

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



REPUBLIQUE DU MALI



Un peuple Un but -Une foi

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

Année universitaire 2007-2008

Thèse N°..... /

TITRE

**ETUDE DES ACTIVITES DU SERVICE DE GYNECO-
OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA
DE SEGOU DE 2001 A 2005**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008

devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Par Mr Michel Gaïdo CAMARA

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

JUR

Président: Professeur Abdou Alassane TOURE

Membre: Docteur Hamadoun SANGHO

Co-directeur de thèse: Docteur Bintou Tine TRAORE

Directeur de thèse: Professeur Sidi Yaya SIMAGA

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

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	OrthopédieTraumatologie– 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-histo-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boukassoum HAÏDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

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 Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Aïda 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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL

Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Djeneba 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	Orthopedie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthesie-reanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

Mr Massa SANOGO

Chimie Analytique

Mr Mamadou KONE

Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE

Histoembryologie

Mr Flabou BOUGOUDOGO

Bactériologie – Virologie

Mr Amagana DOLO

Parasitologie **chef de D.E.R**

Mr Mahamadou CISSE

Biologie

Mr Sékou F. M. TRAORE

Entomologie médicale

Mr Abdoulaye DABO

Malacologie – Biologie Animale

Mr Ibrahim I. MAÏGA

Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA

Chimie Organique

Mr Mounirou BABY

Hématologie

Mr Mahamadou A. THERA

Parasitologie

Mr Moussa Issa DIARRA

Biophysique

Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie

Mr Bouréma KOURIBA

Immunologie

Mr Souleymane DIALLO

Bactériologie/ Virologie

Mr Cheick Bougadari TRAORE

Anatomie pathologie

Mr Guimogo DOLO

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Mouctar DIALLO

Biologie Parasitologie

Mr Abdoulaye TOURE

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Boubacar TRAORE

Parasitologie Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO

Entomologie-Moléculaire Médicale

Mr Djibril SANGARE

Entomologie-Moléculaire Médicale

Mr Bokary Y. SACKO

Biochimie

Mr Mamadou BA

Parasitologie Biologie

Mr Moussa FANE

Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	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-Léprologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie

2. MAÎTRES 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 Sahare 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

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA 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	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

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. MAÏGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique Chef de D.E.R
--------------------	-------------------------------------

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

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

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
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 Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie

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 MAÏGA 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

Je dédie ce modeste travail :

▣ A mon père feu **MOISE CAMARA**

A la fin de ce travail, vous êtes visiblement le grand absent. Vous avez été et vous resterez toujours ma référence d'homme intellectuel, cultivé et humble. Merci pour vos soutiens, prières et bénédictions qui ont toujours suivi mes pas. Je dédie cette thèse à votre mémoire.

Que le Seigneur puisse vous accorder sa demeure. Amen

▣ A ma mère **PAULINE ZERBO**

Très chère maman, voilà enfin le couronnement de tes nuits de prière et de tes bénédictions. Ce modeste travail est tien. Grâce à Dieu, ton attachement inconditionnel à mes études, l'éducation

rigoureuse à laquelle vous nous avez soumis, ton soutien matériel et moral, tes sages conseils, j'ai pu surmonter les différents obstacles.

Puisse le Seigneur te garder encore longtemps parmi nous. Amen

▣ A ma confidente : **Melle BERTHE FADIMETTE CARINE :**

Tes qualités humaines font de toi une femme exceptionnelle. **CARINE** qu'est ce qu'un homme peut offrir de plus à une femme en signe de gratitude et de reconnaissance que son affection ? J'espère être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Puisse Dieu exaucer nos vœux. Amen

▣ A mes frères et sœurs : **FILY.P.CAMARA, CLAUDE.Y.CAMARA, GABRIEL CAMARA, HAWA KANOUTE, IBRAHIM DIABY.**

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'études. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix ; j'espère et je souhaite qu'elle restera toujours sacrée entre nous.

Mes profondes pensées à ceux qui nous ont quitté particulièrement **Feu KADI SOLANGE CAMARA, Feu PASCAL CAMARA, Feu KOLY RAYMOND CAMARA.**

Que le Seigneur les accueille dans sa demeure. Amen

REMERCIEMENTS

Je remercie et je rends grâce à **YAHVE** le Tout Puissant, le Miséricordieux, de m'avoir donné la santé et le courage nécessaire pour la réalisation de ce travail.

☐ A mon pays natal, le Mali

Merci de m'avoir tout donné et je serai toujours reconnaissant envers toi.

☐ A tous mes maîtres d'école:

Merci pour la qualité de l'enseignement que vous m'avez dispensé

A mes maîtres de gynéco d'obstétrique: **Pr AMADOU INGRE DOLO, Dr SIDIBE BINTOU TINE TRAORE, Dr MANIFA COULIBALY, Dr SORY IBRAHIM KONE, Dr CHAKA KOKAINA, Dr AUGUSTIN T THERA**

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés.

Merci pour la formation de qualité dont nous avons bénéficiée.

▣ A ma tante **AMICOLE GOUNDIAM**

Grâce à toi, je n'ai pas souffert de l'absence physique de ma mère .Ton amour pour les études, tes sages conseils, l'affection pour tes enfants m'ont séduit. Tu as été d'un apport inestimable pour surmonter les difficultés. Ce travail est aussi tien. Reçois ici les sentiments d'un fils.

▣ A mes tantes : **TOUGA NADIO, ODILE ZERBO, ALINE ZERBO**

Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Ce travail est le fruit de vos inlassables bénédictions.

Que le Seigneur vous accorde encore longue vie. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de **FEU HENRIETTE ZERBO.**

▣ A tonton **PAUL DIARRA et famille :**

Quel mot pourrai-je employer pour exprimer ma profonde gratitude ? Je vous suis très reconnaissant pour votre soutien.

Merci

▣ **VALERIE PEREZ et famille :**

.Ma joie est grande et profonde. Qu'est ce vous n'avez pas fait pour que je puisse vivre ce moment solennel ? Sans vous et votre famille,

je n'aurai jamais pu mener à bien ce travail. Je vous prie d'accepter ce travail qui est vôtre. Soyez en remerciés infiniment.

Que Dieu vous bénisse.

☐ A mon frère **CAMARA FILY PIERRE :**

Voici le fruit de tes encouragements. Ton soutien moral et matériel m'a permis de franchir beaucoup d'étapes.

Puisse Dieu te récompenser et renforcer nos liens de parenté.

☐ A mon ami et frère **Dr MODIBO DIAKITE dit VAN :**

Avec toi j'ai appréhendé la vraie valeur de l'amitié. Le chemin a été long, dur ; malgré les difficultés, ensemble nous n'avons jamais perdu le sourire aux lèvres. Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour toi.

C'est un honneur et une grande chance de t'avoir comme ami.

Que Dieu te bénisse.

☐ A mes cousines et cousins : **MADELEINE DRABO, MOCTAR KONE, BEN AMADOU KONE, DJENEBA KONE, BERNADETTE COULIBALY, MOUSSA CAMARA, THEODORE DIARRA, JEAN MARIE DIARRA.**

Merci pour toutes ces années d'encouragement et de soutien moral.

☐ Le personnel de l'hôpital Nianankoro Fomba particulièrement de la maternité : **TANTI SOMBA, AMI KEITA, ALIMA, la PATT, NIABER, Mme BAGAYOGO, MAMA DENTE, SIRA, RAMSES.**

En souvenir de ces années de collaboration merci

☐ Au Docteur **COULIBALY MANIFA :**

Nous sommes très fiers de nous compter parmi vos nombreux élèves ; votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne

peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique. Vous nous avez fait profiter de votre très grande expérience pratique et vous nous avez donné les premières armes en gynéco obstétrique. Vous resterez pour nous un maître distingué.

Veillez, trouver dans ce modeste travail, le témoignage de notre sincère reconnaissance.

■ Au Docteur **BASSIDIKI TRAORE :**

Votre soutien moral et vos sages conseils ne m'ont jamais fait défaut.

Les mots me manquent pour vous témoigner ma reconnaissance car un proverbe dit que quel que soit la valeur du présent fait à un homme, il n'y a qu'un seul mot pour témoigner la reconnaissance inspirée par la liberté et ce mot c'est merci.

■ A la sage femme maîtresse **SOUMBA COULIBALY :**

Merci pour tous ceux que vous avez fait pour moi durant mon séjour à la maternité. En vous, on reconnaît une mère pleine de douceur envers ses enfants. Vos sages conseils, votre sens élevé de devoir pour le travail bien fait, votre franchise, la bonté de votre cœur m'ont séduit.

Puisse le Tout Puissant vous accorder longue vie et santé.

■ A tous mes collègues de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou :
**MOHAMED DIARRA, MOUSSA DIARRA, OUMAR TRAORE,
SEYDOU SOGOBA, CISSE BOUARE, ICHIKA CAMARA,
YOUSOUF DIARRA :**

En souvenir de notre lutte commune à la quête du savoir. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

☐ A mes amis et compagnons de tous les jours :**APPOLINAIRE DEMBELE,BENOIT DEMBELE,OUMAR MARIKO,WURSUNE ABDOULAYE TOURE,HABY MAIGA,YAYIA DICKO,YACOUBA SYLLA,YACOUBA DIARRA,ALASSANE GARANGO,MAKAN COULIBALY**

et toute la communauté catholique du point G pour vous affirmer toute ma sympathie.

☐ A mes amis et aînés :**Dr DEMBELE, Dr DIAK,Dr SEIBA KONE, DR MARIKO, Dr LASSINE KEITA, Dr SOUMITA KEITA, Dr MAMADOU DIARRA dit BASILE, Dr LAZARE, Dr OUMAR dit BAROU,Dr GUISSSE,Mr SOUMANA ALPHA DIALLO dit RESPONT..**

Je vous dis merci.

A notre Maitre et Président du Jury **Professeur Abdou Alassane TOURE**

▪ Professeur de chirurgie orthopédique et traumatologique,

- Directeur général de l'institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS)
- Président de la Société Malienne des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues
- Chef du service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie de l'hôpital Gabriel Touré
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Homme de principe, votre disponibilité, votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre esprit d'organisation et de méthode font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter notre sincère gratitude et croire à l'expression de notre profond respect.

A Notre Maître et Juge : **Docteur Hamadoun SANGHO**

- Maître Assistant en Santé Publique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-stomalogie

- Directeur du CREDOS (Centre de Recherche ;d'Etude et Documentation pour la survie de l'Enfant).

Cher Maître,

Le choix porté sur vous à juger ce travail n'est pas fortuit ;

Votre abord facile et votre simplicité sont des atouts qui nous ont fascinés et dont nous avons bénéficiés au cours de notre formation. Vous resterez pour nous un maître exemplaire.

Trouvez ici l'expression de nos sincères reconnaissances.

A notre Maitre et Codirecteur de thèse **Docteur Bintou Tine TRAORE**

- Médecin gynécologue-obstétricien

Cher Maître,

Nous vous serons reconnaissant de nous avoir reçu dans votre service. Vous nous avez fait profiter de votre grande expérience pratique et vous nous avez donné les premières armes en gynéco-obstétrique. Vous resterez pour nous un maître distingué.

Veillez agréer, Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre MAITRE et Directeur de Thèse **Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

- Professeur Honoraire de Santé Publique.
- **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la santé**

Cher maître,

Nous avons eu le privilège de bénéficier de l'atmosphère autant chaleureuse qu'instructive de vos cours et de vos conseils de père.

Nous gardons de vous l'image d'un maître dévoué, humble et serviable.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

ABREVIATIONS

ASP : Abdomen sans préparation

BGR : Bassin Généralement Rétréci

BW : Bordet Weissermann

CSREF : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPN : Consultation Périnatale

CU : Contraction Utérine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DFP : Disproportion Foeto pelvienne

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto
stomatologie

GEU : Grossesse Extra Utérine

HNF : Hôpital Nianankoro Fomba

HRP : Hématome Rétro Placentaire

HTA : Hypertension artérielle

INPS : Institut National de Prévoyance Social

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ON : Office du Niger

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PP : Placenta Praevia

PSSP : Politique sectorielle de santé et de population

PSPHR : Projet Santé Population et Hydraulique Rurale

RU : Rupture Utérine

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

VAT : Vaccin Anti Tétanique

CFTSS : Centre de Formation des Techniciens Socio Sanitaires

EFTSS : Ecole de Formation des Techniciens Socio Sanitaires

CEFIS : Centre de Formation des Infirmiers de Ségou

ASACODJIP : Association de Sante communautaire de Djikoroni-
Para

ASACOLA 2 : Association de Sante communautaire de Lafiabougou

SOMMAIRE

	Page
I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1
II.GENERALITES.....	4
III.METHODOLOGIE.....	12
IV.RESULTATS.....	22
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	38
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	41
VII. REFERENCES	44
ANNEXES.....	50

1. INTRODUCTION

Politique Sanitaire au Mali [14] :

Dans sa constitution, le Mali garantit le droit à la santé pour tout citoyen. Notre pays, après le coup d'Etat de **1968**, s'est orienté vers une **économie libérale**, tout en conservant les textes fondamentaux du socialisme. Le Mali, dans l'application de cette politique a été confrontée à des difficultés **socio-économiques**. Des plans sectoriels de santé **successifs** ont été élaborés. Ainsi on peut citer :

▣ Le premier plan décennal **1978-1987** dont une des matérialisations a été la **déclaration de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP)** adoptée en **1990**. Ce plan visait les objectifs suivants :

→ **Objectif général** : garantir un état de santé satisfaisant pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

→ **Objectifs spécifiques** :

*Améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays.

*Etendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population afin de réduire la mortalité en général et celle maternelle et infantile en particulier.

*Rendre les services de santé viables et performants par l'utilisation des ressources disponibles.

▪ La mise en œuvre de cette politique n'a commencé effectivement qu'avec le lancement du projet santé population et hydraulique rurale (**PSPHR**) en **1992**. La structuration du système de santé est alors passée d'une **conception hiérarchique et administrative** à

une conception **pyramidale**. C'est ainsi que la pyramide **sanitaire** a été constituée avec trois niveaux dont:

- Le premier niveau est le niveau **opérationnel**, constitué par les centres de santé de cercle et de **communes**, les centres de santé d'**arrondissement** et les centres de santé communautaire (CSCOM).
- Le niveau **régional**, constitue un niveau d'appui **stratégique**.
- Le **troisième niveau** est le niveau national, constituant le niveau de **conception** [14]

Avec l'adoption du **concept de la santé de la reproduction** depuis la conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en **1994**, le Mali s'est engagé dans le domaine de la santé de la reproduction.

Au Mali, le concept de santé de la reproduction comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les adolescents et les jeunes afin de réduire les morbidités maternelle, infantile, juvénile et promouvoir ainsi le bien être de tous les individus.

La politique sectorielle de santé et de population a adhéré au concept de la santé de la reproduction.

Cet engagement s'est réitéré lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing en **1995**.

Malgré les efforts accomplis par le gouvernement, les communautés et les bons résultats obtenus, la situation socio sanitaire reste préoccupante et ce sont les femmes et les enfants qui payent de lourd tribut pour cela.

Pour une meilleure application de **la politique sectorielle de santé et de population**, les services de santé doivent être viables, performants et organisés.

Le Mali a des performances moyennes en matière de suivi des femmes pendant la grossesse et d'assistance lors des accouchements [15].

L'application de cette politique sectorielle de santé dans sa mise en œuvre se heurte à certaines difficultés. En fonction du niveau des prestations, le niveau des activités est différent ; aussi la présente étude ayant trait aux activités du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou vise les objectifs suivants:

Objectifs:

. Objectif général:

Etudier les activités du service de gynéco obstétrique de 2001 à 2005.

. Objectifs spécifiques:

- . Décrire l'évolution et le type des activités menées au cours de la période 2001-2005
- . Décrire les caractères socio-démographiques des patientes
- . Décrire les activités spécifiques de l'unité de planification familiale
- . Décrire l'évolution de la mortalité au cours de la période d'étude

2. GENERALITES

2.1 Définition:

-La gynécologie est une branche de la médecine, étymologiquement, la définition tient en deux mots: science et étude de la femme. La gynécologie s'occupe de la physiologie et des différentes affections du système génital de la femme. La gynécologie soigne de nombreux troubles comme ceux liés à la ménopause ou encore aux règles.

-L'obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale qui a pour objet l'étude et la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

2.2 Histoire :

Elle datait de l'époque du **Pr Rufin Schockaert (1875 – 1953)**, latiniste avéré, héritier de la grande tradition humaniste, mais dont les facéties pittoresques, le langage plus qu'imagé constituaient une source inépuisable d'inspiration pour les auteurs de revues de médecine de l'époque.

Il participa certainement de façon très importante à l'élaboration d'une spécialité à part entière : « la gynécologie et obstétrique », qui réunissait sous le même manteau l'obstétrique, la gynécologie chirurgicale et la gynécologie médicale et qui allait au fil du temps développer de grandes sous-spécialités que sont la reproduction humaine, l'oncologie gynécologique et les grossesses à risques.

Son fils, **Joseph A. Schockaert (1906 – émérite 1976 - † 1995)** lui succéda en **1950** à la direction du service louvaniste. Nommé professeur ordinaire à l'âge de 30 ans, il était, comme son père, doté d'une grande adresse chirurgicale et obstétricale.

Il fut en Europe, à la suite des travaux de pionnier de Raoul Palmer à Paris, un des premiers à appliquer et à développer la laparoscopie en gynécologie; cette spécialité fut la première, bien avant les autres branches chirurgicales, à se doter de cet outil précieux dans la démarche diagnostique et thérapeutique.

On se rappelle les cliniques d'obstétrique et de gynécologie hautes en images où devant un auditoire bondé et médusé il pratiquait des interventions chirurgicales (curetage, laparoscopie, ...) ou enseignait le toucher vaginal par groupe de 20 étudiants sur une malade anesthésiée ; cette pratique devait disparaître après la révolution culturelle de 1968 à la demande expresse des étudiants.

Jacques Ferin (1914 – émérite 1984 - † 1991) était un des maîtres à penser de l'école louvaniste ; ce fut incontestablement un pionnier de la gynécologie médicale et des problèmes de stérilité et d'infertilité; on venait le consulter de tous les points du monde. C'était un chercheur sur le terrain clinique ; il faisait peu de cas de l'expérimentation animale qui, disait-il, ne pouvait le plus souvent pas être transposée à la clinique humaine. Ses études sur la réponse de l'endomètre à différents types d'hormones(oestrogènes, progestatifs) sur la femme ovariectomisée, mais non hystérectomisée, ont permis le développement d'une panoplie de traitements hormonaux.

Claude Lecart (1931) diplômé de l'UCL (**1956**) ; ancien de l'Université Lovanium (branche de l'Université de Louvain au Congo belge)(**1958 - 1960**),il introduisit de nouvelles techniques de diagnostic, entre autres la lymphographie et la phlébographie intra-

utérine. Il fut sans doute le premier en Belgique dès **1972** à introduire une nouvelle technique d'exploration utérine: l'hystérocopie, qui avait été mise sur pied en **1971** par **H.J.Lindemann** à Hambourg.

Le traitement chirurgical du cancer du sein constituait une chasse gardée des chirurgiens généraux. J.A. Schockaert cependant avait pratiqué depuis des années des mammectomies et curages axillaires pour des cancers de la glande mammaire parmi sa clientèle privée. Dès la fin des années 60, les gynécologues européens se sentirent de plus en plus concernés par la pathologie mammaire et le cancer du sein en particulier.

Claude Lecart en prit l'initiative dans le service de gynécologie à Louvain en collaboration très étroite avec Gilbert Mazy (sénologue du service de radiologie), **Jacques Keusters** (radiothérapeute) et Jacques Longueville (chimiothérapeute). C'est d'ailleurs avec les mêmes collaborateurs et Fernand Meersseman pour l'anatomie pathologique qu'il organisa dès **1966** dans le service de gynécologie, les staffs multidisciplinaires de cancérologie.

Les secteurs de développement

L'endoscopie

* La laparoscopie (coelioscopie)

Depuis les travaux de R. Palmer à Paris dans les années 40, la coelioscopie avait trouvé une place importante en gynécologie, principalement dans le domaine du diagnostic. C'est en Europe d'abord que cette technique serait largement utilisée, l'Amérique restant à la traîne.

J.A. Schockaert avait été un des premiers à utiliser l'outil dès le début des années 50.

Avec le développement de la lumière froide depuis **1965** et des appareils d'insufflation gazeuse automatique pour créer le pneumopéritoine, la technique prit son envol.

Peu à peu des actes opératoires sous coelioscopie furent effectués, d'abord pour accompagner la démarche diagnostique, puis pour réaliser des interventions gynécologiques de plus en plus complexes:

* L'hystéroscopie

Avant **1971** toute visualisation directe de la cavité utérine était vouée à l'échec. Grâce aux progrès obtenus dans le domaine optique et dans l'éclairage, une technique de qualité fut mise au point par H.J. Lindemann à Hambourg en Allemagne en **1971**.

Dès **1972**, l'hystéroscopie au CO₂ fut introduite par **C.Lecart** dans le service de gynécologie à l'hôpital Saint-Pierre à Louvain et à partir de ce moment-là, elle constitua un élément important du diagnostic de la pathologie intra-utérine et de l'orientation biopsique ou thérapeutique.

Progressivement le CO₂, qui pourrait induire un risque d'embolie gazeuse, fut remplacé par des éléments liquides de dilatation de la cavité utérine : c'est le glycofolle (glycine) bien connu des urologues qui sera le plus utilisé et permettra de réaliser une série d'actes chirurgicaux endo-utérins avec l'aide soit du Yag Laser ou des instruments d'électrochirurgie ; **J.Donnez** participa activement au développement de cette nouvelle approche thérapeutique.

Les nouvelles techniques d'imagerie médicale

La spécialité de gynécologie-obstétrique avait toujours eu peu recours à l'imagerie médicale pour étayer des diagnostics. Dans le domaine de l'obstétrique, cela se concevait aisément à cause des risques que les rayons X faisaient en courir au fœtus (risques d'anomalies, accroissement du taux de leucémie);on réservait l'examen radiologique à la confirmation du diagnostic de grossesse multiple, à l'évaluation de la maturité foetale, au diagnostic de certaines malformations et surtout aux mensurations du bassin (radiopelvimétrie).

En gynécologie, l'hystérosalpingographie constituait une technique de diagnostic performante, surtout depuis le remplacement de produits radio-opaques liposolubles par les produits hydrosolubles ; on l'utilisait systématiquement dans le cadre des pathologies utérines et dans le domaine de la stérilité tubaire.

Certaines techniques plus élaborées allaient avoir une survie éphémère : la lymphographie utilisée dans la recherche des ganglions pelviens et abdominaux positifs dans le cancer du col ; **C. Lecart** avait ramené cette technique des États-Unis et l'avait introduite dans le service. En injectant dans les lymphatiques un produit opaque chlorophyllé, on colorait les ganglions lymphatiques en vert ce qui permettait de mieux les reconnaître lors de la dissection dans les opérations de Wertheim-Meigs (hystérectomie radicale totale);**J.A. Schockaert** adorait cet artifice diagnostique et ne pouvait plus s'en passer.

Une autre technique qui fit long feu était la phlébographie intra-utérine séquentielle qui devait permettre de dépister des lésions myométriales et des anomalies de la circulation pelvienne.

Mais c'est *l'échographie* qui allait véritablement révolutionner la pratique gynécologique et surtout obstétricale.

Ian Donald, gynécologue à Glasgow, avait servi pendant la guerre 39-45 comme officier dans les sous-marins de la Marine de sa très Haute Majesté le Roi d'Angleterre et il y avait découvert le radar.

Dès les années 50, il avait débuté ses recherches pour appliquer cette technique à l'étude du fœtus in utero.

Salvatore Levi, à l'hôpital Brugmann à Bruxelles, avait été le premier à comprendre l'intérêt de cette méthode et serait véritablement le père de l'échographie en Belgique. Les débuts furent laborieux : on se rappelle les années 60 où pour tout résultat on ne pouvait, par la technique A Scan, mesurer que le diamètre bipariétal du fœtus ; avec l'avènement du B Scan puis du Real Time on put progressivement pousser plus loin les investigations et le diagnostic. Dès les années 70, l'échographie allait connaître un essor extraordinaire et devenir, non seulement en gynécologie et obstétrique, mais dans la plupart des spécialités médicales, l'examen diagnostique par excellence dont on ne pourrait plus se passer.

L'obstétrique

Comme dans la plupart des domaines de la médecine, l'obstétrique a bénéficié en 50 ans d'un bouleversement extraordinaire de l'approche diagnostique et thérapeutique.

À l'aube du **XXIe siècle**, tout médecin doit dépasser le stade du clinicien accompli pour s'adapter à une technologie de plus en plus envahissante et tenir compte des implications sociales et économiques qui régissent la pratique de l'art médical.

La surveillance de la grossesse et de l'accouchement, le mode d'accouchement, l'accueil du bébé, quasi tout a changé en 50 ans.

Dans les années 50, l'obstétricien disposait de ses mains (manoeuvres de Léopold et toucher vaginal), d'un mètre ruban, d'un stéthoscope de Pinard et de son expérience pour essayer de mener au mieux une grossesse.

Pour faire le diagnostic biologique de grossesse, il fallait sacrifier soit une souris impubère, soit une lapine, pour reconnaître une réaction ovarienne, ou bien provoquer chez le crapaud ou la grenouille mâle une réaction de production de spermatozoïdes en leur injectant soit de l'urine ou du sang de la femme présumée enceinte ; un laboratoire de gynécologie avait ses propres réserves d'animaux.

Ce n'est qu'après **1960**, qu'on eut recours aux tests immunologiques, d'abord sur les urines, puis plus tard à la radio-immunologie sur le plasma sanguin.

Tout était basé sur l'expérience clinique et la technologie était réduite à sa plus simple expression.

Mettre un enfant au monde se passait dans la douleur ; les salles de travail et d'accouchement résonnaient des cris parfois insupportables émis au rythme des contractions par des parturientes affolées et stressées. L'expulsion de l'enfant était

souvent forcée par l'écrasement du fond utérin par les deux mains d'une matrone accoucheuse qui y mettait tout son coeur, toute son énergie et souvent tout son poids.

À sa naissance, l'enfant était tenu par les pieds, tête en bas, puis enlevé au regard de sa mère pour qu'on puisse lui administrer les premiers soins et le revêtir de son premier vêtement.

La mortalité maternelle avait déjà été fort réduite par rapport à ce qu'elle était au **XIXe** et au **début du XXe siècle**. Mais la mortalité périnatale était encore fort élevée, au-delà de **3 %** en **1950**, dans la plupart des pays du monde occidental.

Le taux de césarienne se situait entre 3 et 5 % des accouchements.

Le forceps, instrument lié par excellence à l'image de l'obstétricien, a toujours été utilisé de façon préférentielle à la ventouse par l'école louvaniste ; mais, avec le temps, les indications ont changé ; l'application au détroit supérieur a été abandonnée car grevée de trop de complications graves pour le fœtus.

Puis avec le temps, la technologie a pris le pas. Citons une surveillance prénatale beaucoup plus élaborée sur le plan de la recherche des maladies infectieuses et des autres pathologies médicales, la recherche des malformations fœtales et la surveillance de la croissance fœtale par l'échographie (l'échographie tridimensionnelle trouvera sa place vers la fin des années 90), le dépistage de la souffrance fœtale par le monitoring (cardiotocographe), l'amnioscopie, l'amniocentèse pour le diagnostic de certaines maladies chromosomiques ou métaboliques, les prélèvements au scalp, l'oxymétrie, une analgésie obstétricale qui a

connu plusieurs étapes de développement. **En 1950** c'était l'anesthésie à la reine avec un masque de chloroforme ou d'éther ou de trilène, puis l'ère de la dolantine, puis dès le début des années 70 l'ère de la péridurale. À Louvain, les premières analgésies péridurales eurent lieu en **1972** grâce à la collaboration du **Pr B. Gribomont** du service d'anesthésie : elles se faisaient d'abord trois fois par semaine, le travail étant obligatoirement induit puis progressivement les équipes d'anesthésie s'organisèrent pour offrir cette technique irremplaçable d'accouchement 24 h sur 24, et ainsi réduire le risque d'induction intempestive.

Les conférences d'information du public sur l'évolution de la grossesse, les diverses techniques de préparation à l'accouchement, l'accueil du nouveau-né axé sur plus de douceur et plus de participation parentale, ont été autant d'éléments positifs qui ont rendu les salles d'accouchements et toute l'ambiance y afférente beaucoup plus sereines.

Par ailleurs, une véritable entité mère-enfant s'est développée au fil des ans, obstétriciens et pédiatres réunis collaborant de plus en plus aux décisions anténatales et à l'accueil psychologique et médical vis-à-vis de la personne du nouveau-né.

Mais toute cette technicité a d'une part ouvert un marché difficile à suivre sur le plan économique et d'autre part donna l'illusion que tout nouveau-né ne pouvait qu'être parfait à la naissance et que toute complication maternelle ou périnatale ne pouvait être imputée qu'à l'erreur médicale; d'où la recrudescence dès les années 80 des poursuites médico-légales particulièrement fréquentes à charge des

gynécologues obstétriciens. Ceci a entraîné des réactions de prudence et de défense de la part des médecins et a fait monter le taux de césariennes vers des sommets qui en l'an **2000** atteignaient **20 à 25 %**.

3. METHODOLOGIE

1 Cadre d'étude :

Ce travail s'est déroulé dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

1.1 Présentation géographique de la région de Ségou [7, 8,9]

La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali entre le 13ème et 16ème degré de latitude Nord et entre le 4ème et 7ème degré de longitude Ouest.

La Région de Ségou couvre une superficie de 64 821 km² soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraoueli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales.

Elle est limitée au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par la République du Burkina Faso, la Région de Sikasso au sud et par la Région de Koulikoro à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région.

-Une zone Sahélienne au Nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse.

-Une zone soudano Sahélienne au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de karité, Balanzan, baobab.

La région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectare, les plaines de l'Opération Riz, les plaines aménagées de San. Elle est traversée par

le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents: le Baní. Le barrage de Markala régularise le cours du Fleuve Niger et irrigue les terres de l'Office du Niger. Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

- L'économie de la région de Ségou est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population. La production agricole est basée sur la production du riz de l'Office du Niger (ON), le Riz de l'office riz (OR), il faut ajouter à cela d'autres céréales (mil sorgho, maïs, haricot) et la compagnie malienne de développement de textile (CMDT) qui s'occupe du coton.

C'est une zone d'élevage par excellence (âne, bovin, caprin) D'autres activités économiques comme la pêche, le commerce, l'artisanat sont aussi pratiqués.

- L'industrie y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général très peu élevé.

Quelques grandes unités industrielles comme la COMATEX-SA, les usines de décortication du riz, les complexes sucreries de Dougabougou et de Siribala, les ateliers centraux de Markala contribuent fortement à l'essor économique de la région.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 habitants soit 30 habitants/km² avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes, cette population est à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale.

La population active représente 58% de la population générale et elle est concentrée dans les cercles, traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci.

La Région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume bambara de Ségou crée par Mamary dit Biton Coulibaly au 16eme siècle.

Après la mort de Biton, le pouvoir passa entre les mains des Diarra dont le plus connu fut Dah Monzon Diarra, communément appelée <<Dah>>.La ville de Ségou portait en un moment donné son nom "Dakagoun" ou la terre de Dah. La rentrée de El hadji Oumar Tall à Ségou en 1861 mit fin au règne des bambaras et instaura l'Islam. Amadou Sékou le fils de El hadji Oumar, fut intronisé Roi.

La Pénétration coloniale française dirigée par Archinard mit fin au règne des TALL en 1893.Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu des cercles de l'administration coloniale et capitale de la Région de Ségou en 1961.

La Région de Ségou fut modifiée par la loi No77/44/CMLN du 12 juillet 1977 et remodifiée par la loi No99-035 du 10 août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée.

Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (Mariage, Baptêmes, Circoncision, Décès) et lors des grandes rencontres, les langues parlées sont propres aux ethnies (bambara, Bozo, Somono, Minianka, Soninké, peulh et Bobo), et mais le bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la région.

Les religions pratiquées sont : l'Islam, le Christianisme, et l'animisme.

La ville de Ségou est communément appelé la cite des Balanzans à cause de l'abondance de Balanzans sur le territoire de Ségou autrefois. Avec une population de 106336 habitants, la commune urbaine de Ségou compte 18 quartiers.

Le village de Pélangana contiguë à la ville de Ségou à une population de 15. 534 habitants.

La commune de Ségou dispose de 9 formations sanitaires plus quatre cabinets de soins infirmiers

2-formations sanitaires publiques :

* L'hôpital Nianankoro FOMBA ;

* Le centre de santé de référence Famory DOUMBIA ;

3 centres communautaires : Dar-Salam, Médine, Ségou-coura.

1 formation sanitaire para publique : le centre médical inter entreprise de L'INPS.

1 formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmierie du camp militaire ;

2 formations sanitaires privées ;

* le cabinet médical Yida KOUYATE ;

* la clinique d'accouchement Maya BOLLI

A celle-ci s'ajoute quatre écoles de formation de techniciens de santé :

CFTSS, CFIS, EFTSS et Vicenta Maria.

1.2- Présentations de l'hôpital Nianankoro FOMBA [7, 8,9]

Situé au centre de la ville au bord de la route nationale No6 reliant Bamako aux régions du Nord ; cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

1.2.1 Historique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA :

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la Deuxième Guerre Mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 actuelles hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes. De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont:

- * le bâtiment d'hospitalisation nommé «clinique»
- * la radiographie.
- * service d'ophtalmologie (Yeelen).

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003. Les structures de l'hôpital sont reparties en services :

- service Administratif (direction),
- service de Médecine générale,
- service de Chirurgie générale,
- service de Traumatologie,

- service de Gynéco Obstétrique,
- service ORL,
- Cabinet dentaire,
- service de Pédiatrie,
- service d'Ophtalmologie
- la pharmacie,
- service de Radiologie,
- un laboratoire et un nouveau plateau technique construit en 2002 composé d'un service d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et un service de stérilisation.

L'hôpital a un effectif de 119 personnels dont :

- 14 médecins généralistes dont un médecin à tendance gynécologique

- 11 spécialistes dont un gynécologue obstétricien

- 2 techniciens de labo

- 8 sages femmes

- 14 aides-soignants

- un personnel d'appui (cuisinier, lingerie, blanchisseur, Magasinier, chauffeurs, Electricien et Manœuvres. Il faut noter un nouveau bâtiment pour le service de Chirurgie générale.

a) Le Service de gynéco obstétrique :

Gère toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ségou et de tous les cercles en référence.

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gyneco-obstetrique et de la pédiatrie.

Le service comprend :

- ✓ quatre Bureaux de consultation pour les médecins avec toilette ;
- ✓ un Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;
- ✓ une Salle d'accouchement avec 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une Salle d'attente avec toilette, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une Salle d'urgence, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, réfrigérateur ;
- ✓ une Salle de CPN ventilée et climatisée ;
- ✓ une Salle de vaccination ventilée ;
- ✓ une Salle de soins climatisée et ventilée ;
- ✓ un Magasin ;
- ✓ une Salle pour manœuvre ;
- ✓ huit Salles d'hospitalisation comprenant :
 - 5 Salles d'hospitalisation ayant 4 lits chacune et ventilée ;
 - 1 Salle d'hospitalisation ayant 1 lit et ventilée ;
 - 2 Salles VIP ayant 1 lit chacune, ventilées, climatisées avec un téléviseur, réfrigérateur et douche interne.
- ✓ huit Toilettes pour les patientes ;
- ✓ cinq Toilettes pour le personnel ;

Le personnel était composé en 2006 de:

- un Médecin spécialiste en gynéco obstétrique chef de service ;

- un Médecin cubain spécialiste en gynéco obstétrique
- un Médecin spécialiste (chirurgie générale) qui assure l'intérim de la gynécologue qui fut interne au service;
- deux Médecins généralistes payés sur fond spécial;
- huit Sages femmes ;
- sept Infirmières obstétriciennes ;
- trois Manœuvres.

Actuellement le personnel du service est composé de :

- un Médecin spécialiste en gynéco obstétrique chef de service ;
- un Médecin spécialiste en gynéco obstétrique ;
- un Médecin cubain spécialiste en gynéco obstétrique ;
- deux Médecin généralistes payes sur fond spécial ;
- huit Sages femmes ;
- sept Infirmières obstétriciennes ;
- trois Manœuvres

C'est un lieu de stage qui reçoit les internes, les étudiants externes de la faculté de Médecine, et des élèves des différentes formations sanitaires de la ville de Ségou.

Les consultations externes se font les lundis, jeudi, et vendredi par les médecins avec le concours des internes. Les mardis et mercredi sont les jours intervention. Les visites des malades hospitalisés se font également tous les jours à partir de 9heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8heures.

La garde est assurée par un médecin spécialiste, un médecin généraliste, sage femme, infirmière obstétricienne complété par les stagiaires en formation (un interne, étudiant) et un personnel

d'appui (un manoeuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CSRéf des cercles.

b) Les activités menées au niveau du service de gynéco obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, mène certaines activités :

→ **Consultation externe:**

C'est une activité du service au cours de la quelle les malades non hospitalisés sont vu par le médecin tous les jours. Elle comprend les consultations d'urgences ainsi que les consultations sur rendez vous, elle concerne les cas obstétricaux, gynécologiques, examen échographique. Ouverte les lundi, vendredi, jeudi de 9 heure à 12 heures.

→ **Consultation prénatale :**

Cette unité faite d'une équipe composée de :(sage femme, infirmière obstétricienne) prend en charge les futures mères présentant une grossesse normale et réfère aux médecins les gestantes présentant une pathologie foetale ou maternelle (menace d'accouchement prématuré, hypertension gravidique grossesse gémellaire...).

Au Mali les consultations sont mensuelles. Les normes en la matière exigées par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) est de 4 consultations pendant la grossesse dont la première au cours du premier trimestre. Tous cas de toxoplasmose ou syphilis sont soumis à un traitement.

La consultation post natale se fait au niveau de cette unité. La consultation se fait chaque jour de 9h à 12h par la sage femme.

→ **Vaccination :**

Elle est composée de sage femme, infirmière et aide soignante. Cette unité prend en charge les gestantes et les nouveaux nés. Les vaccins disponibles :

.la poliomyélite ;

.Le BCG ;

.VAT.

Le reste de la PEV sont pris en relais par une autre structure. La maternité est approvisionnée en vaccin par la Direction Régionale de la Santé.

L'une des règles principales pour une vaccination de qualité est le respect du calendrier vaccinal

La vaccination se fait chaque lundi et jeudi de 8h à 10h

→ **Accouchement :**

La salle de naissance est ouverte 24h/24 et 7j/7. Elle accueille les parturientes pour un accouchement. L'accouchement est fait par la sage femme et une infirmière obstétricienne. En cas de complication, elle fait appel au gynécologue obstétricien.

En post partum, les mères et leurs nouveaux-nés sont sous surveillance pour un séjour d'une durée variant de 24h à 48h par une équipe composée de médecin, interne sage femme, infirmière.

→ **Planning familial :**

L'équipe de cette unité de planification familiale composée de médecin, sage femme et infirmière obstétricienne mène diverses activités qui sont :

- l'information et les conseils en matière de santé et de la famille ;
- l'éducation sexuelle et familiale ; la prévention et le traitement de la stérilité conjugale ;
- la contraception ;
- la lutte contre les MST/SIDA ;

▪ Les différentes méthodes contraceptives :

-Les méthodes modernes :

*Contraception hormonale (pilule, contraception progestative, implants norplant)

*dispositif intra utérin.

*Méthode de barrière (préservatif masculin et féminin, diaphragme, la cape cervicale, l'éponge spermicide).

*Contraception chirurgicale (ligature des trompes, vasectomie)

*Contraception d'urgence.

-Les méthodes naturelles (allaitement, coït interrompu, abstinence périodique)

-Les méthodes traditionnelles variant d'une contrée à une autre.

Dans notre cas la contraception est hormonale ou DIU, la méthode chirurgicale est pratiquée la plus part du temps au cours d'opération surtout de césarienne

Cette unité est ouverte du lundi au vendredi de 8h à 12h.

→ **Activités chirurgicales :**

L'activité chirurgicale est dominée par la chirurgie obstétricale d'urgence (placenta prævia, hématome retro-placentaire, crise d'éclampsie, grossesse extra utérine, rupture utérine....) et la chirurgie gynécologique (fibrome utérin, prolapsus utérin, kyste ovarien.....). Cette unité chirurgicale est composée de médecin gynécologue obstétricien, d'internes, d'infirmière, d'aides soignantes.

→ **Le bloc opératoire:**

Le bloc opératoire se trouve hors de l'enceinte du service de gynécologie obstétrique. Il assure la prise en charge 24h sur 24 des urgences gynécologiques et obstétricales.

Il comprend 4 salles d'opérations dont une salle de césarienne disponible 24h sur 24, 1 salle de surveillance post-opératoire.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective.

3. Période d'étude :

L'étude s'est étalée de Janvier 2001 à Décembre 2005.

4. Population d'étude :

Patientes ayant fréquenté le service durant notre période d'étude.

5. Echantillonnage :

5.1 Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans l'étude :

- patientes ayant fréquenté le service de Janvier 2001 à Décembre 2005 ;
- patiente ayant un dossier complet.

5.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- patientes ayant fréquenté le service avant ou après notre période d'étude ;
- patientes ayant un dossier incomplet ou mal enregistré.

Au total, **26.250** patientes ont été retenues pour notre étude et **15.894** patientes avaient des dossiers incomplets ou mal enregistrés donc n'ont pas été retenues dans notre étude.

6. Collecte des données :

6.1 Supports utilisés :

La collecte des données a été faite dans chaque unité du service utilisant comme supports :

- une fiche de questionnaire individuel (annexe) ;
- les fiches de consultation (annexe) ;
- les registres de compte rendu opératoire ;
- les registres des malades hospitalisés ;
- les registres d'accouchement ;
- les registres de CPN ;
- les registres d'échographie.

7. Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été analysées sur logiciel Epi info (6.04 frd).

4. RESULTATS

A. Evolution et types d'activités du service

Tableau I : Répartition des patientes selon les motifs de consultation.

Motifs de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Accouchement	7.664	29,2
Consultation prenatale	7.395	28,2
Consultation externe	5.497	21
Echographie	1.947	7,4
Urgences obstétricales	1.528	5,8
Hospitalisation	960	3,6
Planning familial	689	2,6
Chirurgie gynécologique	570	2,2
Total	26 250	100

L'accouchement a été la plus dominante : 7664 soit 29,2%.

Tableau II : Répartition des patientes selon l'année de consultation.

Année	Effectif absolu	Pourcentage
2001	5.268	24,1
2002	4.868	20,5
2003	4.281	18,3
2004	4.277	18,2
2005	4.465	18,9
Total	26 250	100

En 2001 le service a enregistré l'effectif le plus élevé ; soit 24,1%

Tableau III : Répartition des patientes selon le motif de consultation en gynécologie.

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Infection génitale	1.175	21,3
Douleur pelvienne	975	17,7
Désir d'enfant	712	13
Contrôle post opératoire	655	11,9
Prurit vulvaire	542	10
Métrorragie	481	8,8
Troubles sympathiques de la grossesse	398	7,2
Dysménorrhée	316	5,7
Autres	243	4,4
Total	5 497	100

Le motif de consultation le plus fréquent a été les infections génitales (21,3).

Autres : viol, Dyspareunie, Brûlure mictionnelle

Tableau IV: Répartition des patientes hospitalisées selon le motif d'hospitalisation.

Motif d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentage
Anémie post partum	177	25,4
Eclampsie du post partum	114	16,3
Toxémie gravidique	99	14,2
Paludisme sur grossesse	87	12,5
Infection puerpérale	68	9,7
Menace d'avortement	50	7,1
Anémie sévère sur grossesse	42	6,1
Néo du col	32	4,6
Autres	28	4,1
Total	697	100

L'anémie du post partum a été le motif d'hospitalisation le plus élevé 25,4%.

Autres : Troubles sympathique de la grossesse, Epistaxis sur grossesse, Ictère sur grossesse, Ascite sur grossesse, Avortement molaire, Syndrome fébrile du post partum, Syndrome ulcéreux sur grossesse, Diarrhée du post partum, cardiopathie sur grossesse.

- Consultation prénatale

Tableau V : Répartition des gestantes ayant fait le vaccin anti tétanique.

Vaccin anti tétanique	Effectif absolu	Pourcentage
Non vaccines	4.467	60,4
Vaccinées	2.928	39,6
Total	7 395	100

Les gestantes n'ayant pas été vaccinées étaient les plus fréquentes soit 60,4%.

- Accouchement

Tableau VI: Répartition des parturientes par année.

Années	Effectif absolu	Pourcentage
2001	1.936	25,2
2002	1.654	21,6
2003	1.324	17,3
2004	1.410	18,4
2005	1.340	17,5
Total	7 664	100

Le nombre des accouchées le plus élevé a été enregistré en 2001 soit 25,2%.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le lieu d'accouchement.

Lieu d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Maternité	7.255	94,6
Domicile	409	5,4
Total	7 664	100

Les accouchements à la maternité étaient les plus représentés soit 94,6%.

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon le type d'accouchement.

Type d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Eutocique	6.056	79,0
Dystocique	1.608	21,0
Total	7 664	100

Les accouchements normaux ont été les plus représentés soit 79%.

- Bilan des activités chirurgicales

Tableau IX : Répartition des patientes selon le motif d'urgence.

Motif	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	1.214	79,5
GEU	153	10,1
Rupture Utérine	111	7,2
Torsion du kyste	48	3,2
Total	1 526	100

La césarienne a été l'urgence la plus fréquente (79,5%).

Tableau X : Répartition des patientes selon les interventions chirurgicales gynécologiques effectuées.

Interventions Chirurgicales	Effectif absolu	Pourcentage
Hystérectomie	144	25,3
Annexectomie	101	17,7
Plastie tubaire	82	14,4
Myomectomie	70	12,2
Kystectomie	59	10,4
Salpingectomie	57	10,0
Autres	57	10,0
Total	570	100

L'hystérectomie a été la plus fréquente (25,3%).

Autres : Colpectomie, Cerclage,

Tableau XI : Répartition des patientes selon les types de complications post opératoires.

Type de complication	Effectif absolu	Pourcentage
Hémorragie	31	51,7
Eclampsie	11	18,3
Suppuration	10	16,7
Infection puerpérale	8	13,3
Total	60	100

Les hémorragies ont été les complications post opératoires les plus dominantes soit 51,7%.

B. Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Tableau XII : Répartition des patientes selon les tranches d'âge.

Tranches d'âges	Effectif absolu	Pourcentage
10 à 20ans	5.554	21,1
21 à 30ans	13.752	52,4
31 à 40ans	5.068	19,3
41 à 60ans	1.876	7,2
Total	26 250	100

Les effectifs les plus élevés ont été enregistrés dans les tranches d'âge de 21 à 30 ans soit 52,4%

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnies	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	10.395	40
Peulh	5.072	19,3
Minianka	2.888	11
Dogon	2.209	8,4
Soninké	1.361	5,1
Malinké	1.201	4,5
Bobo	785	2,9
Bozo	768	2,9
Sonrhäï	603	2,3
Mossi	431	1,6
Wolof	343	1,3
Maure	194	0,7
Total	26 250	100

Les bamanans étaient les plus représentés avec 10395 soit 40%.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	14.431	55
Elève	3.198	12,2
Fonctionnaire	2.521	9,7
Commerçante	2.011	7,7
Ouvrière	1.713	6,5
Etudiante	1.445	5,5
Aide menagerie	881	3,4
Total	26 250	100

Les ménagères ont été les plus représentées avec 14431 soit 55%.

Tableau XV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié	20.001	76,2
Célibataire	4.945	18,8
Veuf	1304	5
Total	26 250	100

Les mariées étaient les plus représentées avec 20001 soit 76,2%.

C. Activités spécifiques de l'unité Planning Familial

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Contraception	576	83,6
Stérilité	112	16,4
Total	689	100

La contraception a été le motif de consultation le plus fréquent soit 83,6%.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la méthode de contraception adoptée.

Méthode de contraception	Effectif absolu	Pourcentage
Pilule	520	75,5
Forme injectable	105	15,2
Stérilet	18	2,6
Autres	46	6,7
Total	689	100

La méthode de contraception la plus adoptée a été la pilule soit 75,5%.

Autres : Ligature des trompes, Spermicide.

D. Evolution de la Mortalité

Tableau XVIII : Répartition des patientes décédées par année.

Année	Effectif absolu	Pourcentage
2001	66	25,1
2002	52	19,8
2003	50	19,0
2004	49	18,6
2005	46	17,5
Total	263	100

En 2001, la proportion de décès était la plus élevée 25,1%.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les causes de décès retrouvées.

Causes de décès	Effectif absolu	Pourcentage
Anémie	76	28,7
Eclampsie	62	23,4
Paludisme	39	14,7
Septicémie	31	11,7
Dechirure du col	18	6,8
Rupture uterine	16	6,8
Hémorragie	17	6,4
Cardiopathie	4	1,5
Total	263	100

L'anémie a été la cause de décès la plus fréquente (28,7%) suivie respectivement de l'éclampsie (23,4%) et du paludisme (14,7%).

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Consultations Gynécologiques :

La consultation gynécologique a constitué 21% des activités menées. Les infections génitales (21.3%) sont le motif de consultation le plus fréquent, suivi respectivement de douleurs pelviennes (17,7%), désir d'enfant (12,9%).

Nos résultats étaient inférieurs aux études antérieures notamment DEMBELE G.M [2004][2] qui a trouvé que la consultation gynécologique était 69,72% des activités du service de gynéco obstétrique de l'hôpital le luxembourg. DIARRA L [2001][4], TRAORE B.M[1999][20] qui avaient trouvé respectivement 66,90% et 58% de leucorrhée chez les consultantes.

5.2. Consultation prénatale :

La consultation prénatale a constitué 28,2% des activités.

Nos résultats étaient supérieurs à ceux de DEMBELE G.M [2004][2] qui a trouvé que la consultation prénatale était 23,7% des activités du service de gynéco obstétrique de l'hôpital le Luxembourg .

Immunisation chez les mères : Dans notre étude nous avons trouvé que 39,6% des gestantes ont été complètement vaccinées, ce qui est inférieur à l'objectif du Programme Elargi de vaccination (PEV) qui est de protéger le maximum d'enfants contre les maladies transmissibles évitables par la vaccination à un coût réduit[6].

Ces taux faibles pourraient s'expliquer par l'analphabétisme des femmes (55%) qui ignorent l'importance de la vaccination

Nos résultats n'étaient pas loin de celui de SANGARE I [2005][19]

qui a trouvé 41% des mères vaccinées en commune IV dans le district de bamako. Le taux de vaccination variait de 31%(ASACODJIP, ASACOLA2) à 53%(ASACOLASA, ASACOSEC).

5.3. Accouchement :

L'accouchement a constitué 29,2% des activités. Cela pourrait s'expliquer par le fait que :

- les sages femmes du service sont plus connues par la population de part leurs expériences dans la pratique obstétricale,
- certaines parturientes se sentent en sécurité à l'hôpital.

Nos résultats étaient supérieurs à ceux de DEMBELE G.M [2004][2] qui a trouvé que l'accouchement était 3,6% des activités du service de gynéco obstétrique de l'hôpital le Luxembourg.

Cependant il est à signaler que les accouchements à domicile ont représenté 5,4%.Cela pourrait s'expliquer d'une part par l'activité de certaines accoucheuses traditionnelles et d'autre part par l'analphabétisme des gestantes.

5.4. Planning Familial :

La contraception a été le motif de planning le plus élevé 83,6% suivi de la stérilité (16,4%).La pilule a été la plus voulu 75,5% des cas, forme injectable (15,2%) et dispositif intra utérin (2,6%).Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces moyens de contraception sont plus adaptés et connus des femmes. Cependant le couple reçu pour stérilité conjugale au niveau de la consultation du planning familial est référé au gynécologue pour une meilleure prise en charge.

Nos résultats sont comparables à celui de ZALHA [2004] [23] au Burkina Faso qui a trouvé : pilule (48,3%), forme injectable (24,5%)

et dispositif intra utérin (6,8%).

5.5. Urgences :

Dans notre étude les urgences ont constitué 5,8% de nos activités. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans l'amélioration de la santé de la femme et du nouveau né, il ya eu la formation dans la région de Ségou des médecins à tendance chirurgicale dans tous les districts sanitaires. Actuellement les urgences obstétricales sont prises en charge dans les structures SOUB et SOUC.

Notre fréquence est nettement inférieure à celle des études réalisées par DOUGNON F[1989][1],SIDIBE D[2006][18] et SAMAKE Y[2002][17] qui ont trouvé respectivement 28,5%, 17,15% et 8,12% des urgences.

Les urgences furent dominées par la césarienne (79,5%), la grossesse extra utérine (10,1%), rupture utérine (7,2%).

Nos résultats étaient supérieurs à ceux de DOUGNON F[1989][1] qui a trouvé 67,6% de césarienne,46,1%grossesse extra utérine,DICKO S[2001][5] 8,7% de rupture utérine, LANKOUANDE § coll.[1994][12] 23% de rupture utérine.

Par ailleurs en chirurgie gynécologique, l'hystérectomie a été la plus dominante soit 25,3%, suivi de l'annexectomie (17,7%), plastie tubaire (14,4%), myomectomie (12,2%), kystectomie (10,4%).

Nos résultats étaient inférieurs à ceux de DIABATE A K [2007][3] et KEITA N[1989][10] qui ont trouvé respectivement 28,6% et 27,7% d'hystérectomie.

Ceci pourrait s'expliquer par les fréquences élevées de grossesse extra utérine (GEU) et Rupture utérine qui sont dues :

- Aux infections génitales Westron L [21] estime que 50% des cas de grossesse extra utérine surviennent sur des trompes déjà infectées.

- Une évacuation tardive et l'absence de moyen de prise en charge adéquate et rapide des urgences au niveau des centres de santé communautaire.

5.6. Pronostic :

La proportion de décès la plus élevée a été enregistré en 2001 avec 66cas soit 25,1%.

Ceci pourrait être du à :

- ✓ l'inexistence du service de la réanimation;
- ✓ la réticence des parents ou le manque de donneur en cas d'anémie ;
- ✓ le retard dans la prise en charge des urgences.

Les anémies ont été les causes les plus fréquentes 76cas soit 28,7% suivi des éclampsies 62cas soit 23,4%. Nos résultats étaient supérieurs à ceux de SAMAKE Y [2002] [17], NIAGALE A [16] qui ont trouvé respectivement 10.20% 5.82% d'éclampsie

1. CONCLUSION

Au terme de cette étude les points principaux suivants peuvent être retenus:

- L'accouchement a été l'activité la plus dominante 29,2%
- 21,3% des patientes avaient des infections génitales
- 39,6% des gestantes étaient vaccinées.

Le motif de planning le plus fréquent a été la contraception (83,6%)

La césarienne a été l'urgence la plus dominante (79,5%).

Le motif d'hospitalisation et les causes de décès ont été dominés respectivement par les anémies du post partum (18,2%) et les anémies (28,7%).

2. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement au:

■ Direction Régionale de la santé :

- ✓ rendre effectif la référence/évacuation dans le cercle de Ségou ;
- ✓ doter les centres de santé communautaire de compétence obstétricale ;
- ✓ rendre disponible le sang au niveau de l'hôpital de référence.

■ Aux personnels de l'hôpital :

- ✓ Faire une prise en charge correcte des patientes lors des consultations prénatales ;
- ✓ Mettre l'accent sur la sensibilisation par rapport à la vaccination anti tétanique, le planning familial;
- ✓ Faire un suivi correct du travail d'accouchement;
- ✓ Exiger une bonne tenue des dossiers, des registres des consultations, des protocoles opératoires qui servent toujours comme archives et peuvent être exploités pour des travaux de recherche.

■ Population:

- ✓ Fréquenter régulièrement et dès le début de la grossesse les centres de santé afin de bénéficier d'une prise en charge adéquate ;

- ✓ accoucher le plus possible en milieu hospitalier pour minimiser les risques de complications.

7. REFERENCES

1. DOUGNON F :

Contribution à l'étude des urgences gynéco-obstétricales à la maternité de l'hôpital national du Point G.

thès. méd. Bamako, 1989, No 64

2. DEMBELE G.M:

Etude des activités du centre hospitalier<<Mère enfant>> le Luxembourg de 1999-2004

thès. med. Bamako,2005, No 49

3. DIABATE A K:

Ruptures utérines à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes : Facteurs

influant le pronostic materno foetal et mesures prophylactiques
thès.med.Bamako, 2007, No98

4. DIARRA L:

Profils epidemio cliniques des IST et Evaluation de la prise en charge syndromique au centre de santé de référence de la commune V Bamako Mali.

thès. med. Bamako,2001, No 73

5. DICKO S :

Etude epidemio clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional de Fousseyni Daou de Kayes.

thès med, 2001, No101

6.DNS/DPLM/SI,Enquête nationale de couverture vaccinale,Décembre 1998

7. KONATE.O :

Accouchement prématuré, pronostic materno foetal au service de gynéco obstétrique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

thès. med. Bamako, 2006.No219

8. KEITA A:

Accouchement à domicile, Pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

thès.med.Bamako, 2006, No214

9. KEITA.L:

Recherche de l'infection à VIH chez 151 gestantes vues au service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou Mars 2003 à février 2004.

thès. med. Bamako, 2004.No46

10. KEITA N, DIALLO M S, LJAZY Y:

Rupture utérines: a propos de 155 cas observés à Conakry (République de Guinée).

Jr gynecol-obstet biol reprod 1989 ;18 :1041-1047

11. KEITA.S:

Risque de mortalité périnatale au service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

thès. méd. Bamako, 2005.No58

12. LANKOUANDE § coll:

Evaluation sanitaire en gynéco-obstétrique à propos de 2135 dossiers recueillis à la maternité du centre Hôpital National Yalmego Ouedrago.

Source: rapport de 1er journée de Gynéco-obstétrique de Bko 1994 du 17 au 19 Février

13. MAIGA Z, TRAORE F.N et ABASSI A.E:

La réforme du secteur santé au Mali, 1989–1996.

Studies in Health Services Organization

14. MARIKO.B:

Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou (AFASCO).

thès. méd. Bamako, 2005, No63

15. MS/DNS/DRS, Politique et Normes des services de santé de la reproduction, p10 Mali- Décembre 2005

16. NIANGALE A:

Etude rétrospective sur la mortalité maternelle à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.

thès. med. Bko, 1996, No39.

17. SAMAKE Y:

Approche epidemio clinique des références gynéco obstétrique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou janvier 2000 à décembre 2001.

thès.med.Bamako, 2002, No11

18. SIDIBE D:

Urgence gynéco et obstétrique à l'hôpital Sikasso en 2004 456 cas

thès.med.Bamako, 2005, No158

19. SANGARE I:

Evaluation de la couverture des enfants de 12 à 23 mois et des femmes en age de procréer en commune V du district de Bamako selon la méthode LQAS

thès.med.Bamako, 2005, No148

20. TRAORE.B.M:

Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynécologie obstétrique à l'hôpital du point G.

thès.med. Bamako, 1986, No14

21. WHO/URD/TRAM/96

La méthode de sondage par contrôle de qualité des lots (Programme mondial des vaccins et vaccinations, Recherche développement en matière de vaccin.120 pages

22. WESTROM L:

Infiltration et GEU après salpingite, recherche récente sur épidémiologie de la fertilité : société française, étude de la fertilité.

Masson ed Paris 1986 :205-212

23. ZALHA S.M :

Les Obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à Ouagadougou. Burkina Faso.

thès.med.Ouagadougou, 2004, No25

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

01- N° du questionnaire d'enquête :.....

02- N° du dossier du malade :.....

03- Date de consultation:.....

Q1- Identification de la femme

Q2a - Nom et Prénom :.....

Q2b - Age :.....

Q2c - Date d'entrée :.....

Date de sortie :.....

Q2d - Ethnie :

Q2e - Profession : _____

Q2f - Situation matrimoniale.....

Mariée () célibataire () veuve ()

Q2- Antécédents Gynéco obstétrique

Q2a - gestité.....

Q2b - nombre d'enfants vivants.....

Q2c - nombre d'avortement.....

Q2d - Parité.....

Q3- Motif de consultation.....

Q3.1 Douleurs abdominales basse 1 = Oui 2= Non

Q3.2 Métrorragie 1 = Oui 2= Non

Q3.3 Infection génitale 1 = Oui 2= Non

Q3.4 Leucorrhée 1 = Oui 2= Non

Q3.5 Prurit vulvaire 1 = Oui 2= Non

Q3.6 Troubles sympathiques de la gross 1= Oui 2= Non

Q3.7 Dysménorrhée 1 = Oui 2= Non

Q3.8 Désir d'enfants 1 = Oui 2= Non

Q4- Consultation prénatale

Examens complémentaires au cours de la grossesse.....

Q4.1 Toxoplasmose 1 = Oui 2= Non

Q4.2 B.W 1 = Oui 2= Non

Q4.3 Test D'emmél 1 = Oui 2= Non

Q4.4 Albumine 1 = Oui 2= Non

Q4.5 Echographie obstétricale 1 = Oui 2= Non

Q5- Mode d'admission.....

Q5.1 Auto référée 1 = Oui 2= Non

Q5.2 Evacuée 1 = Oui 2= Non

Q6- Accouchement

Q6.1 Lieu d'accouchement.....

a) maternité () b) domicile ()

Q6.2 Type d'accouchement.....

a) Eutocique ()

b) Dystocique ()

c) Autres à préciser

Q7- Planning Familial :

Q7.1 Motifs.....

a) Stérilité 1 = Oui 2= Non

b) Contraception 1 = Oui 2= Non

Q7.2 Contraceptifs administrés.....

a) Stérilet 1 = Oui 2= Non

b) Pilule (forme comprimé) 1 = Oui 2= Non

c) Forme injectable 1 = Oui 2= Non

d) autres à préciser

Q8- Vaccination

Types de vaccin administrés.....

a) BCG 1 = Oui 2= Non

b) VAT 1 = Oui 2= Non

c) POLIO 1 = Oui 2= Non

Q9- Hospitalisation médicale

Motifs d'hospitalisation.....

a) Anémie du post partum 1 = Oui 2= Non

- b) Palu sur grossesse 1 = Oui 2= Non
c) Eclampsie du post partum 1 = Oui 2= Non
d) Infection Puerpérale 1 = Oui 2= Non
e) Autres à préciser :

Q10- Activités Chirurgicale

Q10.1 Chirurgie obstétrique d'urgence.....

- a) Césarienne 1 = Oui 2= Non
b) Torsion du kyste 1 = Oui 2= Non
c) Grossesse extra utér 1 = Oui 2= Non
d) Rupture utérine 1 = Oui 2= Non
e) Autres à préciser

Q10.2 Chirurgie gynécologique.....

- a) Myomectomie 1 = Oui 2= Non
b) Hystérectomie 1 = Oui 2= Non
c) Kystectomie 1 = Oui 2= Non
d) Salpingectomie 1 = Oui 2= Non
e) Annexectomie 1 = Oui 2= Non
f) Plastie tubaire 1 = Oui 2= Non
g) Autres à préciser.....

Q11- Motif d'hospitalisation : _____/

Q12- Evolution.....

- a) Favorable
b) Défavorable

Q13- Type de Complication post-opératoire : _____/

Q14- Date de décès : _____

Q15- Cause de décès retrouvée :.....

ANNEXE 2

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Camara

Prénom : Michel Gaïdo

Titre de la thèse : Etude des activités du service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou sur une période de 5 ans.

Année de soutenance : 2008

Pays d'origine : République du Mali

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

Secteurs d'intérêt : Santé Publique/Gynéco obstétrique

RESUME:

Le but de notre étude était d'étudier les activités réalisées dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective dans le service de 2001 à 2005.

Notre critère d'inclusion était toute patiente physiquement vue et examinée dans le service, opérée ou non ayant un dossier complet et ou enregistrée. Toute patiente ayant été mal enregistré, n'ayant pas de dossier ou en dehors de notre période d'étude était non incluse.

L'activité non chirurgicale et chirurgicale furent dominées respectivement par l'accouchement 29,2%et la césarienne79%.

L'anémie a été la cause de décès la plus fréquente.

Mots clés : Activités, Gynéco obstétrique, Santé Publique

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'Etre 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 s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et

mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

Je le jure

