la transfusion au besoin).

Par ailleurs 19 parturientes soit 3,14% ont été évacuées sur les CHU durant la période d'étude pour manque de place au CS Réf C VI.

En définitive c'est 88,92% des cas soit 537 patientes qui ont reçu une prise en charge adéquate sur place au CS Réf C VI. Par contre 67 patientes soit 11,08% ont été évacuées sur les CHU.

8-Résultats de la prise en charge :

8-1-Chez le nouveau-né :

◇ Poids :

91,50% soit 495 des nouveau-nés avaient un poids normal (2500 – 3999grs) pendant que 7,02% soit 38 cas avaient un petit poids à la naissance (< 2500grs). Il s'agissait de macrosomie dans 1,48% soit 8 cas. Ce taux est inférieur à ceux de DOLO [20] 2,5%, de MOUNZIL [26] au Maroc 7,68% et de MACALOU [30] 7,9%.

◇ Apgar :

89% soit 472 des nouveau-nés avaient un score d'Apgar ≥ 7 .

1,6% soit 9 cas avaient un score morbide : 1 à 6.

Ces taux sont différents de ceux de THIERO [29] 26,6% avaient un Apgar ≥ 7 pendant que 37,65% avaient un score < 7. Taux également différents de ceux de MACALOU [30] 62,9% avaient un Apgar ≥ 7 pendant que 5,7% avaient un score < 7.

- **La mortinatalité :**

Dans notre étude nous avons enregistré 50 mort-nés soit 9,24%. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par THIERO [29] 37,5%, MACALOU [30] 31,44% et SANKARE [13] 17%.

Les causes de cette mortinaissance étaient des urgences qui demandaient une prise en charge rapide. Il s'agissait de la procidence du cordon (9/50=18%), de l'hématome retro placentaire (7/50=14%), du placenta prævia (4/50=8%), de la souffrance fœtale sur disproportion fœto-pelvienne (4/50=8%), de la rétention du 2eme jumeau (2/50=4%), de la rupture utérine (1/50=2%), de la rétention de la tête dernière (1/50=2%), de la toxémie gravidique (1/50=2%).

D'autres facteurs tels : la mauvaise surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui évacuent, le retard enregistré dans l'évacuation et la prise en charge, ont contribué à augmenter le taux de mortinatalité.

Ce taux pourrait être amélioré avec la mise en place du système de référence/évacuation comme c'était avant la gratuité de la césarienne.

- **Mortalité périnatale :**

Taux de mortinaissance = 92,42 pour 1000 naissances.

Ce taux élevé est le plus souvent dû à un retard à l'admission : sur les 50 mort-nés 45 avaient des bruits du cœur non audibles à l'auscultation.

Ce taux est inférieur à ceux de MACALOU [30] 314,5 pour 1000 naissances et de SANKARE [13] 114,6 pour 1000 naissances.

8-2- Chez la mère :

◇ L'étude des suites de couche nous a permis de recenser 30 cas de complication soit un taux de 5,59% contre 94,41% soit 507 cas de suites de couche simples normales. Ces complications étaient représentées par :

- Hypertension artérielle 10/30=33,33%,
- Suppuration pariétale 7/30=23,33%,
- Hémorragie 6/30=20%,
- Anémie aiguë sévère 5/30=16,67%,

- Endométrite 2/30=6,67%.

Ce résultat est meilleur par rapport à celui de MACALOU [30] qui a trouvé un taux de 9,1% de complication contre 90,9% de suites simples.

Ces complications pouvaient être évitées si : une banque de sang fonctionnelle était en place, le délai d'évacuation était réduit permettant une prise en charge rapide des évacuées ayant rompu la poche des eaux pour éviter la chorioamniotite responsable des 2 cas d'endométrite.

◇ La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours avec les extrêmes de 1 à 7 jours.

◇ Mortalité maternelle : durant toute notre période d'étude, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006, nous n'avons déploré aucun décès maternel.

9- Contre référence :

La contre référence est effective et faite par la sage-femme de garde après consultation du dossier en collaboration avec l'interne et/ou souvent avec le médecin ou le gynéco-obstétricien de garde.

La rétro-information constitue un système de formation continue des agents de santé à la périphérie. Elle permet le recyclage et le perfectionnement du personnel en périphérie.

Dans notre étude 450 cas soit 82,27% des fiches de référence ont été jointes des fiches de contre référence et retournées à l'origine de la référence.

10- Coût de la prise en charge :

Depuis la gratuité de la césarienne, les parturientes ne sont plus prises en charge par un système de référence/évacuation :

- Le coût du transport variait entre 250 FCFA et 5000 FCFA (avec la gratuité de la césarienne le transport est assuré par les patientes),
- Le coût moyen des autres prestations s'élève entre 7500 FCFA et 15000 FCFA.

Ainsi la mise en place opérationnelle et effective du système de référence/évacuation va permettre d'alléger la charge des parturientes.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-CONCLUSION :

Les évacuations obstétricales constituent non seulement un problème médical, mais aussi de santé publique. Dans le cadre de notre étude qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006 soit une période de 12 mois, 547 évacuées ont été recensées parmi 4760 parturientes au CS Réf C VI.

Ces évacuées provenaient surtout de l'aire de santé de la Commune VI 88,84% soit 486 cas et du cercle de Kati 11,16% soit 61 cas.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées : la distance parcourue, les conditions d'évacuation, les conditions économiques, l'âge, la parité, le motif d'évacuation.

Dans notre série nous avons fait le constat suivant :

- le très jeune âge des parturientes : 285 cas soit 47,18% avaient un âge compris entre 15 et 19 ans,
- l'influence de la parité sur ces évacuations : 217 cas soit 35,93% des évacuées étaient des nullipares,
- la qualification de l'agent qui décide de l'évacuation. Il pose le problème selon sa propre compétence et l'équipement dont il dispose. Chez 223 cas soit 40,77% des évacuées le motif ne concordait pas avec le diagnostic retenu. Ainsi les motifs d'évacuation les plus évoqués étaient : la

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

dilatation stationnaire 82 cas soit 15%, l'utérus cicatriciel 67 cas soit 12,24%, la hauteur utérine excessive 37 cas soit 6,8%, l'hémorragie sur grossesse 30 cas soit 5,48%, la souffrance fœtale aiguë 25 cas soit 4,6%, la disproportion fœto-pelvienne 24 cas soit 4,38%, pendant que les diagnostics les plus retrouvés étaient : la dilatation stationnaire 108 cas soit 17,88%, le travail d'accouchement 97 cas soit 16,05%, la souffrance fœtale aiguë 60 cas soit 10%, le défaut d'engagement à dilatation complète 26 cas soit 4,30%, la disproportion fœto-pelvienne 25 cas soit 4,13%, le syndrome de pré rupture 24 cas soit 4%.

La césarienne était le deuxième mode d'accouchement utilisé avec 32,77% soit 176 cas.

Le taux de mortinaissance était 92,42 pour 1000 naissances vivantes.

L'hémorragie maternelle, le retard à l'évacuation et à la prise en charge étaient les principales causes de mortinaissance.

Nous n'avons déploré aucun décès maternel ni à l'admission, ni pendant l'hospitalisation.

La mise en place opérationnelle et effective du système de référence/évacuation permettra de :

- diminuer le coût de la prise en charge,
- améliorer le mode d'évacuation,
- réduire le retard dans l'évacuation et la prise en charge,
- diminuer le taux de décès fœtal.

Cependant les difficultés persistent et nécessitent des recommandations.

2-RECOMMANDATIONS :

Pour alléger la souffrance des évacuées et améliorer leur pronostic nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **A court terme :**

◇ **Pour le personnel :**

- Pratiquer les CPN selon les normes afin de déceler toute anomalie de la grossesse,
- Bien surveiller le travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du partogramme,
- Evacuer à temps les parturientes devant toute urgence vers un centre plus adapté à sa prise en charge ce qui améliore le pronostic,
- Assurer un transport médicalisé (abord veineux, personnel qualifié),
- Enseigner à la population les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement par l'IEC,
- Promouvoir l'éducation pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'avortement, les accouchements à domicile, et à la méconnaissance des signes de dangers de la grossesse.

◇ **Pour la population :**

- Bien suivre les consultations prénatales aussi vite que possible dès le début de la grossesse pour améliorer la qualité de la prise en charge,
- Se présenter au centre de santé dès qu'apparaissent certains signes pendant la grossesse : saignement, contractions utérines, pertes des eaux,

- S'impliquer davantage dans le système de référence/évacuation, par le paiement des cotisations des ASACO.

◇ **Pour les autorités :**

Après l'instauration de la gratuité de la césarienne par le gouvernement de la République du Mali ayant permis de minimiser le délai entre la prise de décision de césarienne et l'acte opératoire, il faut :

- Installer une mini banque de sang,
- Doter les centres de santé communautaires, de référence des compétences obstétricales (sage-femme, gynécologue obstétricien) et du matériel approprié (matériels du bloc, table de réanimation, table d'accouchement) pour réduire le taux de mortalité fœto-maternel,
- Assurer le recyclage continu des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge parturientes.

➤ **A moyen terme :**

◇ **Pour le personnel :**

- Organiser des staffs réguliers pour la mise à niveau des agents intervenant dans l'évacuation.

◇ **Pour la population :**

- Eviter le mariage précoce, source de grossesse sur un organisme immature, impropre à l'accouchement par les voies naturelles,
- Création d'association de donneurs de sang pour venir en aide aux personnes nécessiteuses.

◇ **Pour les autorités :**

- Former des médecins généralistes à compétence chirurgicale pour la pratique de la césarienne afin qu'ils prennent en charge les urgences provenant des zones éloignées,
- Continuer la formation du personnel intervenant dans l'évacuation sur la périnatalité,

- Recruter le personnel nécessaire pour que soit assurée la garde au niveau du laboratoire.

➤ **A long terme :**

◇ **Pour les autorités :**

- Intégrer à la maternité un bloc opératoire pour abrégé le transport des parturientes,

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

VIII-REFERENCES

1- Adamson P.

Le monde est lourd.

Le progrès des nations, 1996.

2- Akpadza K et Col.

La mortalité maternelle au CHU de Tokoin, Lomé de 1990 à 1992.

Rev Fr Gynecol Obstet 1994; 89: 81-85.

3- Cissé I.

La césarienne à la maternité de l'hôpital régional de Kayes. A propos de 215 cas.

Thèse Med, Bamako, 2001, N° 37.

4- Delecour M.

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves.

Entretiens de Bichat-chirurgie et spécialités, 1980 : 177-179.

5- Diarra O.

Les urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point « G ».

Thèse Med, Bamako, 2000, N° 117.

6- Fall G (épouse Kandji).

Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence.

Recours d'Afrique sub-saharienne.

Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996.

Thèse Med, Dakar, 1996.

7- Tegueté, Diallo, Kokain, Koné, Sidibé.

Evaluation du système de référence dans le cercle de Bougouni.

Programme national de périnatalité du Mali, DSFC, 1998.

8- Corréea P et Col.

Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétricale à Dakar.

Af Med 1981 20 (189) 215-221.

9- Berland M.

Le choc en obstétrique.

Enc Med chir Paris obstet 1980. 65082A10.

10- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées :

Cellule de planification et de statistique.

Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM- IV) 2006.

11- Maguiraga M.

Etude sur la mortalité maternelle au Mali : causes et facteurs de risque au CS Réf CV du District de Bamako.

Thèse Med, Bko, 2000, N° 110.

12- Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées – DSFC :

Atelier d'harmonisation du système de référence et contre référence. Bko, Mali 2000.

13- Sankaré I.

Organisation du système de référence au CS Réf CV du District de Bamako.

Pour une période de trois ans : 1996, 1997, 1998/étude rétrospective transversale.

Thèse de Med ; Bko 2001, N° 39.

14- Baldé M D, Bastet G.

Decrease in uterine rupture in Conakry, Guinea by improvements in transfert management.

Int J Gynecol Obstet 1990; 31: 21-24.

15- Camara S (épouse Kaba).

Evacuations sanitaires d'urgence en Obstétrique: bilan de 2 années d'étude.

Thèse Méd. Bamako, 2000, N° 714.

16- Dembélé R, Diabaté L, Hachemi M, Sidibé D H, Ba S A, Sissoko E.

Evaluation du système de référence/évacuation dans le cercle de Bla, d'avril 1996 à décembre 1998.

17- Diallo M S et Col.

Mortinatalité et facteurs de risque liés au mode de vie.

Rev Fr Gynecol obstet 1996; 91: 7-5.

18- Dicko S.

Etude épidémiologique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes à propos de 160 cas.

Thèse Méd. Bamako, 2001, N° 101.

19- Direction régionale de la santé publique de Kayes : DSFC

Atelier de consensus sur l'organisation du système de référence/évacuation dans le cercle de Kayes, 2001.

20- Dolo G.

Accouchement du gros fœtus dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point «G» : à propos de 206 cas.

Thèse Méd. Bamako, 2001, N° 85.

21- Mc Carthy J, Maine D.

A framework for analyzing the determinant on maternal mortality.

Studies in family planning 1992; 23: 23-33.

22- Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique.

Edit Masson, Paris, 6ème Edit, 1995, 597p.

23- Maine D et Col.

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.

24- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées : DSFC

Cadre conceptuel du système de référence au Mali.

Atelier national d'harmonisation des systèmes de référence et contre référence, 2000.

25- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées.

Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population, 1990.

26- Mounzil C, Tazi Z, Nabil S, Choaibi C, Dehayni M, El Ferhi S, Aloonim T.

L'accouchement du fœtus macrosome : contribution à la prévention du traumatisme obstétrical : à propos de 384 cas.

27- Royston E, Amstrong S.

La prévention des décès maternels.

OMS, Genève 1990.

28- Sacko M, Diawara A B T, Drabo A, Maguiraga M, Sidibé A, Dolo A I.

La problématique des soins obstétricaux dans le cercle de Kati. Une analyse de la situation, septembre 2000.

Rap. Réseau de prévention de la mortalité maternelle du Mali, 2000.

29- Thiero M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas.

Thèse Méd. Bamako, 1995, N° 17.

30- Macalou B.

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.

Thèse Méd. Bamako, 2002, N° 142.

QUESTIONNAIRE

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI / Bamako

FICHE D'ENQUETE

N° d'identification (n° du dossier)..... N° de la fiche d'enquête

I-Renseignement démographique

Q1- Nom Q4-âge.....
Q2-prénom Q5-profession.....
Q3-Adresse Q6- Résidence.....
Q7 Ethnie.....

II – Renseignement généraux

Q8- Situation matrimonial : /..... /

a- Célibataire b- Marié
c- Divorcé..... d-Veuve.....
e- Coépouse : OUI NON..... F-nombre/...../

Q9 –Niveau d'instruction

a- Primaire..... C- Secondaire.....
b- Supérieure..... D- alphabétisation fonctionnelle.....
c- Aucun.....

Q10- Caractéristiques du procréateur :

1- Non..... 4 – âge..... 7-Ethnie.....
2- Prénom..... 5 – Profession :
3- Adresse 6- Résidence.....

7- Niveau d'instruction /..... /

a- Primaire c- Secondaire
b- Supérieur d- Alphabétisation fonctionnelle ...
e- Aucun.....

III- Mode de référence

Q11-provenance de la structure sanitaire.....

Q12-prise en charge par le système de référence/ évacuation :

Oui Non.....

Q13-Appel avant référence : oui..... Non.....

Q14-Si oui Mode de la communication : Tel Autres.....

(Préciser): // RAC...

5 -frais de référence :FCFA

6 -Evacuée avec fiche oui non

Partogramme : oui non

7 -Fiche bien remplie : Oui non

8-Qualification de l'agent qui réfère/ évacué.....

9-Qualification de l'agent qui reçoit.....

10-Motif de référence /Evacuation.....

11-Temps mis avant décision de référence / Evacuation..... (HMn)...

12-Traitement reçu avant référence / Evacuation

13- Temps mis entre prise de décision et référence / Evacuation..... (HMn).

14- Transport médicalisé oui non

15- Auto référence (venue d'elle-même) oui non

16- date et heure de départ du centre.....

17- Moyen de transport.....

a- pied ... b-taxi..., c-véhicule personnel..., d-ambulance.....

e- charrette..., f- bicyclette...,g- Transport en commun ..., h- autres.....

18- Temps mis en cours de route. (H M)

19- Distance parcourue.....(km)

20- Temps mis avant de recevoir les soins à l'hôpital /CS Réf C VI..... (HMn)

21- Raison du retard

IV- Antécédents

Obstétricaux

2- Gestité.....Q33- paritéQ37-IIG (mois).....

4- Nombre d'enfant vivant..... Q35-Nombre de fausse couche.....

Spontanée:/...../ b- provoquée:/...../

6- Nombre d'enfant décédé

18- accouchements antérieurs.....

a- césarienne... Oui/...../ Non/...../ Si Oui le nombre/...../

b- forceps.....Oui/...../ Non/...../ Si Oui le nombre/...../

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI

c- ventouse.....Oui/...../ Non /...../ Si Oui le nombre/...../

d- naturel.....Oui/...../ Non/...../ Si Oui le nombre/...../

e- manœuvre obstétricale Oui/...../ Non/.../ Si Oui le nombre/...../

B- Gynécologiques

Q39- Stérilité oui non Q41- Contraception oui non
Q40- Plastie oui non

C – Médicaux

Personnels :

Q42 – Drépanocytose Q43-DIABETE
Q43- HTA.....
Q45- Tuberculose Q44- Cardiopathie
Q47- HIV..... Q46- Asthme....

Familiaux :

Q48- Drépanocytose Q49- Diabète
Q50- HTA.....
Q52- tuberculose Q51-Cardiopathie
Q53- Asthme...

D- Chirurgicaux

Q54-Césarienne : oui non
Q55- GEU..... : oui non
Q56- GEU Rompue oui non
Q57- Myomectomie oui non
Q58- Kystectomie oui non
Q59- Laparotomie oui non
Q60- Autres.....

V- Examen général

Q61- Etat général.....
Q62- Poids.....g Q63- Taille.....cm
Q64- Conjonctives a- colorées b- moyennement
c-pales
Q65- TA..... Q66- Température.....
Q67- OMI.....oui non Q68-Pouls.....

VI- Situation obstétricale à l'entrée

A-Histoire de la grossesse

- Q69-CPN.....Q70-Lieu.....
Q71-Auteur(Prestataire).....
Q72- Age gestationnel.....(S A)
Q73- DDR.....

B- Examen obstétrical

- Q74- Hauteur utérine.....cm
Q75- BDCF.....Battement/mn Q76-MAF.....

Examen du col au toucher

- Q77- Longueur.....cm
Q78- Dilatation.....cm
Q79- Position..... Q80- Consistance.....
Q81- Présentation.....a- céphalique.....b- siège.....c- épaule.....
d- face.....e- autres.....
Q82- Niveau.....a- engagée..........b- non engagée.....
Q83- Sa hauteur.....
Q84- Poche des eauxa- intacte.....b- rompue.....
Q85- Si « b » délai en heure.....
Q86- Etat du bassin.....
Q87- Aspect du liquide amniotique a- clair
b- teinté c- Hématique
Q88- Hémorragie : oui non
Q89- Si oui la quantité.....
a- minime....., b- moyenne....., c- abondante....., d- très abondante.....

Hypothèses diagnostiques.....

.....

VII-Examens complémentaires d'urgence

- Q90- Groupage Rhésus.....
Q91- Taux d'hémoglobine.....g/dl
Q92- Taux d'hématocrite.....%
Q93- Echographie d'urgence.....

VIII-Diagnostic retenu.....

Concordance entre motif de référence et diagnostic retenu.....
.....

Prise en charge :

- a- médicale
- b- b- obstétricale
- c- chirurgicale

Type d'accouchement : 1-voie basse.....oui/..../ non/...../

- a- naturel
- b- instrumental.....oui/...../ non/...../
-forceps.....-ventouse.....

2- Manœuvre obstétricales oui/...../ non/...../

3- Césarienne : Urgence Elective

4- Laparotomie.....oui/...../ non/...../

a-rupture utérine

b- grossesse abdominale, c- G.E.U 5-autres.....

6. opérateur si intervention.....

IX-Résultats

A-Pronostic maternel

Q94- Etat à la sortie : a- satisfaisant.....c- non satisfaisant.....

Q95- Durée du séjour.....jours

Q96- Suite de couche : a- simple.....b- complications.....

d- décédée.....

Q97- Si complication : TYPE.....

Q98- Si décédé cause.....

B-Pronostic du nouveau-né

Q99- Poids.....Grammes Q98- Sexe : a- masculin.....b- féminin.....

Q100- Taille.....Pouls..... PC.....PT.....T°.....

Q101- Apgar : a – 1^{ère} mn..... b- 5^{ème} mn.....c- 10^{ème} mn.....

Q102 – Traumatisme : oui non

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KANE

Prénom : Mounthaka Mamary

Titre de la thèse : «Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre référence au CS Réf C VI du District de Bamako».

Année universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS : BP1805-Bamako(MALI)

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

RESUME :

L'évacuation des parturientes pose un problème de santé. Au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako les évacuées ont représenté 547 cas soit 11,49% des parturientes du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006 qui y ont accouché.

Ces évacuées étaient âgées en majorité de 15 à 19 ans (47,18% soit 285 cas).

La voie basse était le mode d'accouchement le plus utilisé avec 65,92% soit 354 cas, suivie de la césarienne gratuite avec 32,77% soit 176 cas.

Le taux de mortinaissance était 92,42 pour 1000 naissances vivantes.

La mise en place opérationnelle et effective du système de référence/évacuation permettra de :

- Diminuer le coût de la prise en charge des évacuées,

- Améliorer le mode d'évacuation,
- Réduire le retard dans l'évacuation et la prise en charge,
- Diminuer le taux de décès fœtal.

Mots-clés : Evacuation, Urgences, Obstétrique.

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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 les 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 de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

Je le jure.