

**République du Mali**  
**Un Peuple-Un But-Une Foi**

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

**Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie**

**ANNEE : 2009-2010**

**Thèse N°.....**

---

**Problématique du système de référence /  
évacuation des urgences obstétricales  
au Centre de Santé de Référence de la  
Commune VI du District de Bamako**

---

Thèse présentée et soutenue publiquement le .....  
Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie

Par [**Auteur**]

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

**JURY :**

<b>Président du jury:</b>	Pr. Masssambou Sacko
<b>Membres du jury:</b>	Dr. Seydou Fané
<b>Codirecteur de thèse :</b>	Dr. Boubacar Traoré
<b>Directeur de thèse :</b>	Dr. Bouraima Maiga

# Titre

Problématique du système de référence/ évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

# Dédicaces et Remerciements

## **DEDICACES**

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

**Louange à ALLAH seigneur de l'univers, l'omnipotent, l'omniscient,  
L'omniprésent qui m'a permis de mener à bien ce travail**

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

**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 BOUA TRAORE** (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 béni (le Paradis). Amen**

❖ **Mes Chères Mamans : Hawa Cisse, Feu Youma Coulibaly, Feu Oumou Cisse, Fanta Diabate.**

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.

**Je vous dis merci et dormez en paix (Feu Youma Coulibaly et Feu Oumou Cisse)**

❖ **Notre grand frère et aîné de la famille Madou Traore Dit Madougini:** 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.

❖ **Aux autres frères et sœurs : Korotoumou, Aminata, Sidiki, Bintou, Mamadou Dit Pedro, Amadou Diallo, Soumana, Mamoutou, Moustapha Dit Kadjoura, Aissata Dit Kosso, Bocar, Bakoroba, Djeneba, Lassine, Mamedy, Bahadi, Bati, Yama**

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 Aminata Traore** : 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 votre confiance en acceptant de me donner votre fille. Recevez ici mes remerciements les plus sincères.

❖ **Mon Amour, ma bien aimée Fatoumata Samba Timbota:**

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,

**TENDRE épouse, mon amie, ma complice, ma confidente.**

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

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

❖ **Mes cousins et cousines :**

Aucun mot ne traduirait ce que je pense de vous.

- ❖ **La mémoire de mes Tantes feu Goundo et Hata :** pour vos sages conseils, vos encouragements et vos bénédictions. Que Dieu t'accorde son paradis, amen.
- ❖ **Tous mes maîtres du premier et second cycle fondamental ainsi que ceux du lycée**
- ❖ **Tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique du CS Réf CVI.**
- ❖ **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.**

## 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 Tante, 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 Sinayogo Kadiatou TOURE, Dr Mamadou DIALLO, Dr Pierre COULIBALY, Dr KEITA Sema, Dr DiCKO Albachar, Dr KONE Zakaridia et Dr FANE Seydou.

**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 :** Mountaka KANE, Robert Sogoba, Sekou Sangare, Fatoumata Traoré, Lamine Camara et Daouada Samake; **aux Internes du CS Réf C VI de ma promotion :** Lamine Diakite, Aissata Dembele, Chieck Fofana **et Souleymane Sidibe et mes Cadets:** Raimond Magassa, A. Kane, O. Cisse, D. Bouare et Mariam Dagnoko. **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 Niakate Aminata Traoré,** pour ton accueil, ton encadrement, ta gentillesse et tes bénédictions. Merci infiniment Tante, 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 CSCOM de Missabougou**

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

✓ **A mes Camarades et Amis :** Zakalia Berthé, Hamala Maiga, Dr Moussa Traoré, Mahamane Keita, Drissa Sidibe, Dr Djire, Dian Diallo, Aly, Moudasco, Karim Bary.

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

✓ **A Dr Amady Coulibaly :** tu as été pour moi plus qu'une amie,

Un Frère. Merci infiniment de ton soutien indéfectible et de tes conseils prodigués. Que tu en sois remerciée par Dieu. Je te serais toujours reconnaissant.

✓ **A tous les Etudiants en Médecine,** en particulier ceux ressortissants de Mopti. **Ce travail est le votre.**

✓ **A Mahamadou Doucoure dit Bah,** 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 tous les nouveau-nés et leurs mères de la période d'étude.**

✓ **A la famille Doucoure à Daoudabougou,** 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.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maitre et Président du Jury :**

**Professeur Massambou SACKO**

- ❖ **Maître de conférences en santé publique à la FMPOS ;**
- ❖ **Conseiller au programme de lutte contre la maladie à l’OMS.**

Cher maître

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Honorable Maître, la probité, l’honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d’écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.

**Puisse Allah le tout puissant vous accorder santé et longévité.**

**A notre Maître et Juge :**

**Docteur Seydou FANE**

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **Ancien Médecin-chef du centre de santé de référence du cercle Kolondièba**

Cher Maître,

La spontanéité avec la quelle vous avez accepté de porter un regard critique sur ce travail nous a profondément touché,

Votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogue expliquent toute l'admiration que nous éprouvons à votre égard.

Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité.

Trouver ici l'expression de notre grande estime.

**Que Dieu vous accompagne dans votre carrière**

**A notre Maître et Co-directeur :**

**Docteur Boubacar TRAORE**

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune VI.**
- ❖ **Trésorier général de la SOMAGO**

Cher Maître, nous vous remercions de votre confiance en nous acceptant dans votre service.

A coté de vous, nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique, à apprécier le maître dans sa modestie, sa disponibilité et son sens élevé du travail bien fait. Aussi, nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres. Vous êtes et restez pour nous, un exemple à suivre.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude et profond attachement.

**Que Dieu réalise vos vœux !**

**A notre Maître et Directeur de thèse :**

**Docteur Bouraïma MAÏGA,**

- ◆ Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),
- ◆ Détenteur d'un diplôme, de reconnaissance, décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,
- ◆ Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,
- ◆ Chevalier de l'ordre national,
- ◆ Détenteur d'un prix Taraboirè dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006
- ◆ Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),
- ◆ Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.

Cher maître,

C'est un immense plaisir que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, vos qualités humaines et sociales et la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté font de vous un maître accompli, admirable, respecté et respectable.

Cher maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

**Puisse Allah le tout puissant vous accorder santé et longévité.**

# Sommaires

## SOMMAIRES

CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	17
CHAPITRE II : OBJECTIFS.....	23
CHAPITRE III : GENERALITES.....	25
CHAPITRE IV : MATERIEL ET METHODE.....	54
CHAPITRE V : RESULTATS.....	63
CHAPITRE VI : COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	99
CHAPITRE VII : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	111
CHAPITRE VIII : REFERENCES.....	116
CHAPITRE IX : ANNEXES.....	121

# ABRÉVIATION

## Liste des abréviations

AMM = Association des Municipalités du Mali

ASACO = Association de Santé Communautaire

BCF = Bruits du Cœur Fœtal

CPN = consultation Périnatale

CSCOM = Centre de Santé Communautaire

CSRéf = Centre de Santé de Référence

DFP = Disproportion Fœto-Pelvienne

DNSI = Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

EDM = Energie Du Mali

EDS = Enquête Démographique de Santé

FELASCOM= Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire du Mali

GEU = Grossesse Extra-utérine

HRP = Hématome Rétro-placentaire

HU = Hauteur Utérine

MAP= Menace d'accouchement prématuré.

MDM = Médecin Du Monde

MSF = Médecin Sans Frontière

PMA = Paquet minimum d'activité

PP = Placenta Prævia

RAC = Réseau Administratif de Communication

RPM = Rupture Prématuré des Membranes

SAGO = Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique

SFA = Souffrance Fœtale Aiguë

SOU = Soins Obstétricaux d'urgence

# INTRODUCTION

## 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 foeto-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 montre 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 estimé le taux de mortalité maternelle à 464 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile à 96 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile à 191 pour 1 000 naissances vivantes. 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 étaient liées à l'hémorragie, l'infection, les accouchements dystociques et les 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 dont l'un des objectifs est de 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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> 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 encore 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 a légèrement diminué par rapport l'EDS III (581décès/100000 naissances vivantes), 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

Problématique du système de référence /évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

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 :

# OBJECTIFS

## **II- OBJECTIFS :**

### **1- Objectif général :**

- Etudier la problématique du système de référence/ évacuation des urgences obstétricales au CS Réf CVI du district de Bamako

### **2- Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des références/évacuations des urgences obstétricales
- Déterminer le profil sociodémographique des référées /évacuées
- Identifier les motifs de référence/évacuation des urgences obstétricales
- Déterminer les conditions de référence / évacuation des femmes enceintes vers le centre de sante de référence
- Préciser le pronostic foëto-maternel chez les référées/évacuées
- Identifier la prise en charge des évacuées.

# GÉNÉRALITÉS

### **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 foetal 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<sup>er</sup> retard : le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences(SOU),
- 2<sup>e</sup> retard : le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences(SOU),
- 3<sup>e</sup> 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 15 Septembre 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<sup>e</sup> 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.

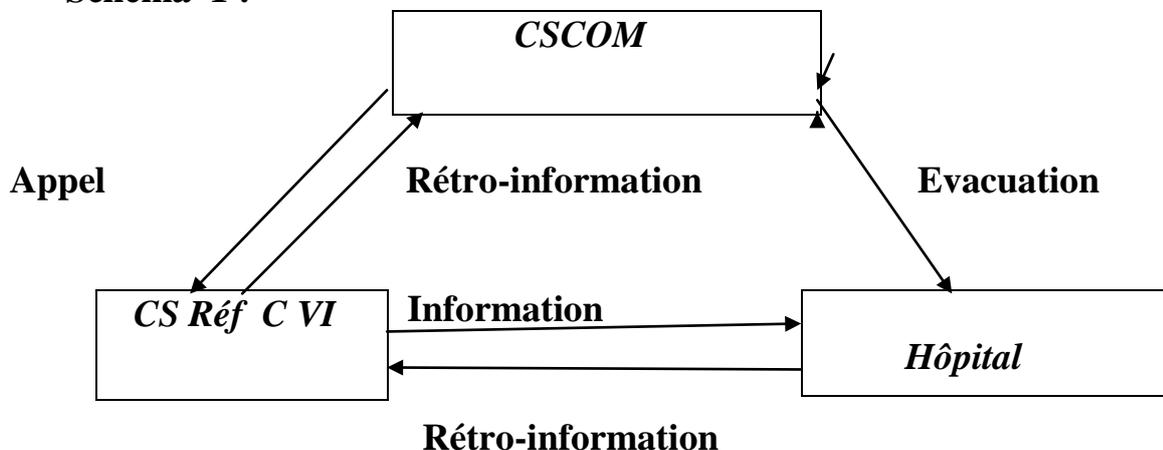
Ce transport est rendu difficile à cause de l'état des pistes entre les CSCOM et le centre de référence et l'inexistence de moyens de communication.

-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 :



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<sup>e</sup> 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 gynéco-obstétricien. 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.

**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 est 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 (foetus) 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 foetal 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 foetal 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 est 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'afibrinogénémié 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 intra-pelvienne 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.
  - Rémission :
  - C'est le repos physiologique (contraction indolore)
  - Phase de migration du placenta (contractions utérines, écoulement vulvaire sanglant, ascension de l'utérus puis le placenta se décolle et l'utérus se rabaisse)
  - Phase d'expulsion du placenta et des membranes (sort par la face lisse), et c'est une hémorragie de 300 à 500 ml.
  - 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'examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partographe (partogramme).

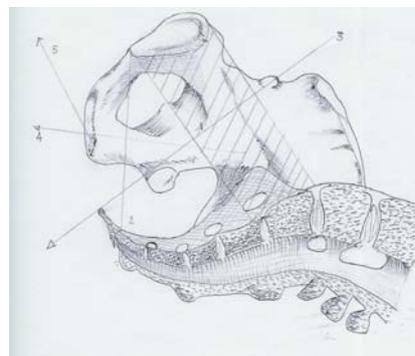
Ces éléments de surveillance sont :

- 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].

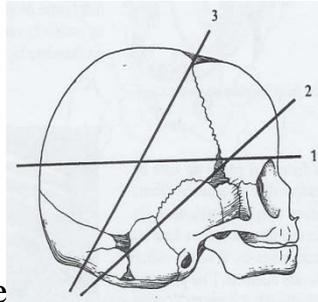
1. cylindre de descente
2. plan du détroit inférieur
3. premier axe de descente
4. deuxième axe de descente
5. axe de sortie



**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.

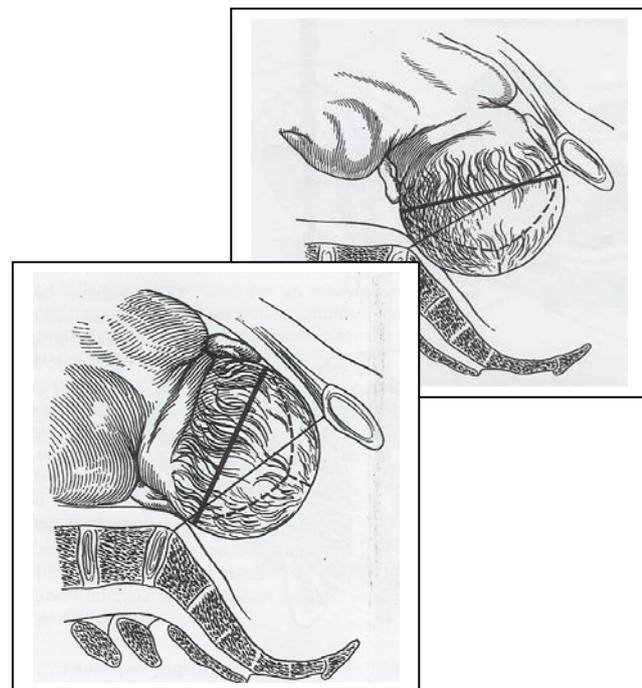
**Figure N° 3 : Asynclitisme postérieur [22]**

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

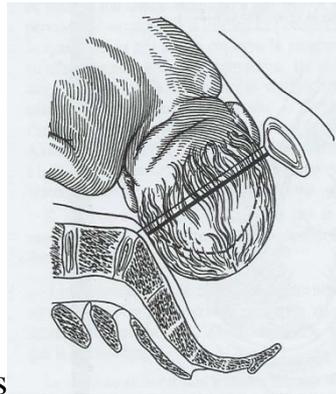
**Figure N° 4 : Asynclitisme antérieur [22]**

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.



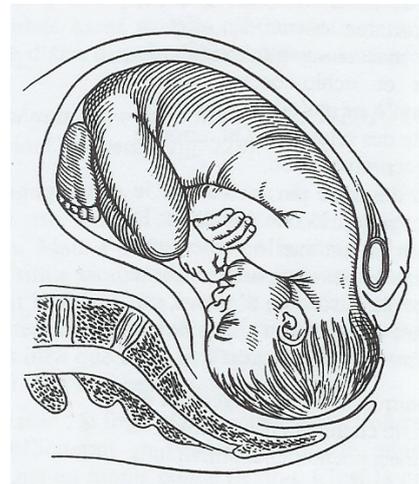
**Figure N° 5 : Le synclitisme [22]**



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.



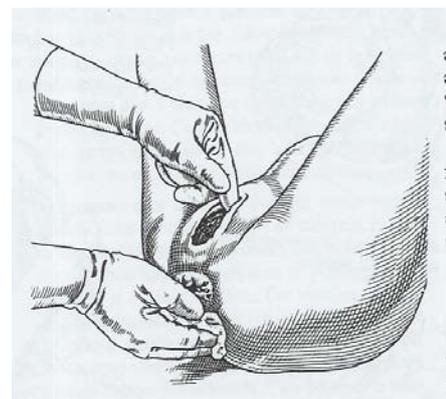
**Figure N° 6 : Descente et rotation en OP [22].**

**Dégagement :**

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

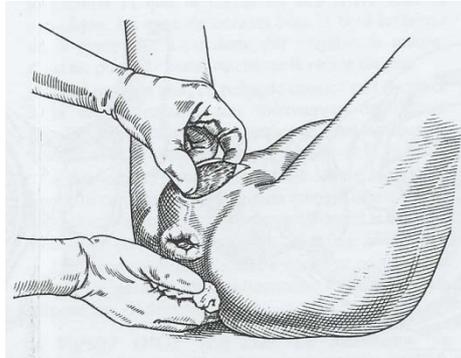
**Figure N° 7 : Accentue de la flexion de la tête.**

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**

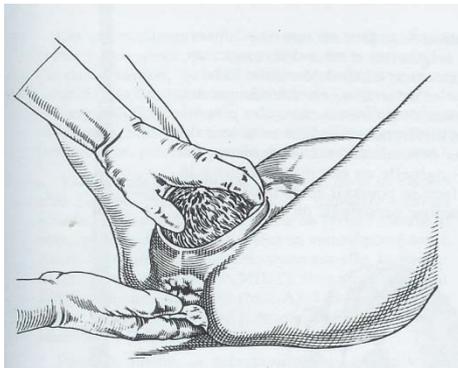
Les doigts de la main droite commencent à aider la déflexion en exerçant une pression sur le front.



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

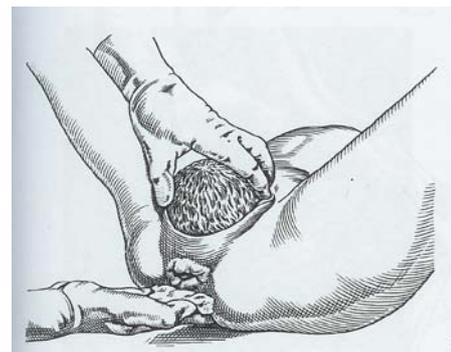
**Figure N°9 : Suite de la déflexion ;**

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].**

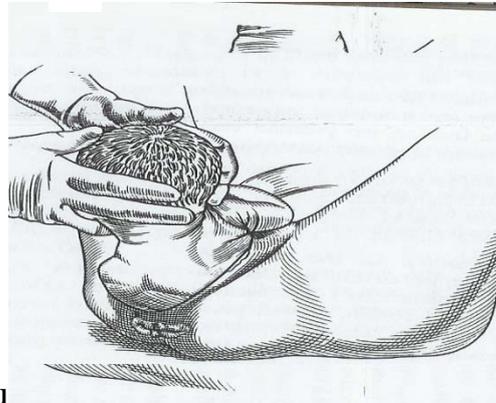
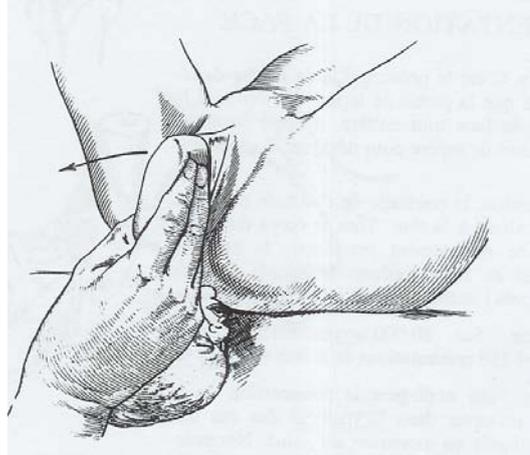
Le périnée postérieur se détend, la main droite peut aider à le rabattre au-delà du menton. L'accouchement de la tête



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.

**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 1cm 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 médius 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 prævica 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 foetal. 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.

# MÉTHODOLOGIE

#### **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 la 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 km<sup>2</sup> de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km<sup>2</sup>.

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.

Problématique du système de référence / évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

- 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

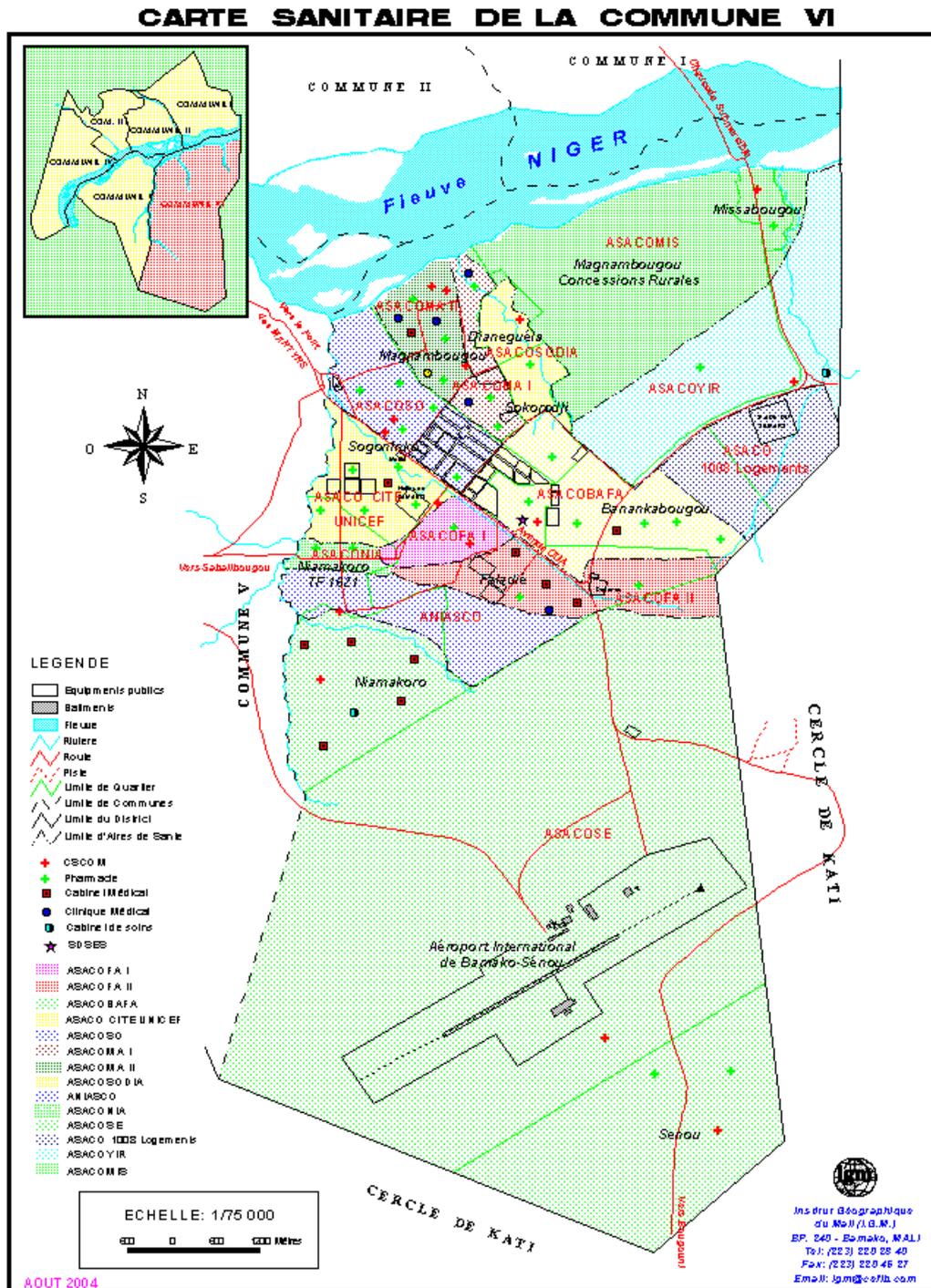
Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé

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



## **2. Type d'étude :**

Notre travail est une étude transversale, descriptive et prospective visant à interroger les parturientes sur le déroulement de la référence/évacuation et les résultats de l'accouchement.

## **3. Période d'étude :**

Elle s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2008 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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2008.

## **5. Echantillonnage :**

A été exhaustive, car toutes les femmes admises en urgence pour un problème obstétrical ont été enrôlées dans l'étude. On ne pouvait donc déterminer la taille de l'échantillon à priori.

### **5.1. Critères d'inclusion :**

Toute parturiente admise en urgence évacuée 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 :**

Problématique du système de référence /évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

Les données ont été saisies sur Word 2007 et Excel 2007 pour les graphiques.

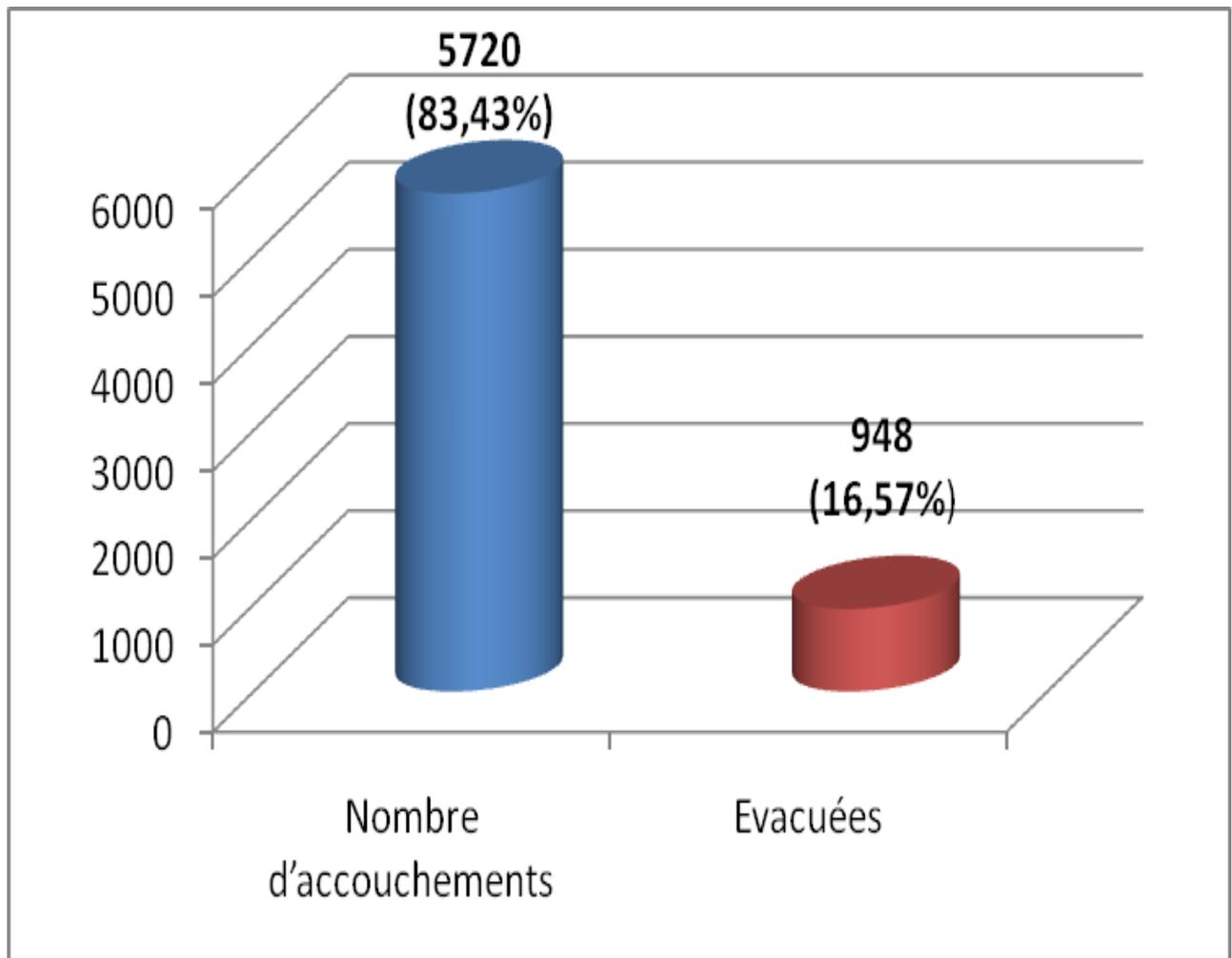
Les données ont été analysées sur le logiciel EPI INFO version 6.0 fr. Le test statistique utilisé est le khi 2.

# RÉSULTATS

## V- RESULTATS :

**1-Fréquence :** Au CS Réf C VI nous avons recensé du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2008, 948 patientes évacuées sur un total de 5720 accouchements soit une fréquence de **16,57%**.

**Figure N° 13 : Répartition en fonction de la fréquence des évacuations des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

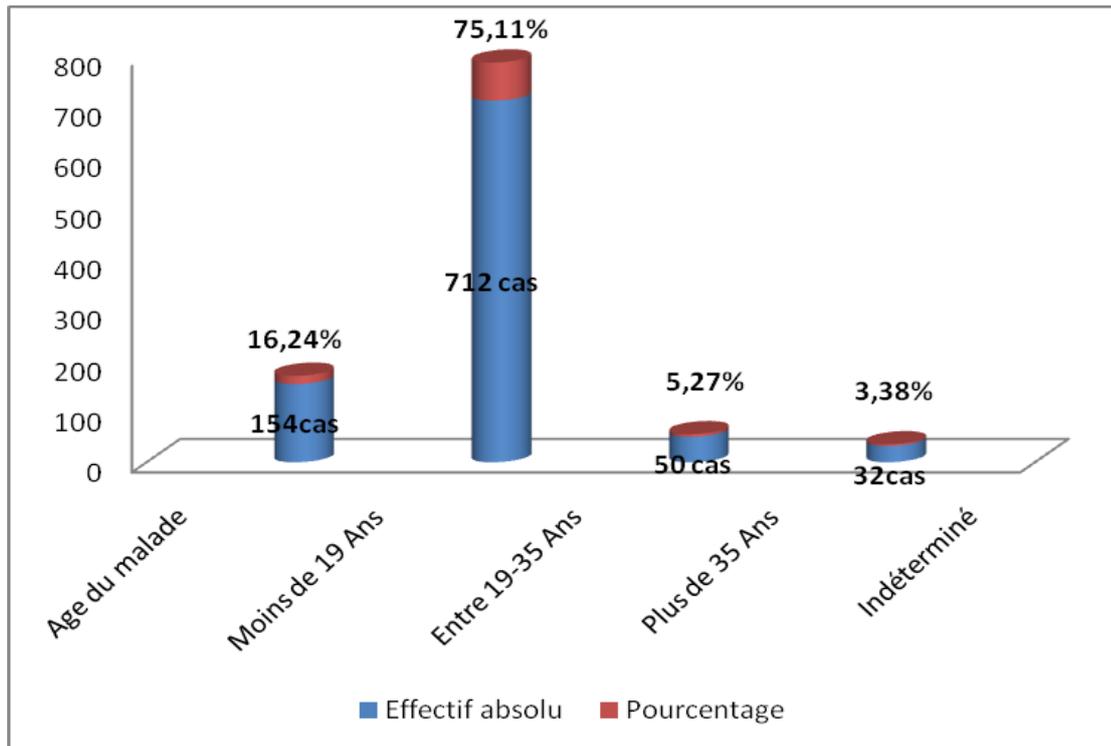


**La fréquence moyenne des évacuées est de 16, 57%.**

## 2-Profil sociodémographique :

### 2-1-Age :

**Figure N° 14 : Répartition en fonction de l'âge des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**



**L'Age moyen est de 17ans ± 2 ans, les extrêmes sont de 15 et 43.**

## 2-2-Profession :

**Tableau 1 : Répartition en fonction de la profession des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Profession</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagère</b>	<b>882</b>	<b>93,04</b>
Elève/Etudiante	12	1,27
Aide ménagère	15	1,58
Commerçante	23	2,43
Autres	16	1,68
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

Autres : Teinturière 5, Coiffeuse 7, Sans profession 4

### 2-3-Ethnie :

**Tableau 2 : Répartition en fonction de l'ethnie des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>492</b>	<b>51,90</b>
Peulh	70	7,38
Malinké	68	7,17
Soninké	92	9,70
Dogon	77	8,12
Senoufo	37	3,90
Sonrhäï	25	2,64
Bobo (bwa)	28	2,95
Minianka	15	1,58
Bozo	14	1,48
Kassonké	10	1,05
Forgeron	10	1,05
Autres	10	1,05
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

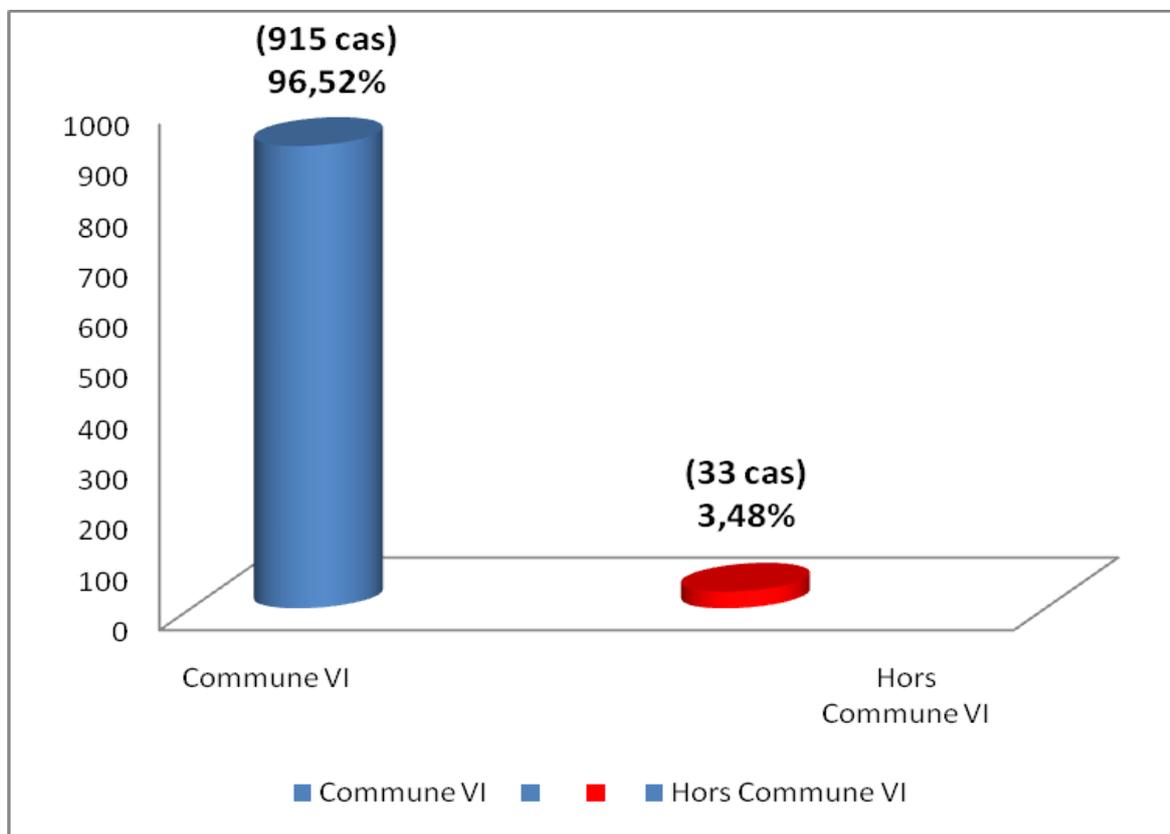
Autres : Maure 2, Arabe 3, Ghanéen 1, Ouolof 2, Togolaise 2

## 2-4-Statut matrimonial :

**Tableau 3: Répartition selon le statut matrimonial des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariées	849	89,56
Célibataires	97	10,23
Divorcées	2	0,21
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Figure N° 15 : Répartition en fonction de la provenance des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**



**Tableau 4 : Répartition des parturientes en fonction des structures de santé ayant procédé à l'évacuation.**

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage	Distance en km
<b>Aire de santé de la Commune VI</b>			
Asacose	132	13,92	15
Asaconia	132	13,92	6
<b>Asacoyir</b>	<b>168</b>	<b>17,72</b>	<b>10</b>
Asacobafa	33	3,48	5
Aniasco	45	4,75	8
Asacoma	42	4,43	3
Asacofa	75	7,91	4
Asacomis	64	6,75	12
Asacosodia	24	2,53	6
Asacoso	10	1,05	0,3
Asacocy	33	3,48	7
Miproma	37	3,90	5
Maternité base 101 senou	93	9,81	
Cabinet médical djiguiya niamakoro secteur III	2	0,21	
Cabinet médical sianwa	25	2,64	
<b>Aire de santé du cercle de Kati</b>			
Baguineda	10	1,05	22,6
Asacosime (sirakoro meguetana)	14	1,48	
Sanakoroba	4	0,42	23,7
Dialakorobougou	3	0,32	14,7
Dialakoroba	2	0,21	61,4
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>	

**Tableau 5 : Répartition en fonction de l'agent de santé ayant décidé de l'évacuation**

<b>Agent de santé ayant décidé de l'évacuation</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	120	12,66
<b>Sage-femme</b>	<b>560</b>	<b>59,07</b>
Infirmière obstétricienne (IO)	74	7,81
Infirmier d'état (ICPM)	76	8,02
Matrone	90	9,49
Faisant fonction d'interne	28	2,95
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 6 : Répartition selon les motifs d'évacuation des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Motifs d'évacuation</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Dilatation stationnaire</b>	<b>126</b>	<b>13,29</b>
Utérus cicatriciel	82	8,65
Hauteur utérine excessive	57	6,01
Hémorragie sur grossesse	50	5,27
Souffrance fœtale aiguë (SFA)	45	4,75
Disproportion fœto-pelvienne (DFP)	44	4,64
Eclampsie	65	6,86
Manque d'efforts expulsifs	46	4,85
Placenta prævia hémorragique (PPH)	40	4,22
Procidence du cordon	40	4,22
Présentation transversale	38	4,01
Contractions utérines douloureuses sur grossesse à terme	36	3,80
Rupture prématurée des membranes (RPM)	32	3,38
Hématome retro-placentaire (HRP)	30	3,16
Bassin limite	18	1,90
Présentation du front	16	1,69
Grossesse arrêtée	16	1,69
Présentation de l'épaule	16	1,69
Bassin généralement rétréci (BGR)	12	1,27
Travail prolongé	12	1,27
Syndrome de pré rupture utérine	12	1,27
Hémorragie du post partum	12	1,27
Dystocie de démarrage	10	1,05
Rétention du deuxième jumeau (J2)	10	1,05
Absence d'engagement à dilatation complète	8	0,84
Présentation de siège chez une primipare	8	0,84
Refus d'être examinée	8	0,84
Anémie sévère sur grossesse	6	0,63
Femme de courte taille	6	0,63
Procidence du bras	4	0,42
Femme boîteuse	4	0,42
Présentation de la face	4	0,42

Utérus cicatriciel sur bassin généralement rétréci	4	0,42
Primipare jeune + bassin immature	4	0,42
Présentation haute	2	0,21
Présentation de siège sur utérus cicatriciel	2	0,21
Grossesse gémellaire avec 1 en siège	2	0,21
Cardiopathie sur grossesse à terme	2	0,21
Hauteur utérine excessive sur présentation de siège	1	0,11
Primipare âgée	1	0,11
Rétention de la tête dernière	1	0,11
Indéterminé	16	1,69
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 7 : Répartition selon le délai d'évacuation des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Délai d'évacuation</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0-1 Heures</b>	<b>441</b>	<b>46,52</b>
1H01Mn -2H	193	20,36
2H01Mn-4H	140	14,77
4H01Mn-8H	121	12,76
>8 Heures	53	5,59
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

Le Temps moyen : 10H45'

Le temps extrêmes : 5 minutes à 48heures

**Tableau 8: Répartition en fonction du temps mis entre la prise de décision et l'évacuation des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Durée(Heures)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0-1H</b>	<b>291</b>	<b>30,70</b>
1H01Mn-2H	218	23,00
2H01Mn-3H	213	22,47
3H01Mn-4H	165	17,41
4H01Mn-5H	42	4,43
>5H	19	2,00
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 9: répartition en fonction de la distance parcourue pour l'évacuation des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Distance parcourue</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<5 km	227	23,95
<b>5-15 km</b>	<b>659</b>	<b>69,51</b>
Supérieur à 15 km	62	6,54
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

Distance moyenne parcourue par les évacuées est de 13,35 km

Les extrêmes sont de 0,3 à 61,4 km

**Tableau 10: Répartition en fonction de la durée du trajet parcouru par les parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Durée</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
< 1 heure	806	85,02
1 heure -2 heure	113	11,92
≥ 3 heures	29	3,06
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

Temps moyens mis encours de route est de 1H 27 et avec les extrêmes 5minutes 6 heures.

**Tableau 11: Répartition des parturientes selon la présence des supports lors de l'évacuation**

<b>Supports d'évacuation</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Partogramme</b>	<b>291</b>	<b>30,70</b>
Partogramme et fiche de référence/évacuation	223	23,52
Fiche de consultation	170	17,93
Fiche de référence/évacuation	218	23,00
Référence verbale	34	3,59
Lettre	12	1,27
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 12 : Répartition en fonction de l'utilisation du Partogramme des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Utilisation du partogramme</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Utilisé	<b>610</b>	<b>64,35</b>
Non utilisé	338	35,65
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 13 : Répartition en fonction de la qualité de remplissage du Partogramme des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Qualité de remplissage du partogramme</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Correcte	<b>482</b>	<b>50,84</b>
Non correcte	128	13,50
Non utilisé	338	35,65
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**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.

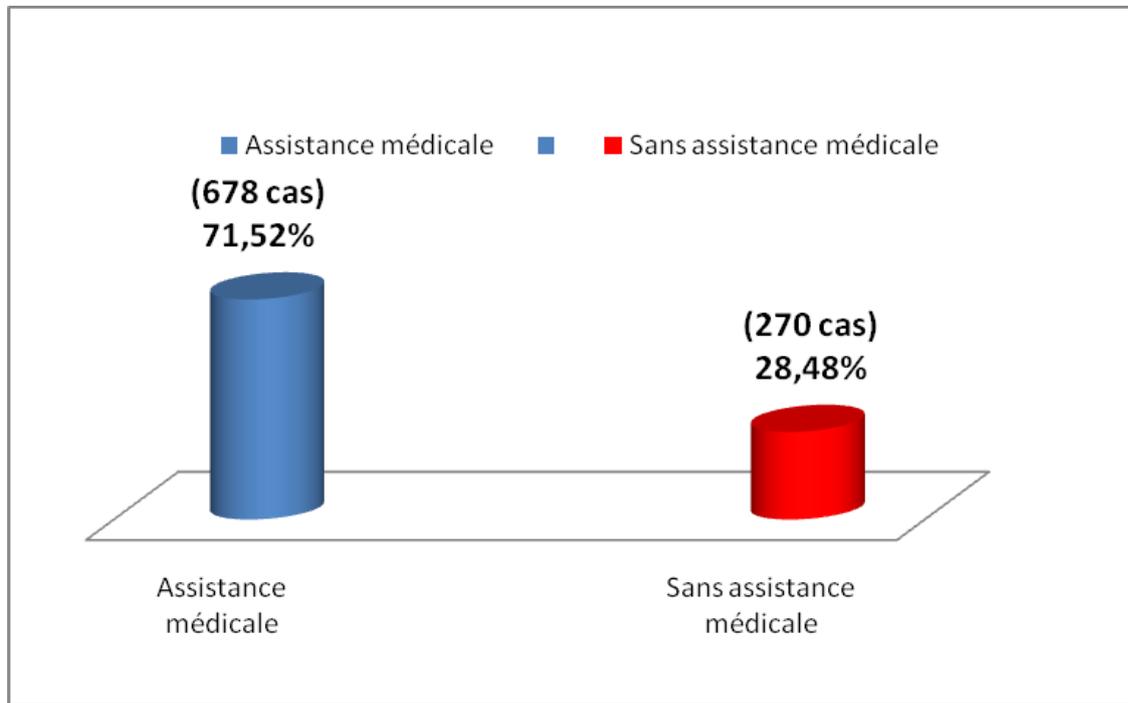
**Non correcte :** Seulement quelques rubriques sont remplies.

**Tableau 14 : Répartition en fonction du traitement reçu avant évacuation des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Traitement reçu avant évacuation</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Buthylhyocine</b>	<b>64</b>	<b>41,02</b>
Spasfon injectable	13	8,33
Epilat capsule	9	5,77
Ocytocine	22	14,10
Diazépam injectable	2	1,28
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
Spasfon et buthylhyocine	1	0,64
Buscopan inj et sérum glucosé+spasfon	1	0,64
Sérum glucosé+catapressan+spasfon inj	1	0,64
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
Amoxicilline inj	5	3,20
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

**NB** : 792 patientes n'ont reçues aucun traitement

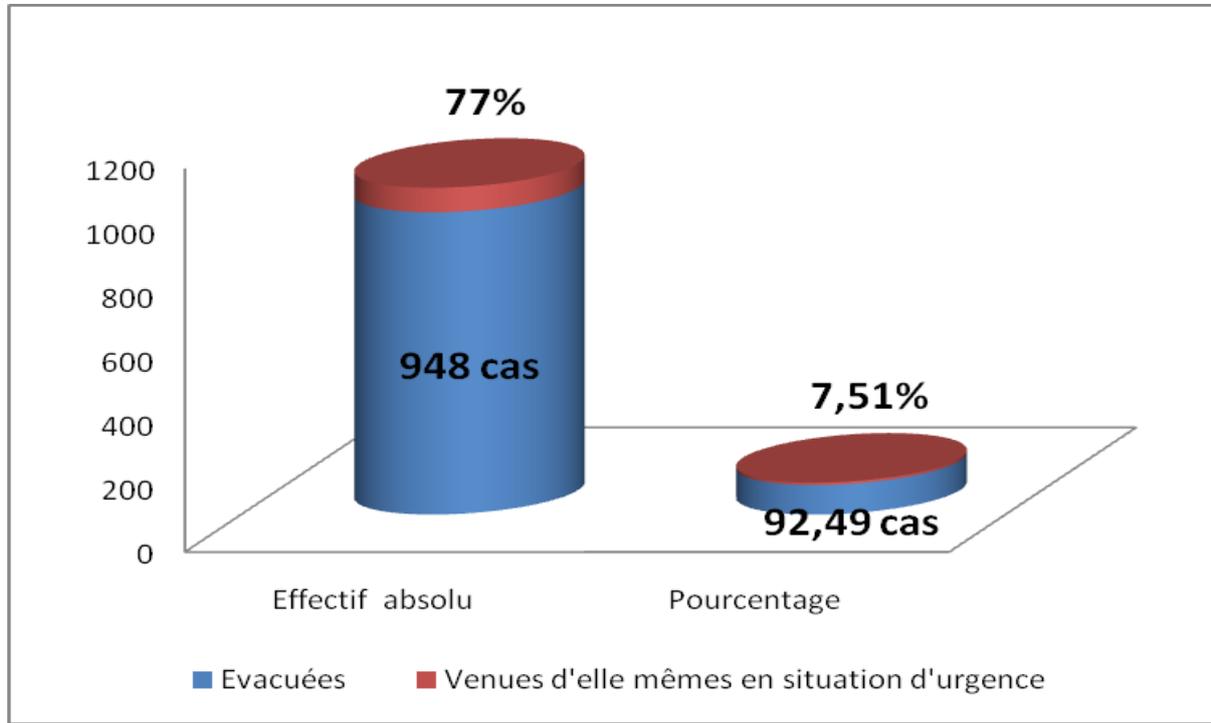
**Figure N°16 : Répartition en fonction du mode d'évacuation des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**



**Tableau 15 : Répartition en fonction des moyens logistiques pour l'évacuation**

Moyens logistiques utilisés	Effectif absolu	Pourcentage
Ambulance	665	70,15
Taxi	150	15,82
Voiture personnelle	129	13,61
Moto	4	0,42
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Figure N° 17 : Mode d'admission des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**



**Tableau 16 : Répartition selon les moyens de communication utilisés pour l'évacuation**

Moyens de télécommunication utilisés	Effectif absolu	Pourcentage
RAC (Kati)	24	2,53
Téléphone	656	69,20
Aucun	268	28,27
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 17: Répartition selon le statut de l'agent de sante accompagnateur**

<b>Agent de santé accompagnateur</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Matrone</b>	<b>241</b>	<b>35,55</b>
Infirmière obstétricienne	140	20,65
Aide soignante	90	13,27
Sage femme	23	3,39
Infirmier	89	13,13
Interne	93	13,72
Médecin	2	0,29
<b>Total</b>	<b>678</b>	<b>100</b>

**Tableau 18: Répartition selon la présence de voie veineuse**

<b>Abord veineux</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sans voie veineuse</b>	<b>687</b>	<b>72,47</b>
Voie veineuse avec cathéter	176	18,57
Voie veineuse avec cathéter et perfusion	85	8,97
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

### 3- Antécédents

**Tableau 19: Répartition selon la gestité des parturientes**

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	286	30,17
<b>Paucigeste</b>	<b>484</b>	<b>51,05</b>
Multigeste	109	11,50
Grande multigeste	69	7,28
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

Primigeste = 1ere grossesse

Paucigeste = 2eme – 3eme grossesse

Multigeste = 4eme – 6eme grossesse

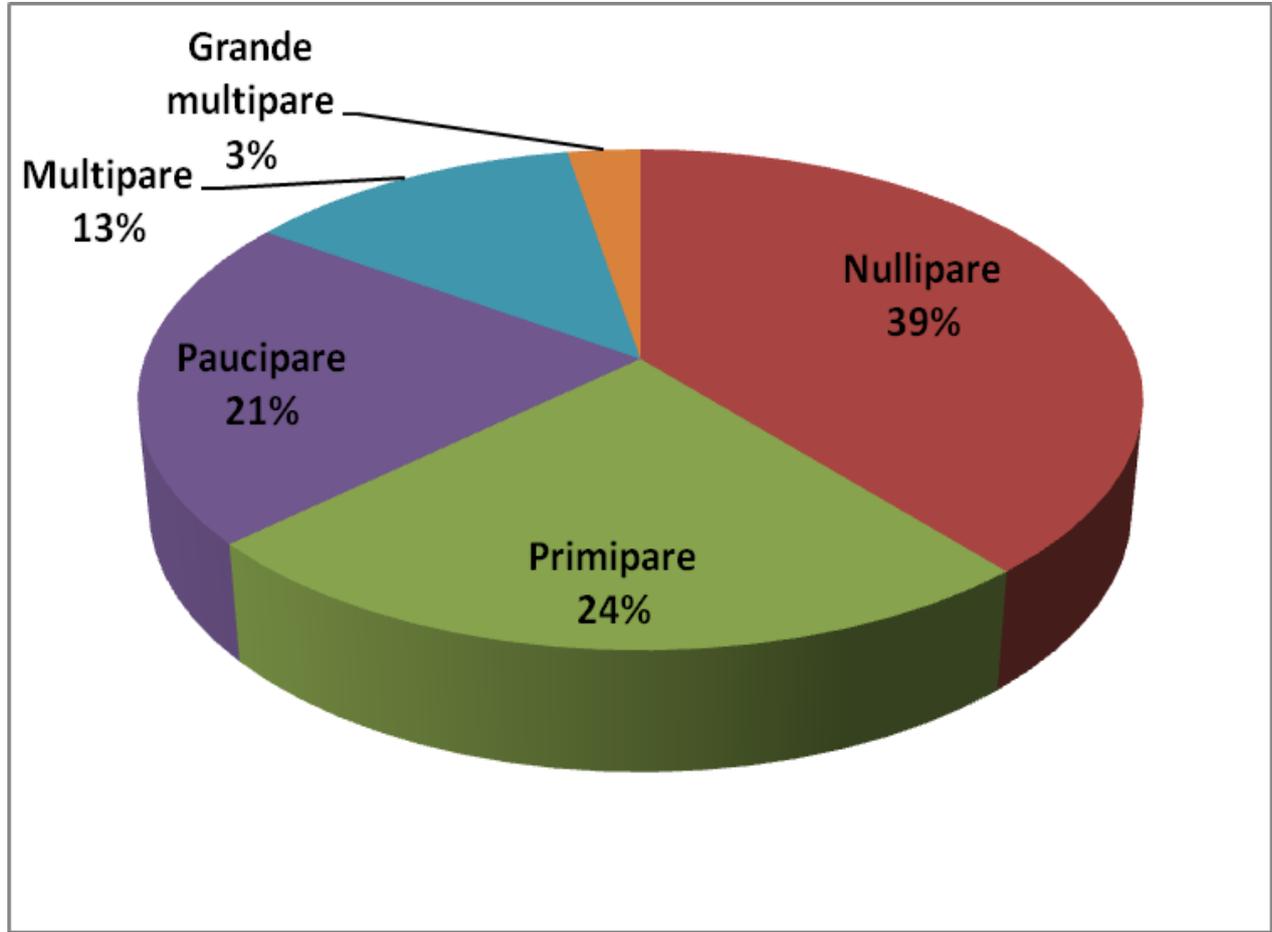
Grande multigeste = 7eme grossesse et plus

**Tableau 20 : Répartition en fonction du nombre d'enfants vivants**

Nombre d'enfants vivants	Effectif absolu	Pourcentage
0 enfant	370	39,03
<b>1-2 enfants</b>	<b>430</b>	<b>45,36</b>
3-4 enfants	102	10,76
5 enfants	46	4,85
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**NB : 370** parturientes n'avaient aucun enfant vivant

**Figure N° 18 : Répartition selon la parité des parturientes**



**Tableau 21 : Répartition en fonction de l'intervalle inter génésique (IIG)**

IIG (mois)	Effectif absolu	Pourcentage
<24	274	41,39
≥24	388	58,61
<b>Total</b>	<b>662</b>	<b>100</b>

**Tableau 22 : Répartition en fonction des antécédents de césariennes des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Antécédents de césarienne</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0</b>	<b>825</b>	<b>87,03</b>
1	93	9,81
2	30	3,16
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 23 : Répartition en fonction des antécédents médicaux**

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Drépanocytose AS	1	0,11
gastrite	18	1,90
Asthme	3	0,32
HIV+	6	0,63
H.T.A	19	2,00
Cardiopathie	2	0,21
Dermatose	12	1,27
<b>Aucun</b>	<b>887</b>	<b>93,57</b>
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

#### 4- Examen général :

**Tableau 24 : Répartition en fonction de la taille des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

Taille (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
<150	198	20,89
<b>≥150</b>	<b>750</b>	<b>79,11</b>
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

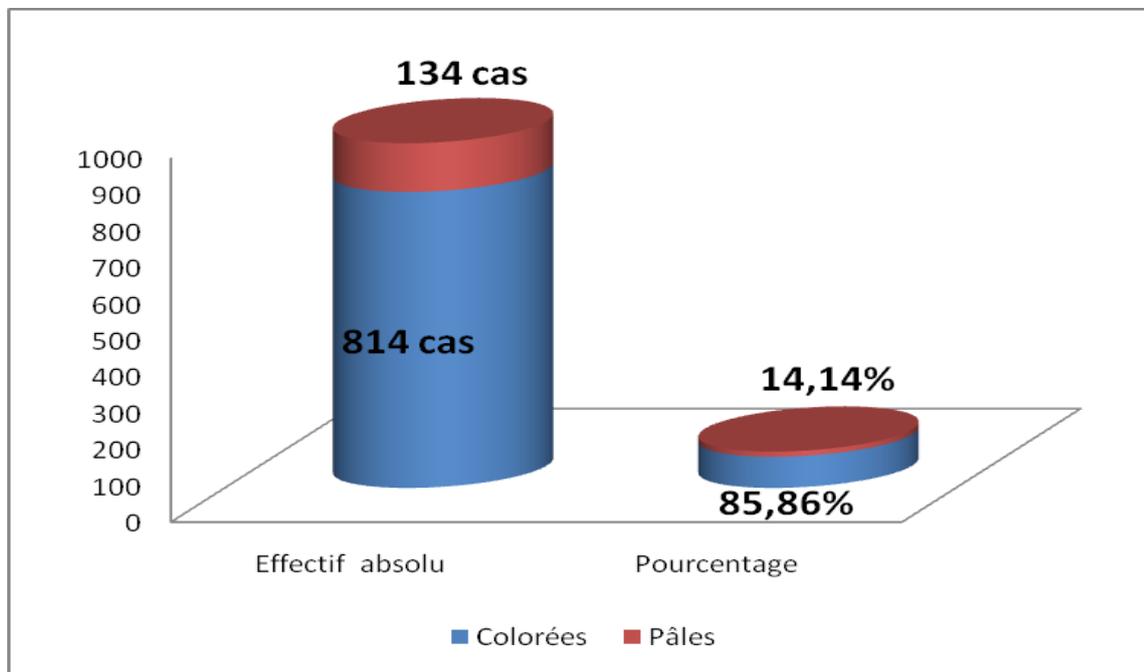
**Tableau 25: Répartition en fonction de la tension artérielle des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

TA (mm/hg)	Effectif absolu	Pourcentage
<140/90	840	88,61
≥140/90	108	11,39
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 26: Répartition en fonction du groupage sanguin rhésus à l'admission**

Groupage rhésus a l'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Groupage en urgence	705	74,37
Déjà groupée	243	25,63
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Figure N° 19 : Répartition en fonction de la coloration des muqueuses des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**



**5- Situation obstétricale à l'entrée :**

**Tableau 27 : Répartition en fonction du nombre de consultation prénatale (CPN) des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0</b>	<b>462</b>	<b>48,73</b>
1-3	345	36,39
≥4	141	14,87
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 28: Répartition selon les auteurs des consultations prénatales des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Auteurs des CPN</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sage femme</b>	<b>339</b>	<b>69,75</b>
Matrone	72	14,81
Infirmière obstétricienne	63	12,96
Médecin généraliste	6	1,23
Médecin spécialiste en obstétrique	5	1,03
Etudiant Hospitalier	1	0,21
<b>Total</b>	<b>486</b>	<b>100</b>

**Tableau 29: Répartition en fonction du terme de la grossesse des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Terme grossesse</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Avant 37SA	59	6,22
<b>Entre 37-42SA</b>	<b>885</b>	<b>93,35</b>
Après 42SA	4	0,42
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 30: Répartition en fonction de la hauteur utérine (HU)**

<b>Hauteur utérine (cm)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
26-30	104	10,97
<b>31-35</b>	<b>792</b>	<b>83,54</b>
>35	52	5,49
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 31: Répartition en fonction des bruits du cœur fœtal (BDCF) des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Bruits du cœur fœtal</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Absent	101	10,65
<120	28	2,95
<b>120-160</b>	<b>807</b>	<b>85,13</b>
>160	12	1,66
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 32: Répartition en fonction de la dilatation du col des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Dilatation col (cm)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
0	57	6,01
1-3	281	29,64
<b>≥ 4</b>	<b>610</b>	<b>64,35</b>
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 33: Répartition en fonction de la présentation du fœtus des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Présentation du fœtus</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Céphalique	693	73,10
Siège	172	18,14
Transverse	18	1,90
Face	4	0,42
Front	4	0,42
Indéterminé	57	6,01
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 34: Répartition en fonction de l'engagement de la présentation des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Engagement</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	728	76,79
Non	220	23,21
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 35: Répartition en fonction de l'état de la poche des eaux des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Etat poche des eaux</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Intacte	409	43,14
<b>Rompue moins de 6h</b>	<b>450</b>	<b>47,47</b>
Rompue plus de 6h	89	9,39
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 36: Répartition en fonction de l'aspect du liquide amniotique des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Aspect du liquide amniotique</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Indéterminé	154	16,24
<b>Clair</b>	<b>559</b>	<b>58,97</b>
Teinté verdâtre	145	15,30
Hématique	60	6,33
Méconial	30	3,16
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

## 6- Diagnostic retenu au CS Réf CVI :

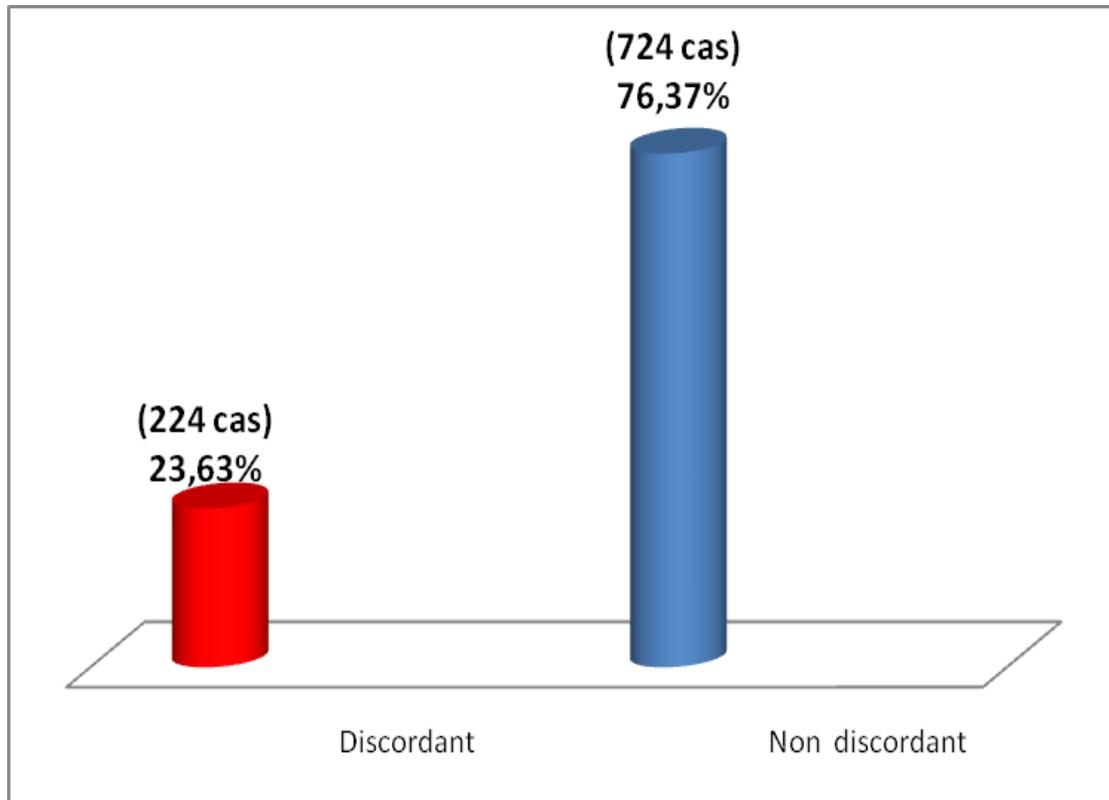
**Tableau 37: Répartition en fonction du diagnostic retenu des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Diagnostic retenu au CS Réf CVI</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Dilatation stationnaire	128	13,50
Travail d'accouchement normal	102	10,76
Eclampsie	98	10,34
Défaut d'engagement	46	4,85
Disproportion fœto-pelvienne	45	4,75
Syndrome de pré rupture	39	4,11
Dystocie dynamique	38	4,01
Souffrance fœtal aiguë	38	4,01
Placenta prævia (pp)	38	4,01
Temps d'expulsion >45mn	36	3,80
Insuffisance des efforts expulsifs	38	4,01
Utérus bicatriciel	33	3,48
Bassin limite sur utérus cicatriciel	32	3,38
Hématome retro-placentaire (HRP)	46	4,85
Procidence du cordon battant	26	2,74
Grossesse gémellaire	25	2,64
Procidence du cordon non battant	24	2,53
Mort fœtale in utero (MFIU)	8	0,84
Toxémie gravidique (HTA)	38	4,01
Rétention de J2 (2eme jumeau)	5	0,53
Présentation de la face	5	0,53
Echec de l'épreuve du travail	5	0,53
Présentation de siège complet	5	0,53
Rétention placentaire	4	0,42
Présentation de siège chez une primipare	4	0,42
Présentation transversale	10	1,05
Bassin généralement rétréci(BGR)	4	0,42
Bassin immature	4	0,42
Présentation du front	3	0,32
Rupture prématurée des membranes (RPM) >24h	2	0,21
Hémorragie de la délivrance	2	0,21

**Suite tableau 37: Répartition en fonction du diagnostic retenu des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Diagnostic retenu au CS Réf C VI</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Bassin généralement rétréci sur utérus cicatriciel	2	0,21
Bassin asymétrique	2	0,21
Macrosomie fœtale	2	0,21
Hauteur utérine excessive sur bassin limite	2	0,21
Présentation de siège décomplété	2	0,21
Rétention de la tête dernière	1	0,11
Rupture utérine	1	0,11
Cardiopathie sur grossesse estimée a terme	1	0,11
Grossesse gémellaire avec J1 en siège	1	0,11
Pré rupture sur présentation de l'épaule	1	0,11
Placenta prævia + hematome retro-placentaire	1	0,11
Présentation de siège sur utérus cicatriciel	1	0,11
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Figure N°20: Répartition en fonction de la discordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CS Réf C VI**



**7-Conduite à tenir :**

**Tableau 38: Répartition en fonction de l'acte effectuée au CS Réf C VI**

Acte effectué	Effectif absolu	Pourcentage
Accouchement par voie basse	621	65,51
Césarienne	307	32,38
Laparotomie pour rupture utérine	2	0,21
Forceps	11	1,16
Délivrance artificielle	7	0,74
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 39 : Répartition en fonction du niveau de la transfusion effectuée en urgence.**

<b>Niveau de transfusion en urgence</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Transfusée	136	14,35
Non transfusée pour non disponibilité de sang	25	2,64
<b>Transfusion non indiquée</b>	<b>787</b>	<b>83,02</b>
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 40: Répartition en fonction de la contre référence des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

<b>Contre référence</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>750</b>	<b>79,11</b>
<b>Non</b>	<b>198</b>	<b>20,89</b>
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Tableau 41: Répartition en fonction du temps mis entre la prise de décision de la césarienne et l'extraction du fœtus**

<b>Temps entre prise de décision de césarienne et l'extraction du fœtus</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>20 – 30 Minutes</b>	<b>263</b>	<b>85,67</b>
30 – 40 Minutes	37	12,05
40 – 60 Minutes	7	2,28
<b>Total</b>	<b>307</b>	<b>100</b>

**8-Résultat de la prise en charge :**

**8-1-Nouveau-né :**

**Tableau 42: Répartition en fonction de l'Apgar du nouveau-né**

<b>Statut Apgar</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
0	102	10,60
1-6	18	1,87
<b>≥7</b>	<b>842</b>	<b>87,53</b>
<b>Total</b>	<b>962</b>	<b>100</b>

**Tableau 43: Répartition selon l'état du nouveau-né au moment de l'accouchement**

Etat de l'enfant	Effectif	
	absolu	Pourcentage
Satisfaisant	842	87,53
Mort- né frais	79	8,21
Mort- né macéré	23	2,39
Transfert en pédiatrie pour prématurité	18	1,87
<b>Total</b>	<b>962</b>	<b>100</b>

**Tableau 44 : Répartition en fonction de l'Apgar sur l'acte effectué**

Apgar	0		1-6		≥7		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Accouchement par voie basse	62	60,78	12	41,4	554	68	628	66,1
Césarienne	38	37,25	6	20,7	263	32	307	33,1
Laparotomie pour rupture utérine	2	1,96	0	0	0	0	2	0,2
Forceps	0	0	11	37,9	0	0	11	0,6
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>817</b>	<b>100</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

Khi 2 = 2,356

ddl = 6

P = 0,001883

**Tableau 45: Répartition en fonction du poids de naissance**

<b>Poids (gramme)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
< 2500	68	7,07
<b>2500 – 3999</b>	<b>875</b>	<b>90,96</b>
≥ 4000	19	1,98
<b>Total</b>	<b>962</b>	<b>100</b>

**Tableau 46: Répartition selon les circonstances de mortinaissance**

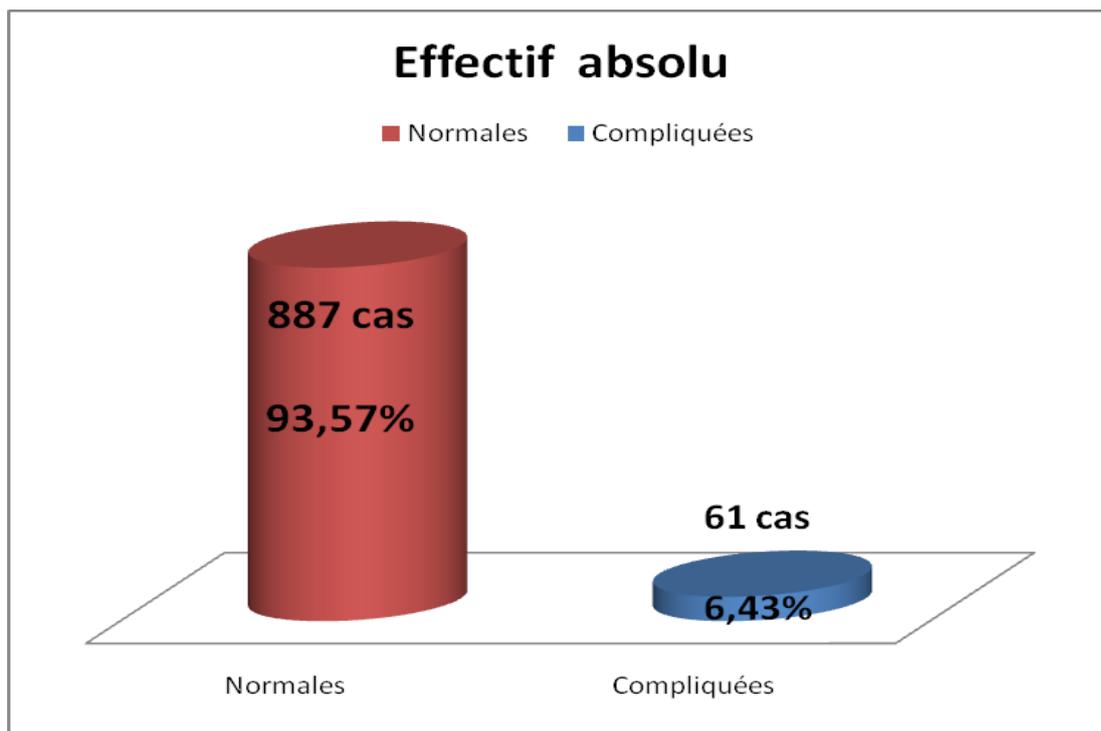
<b>Causes mort-nés</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Procidence du cordon non battant	18	17,65
MFIU	12	11,76
<b>HRP</b>	<b>24</b>	<b>23,53</b>
Retard à l'expulsion	3	2,94
PP	14	13,73
SFA/DFP	10	9,80
Anémie sévère de la mère	3	2,94
Rétention de J2	4	3,92
Hydramnios s aigu	4	3,92
RPM >72h	2	1,96
Toxémie gravidique	3	2,94
MFC	1	0,98
Rétention tête dernière	2	1,96
Rupture utérine	2	1,96
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

## 8-2-La mère :

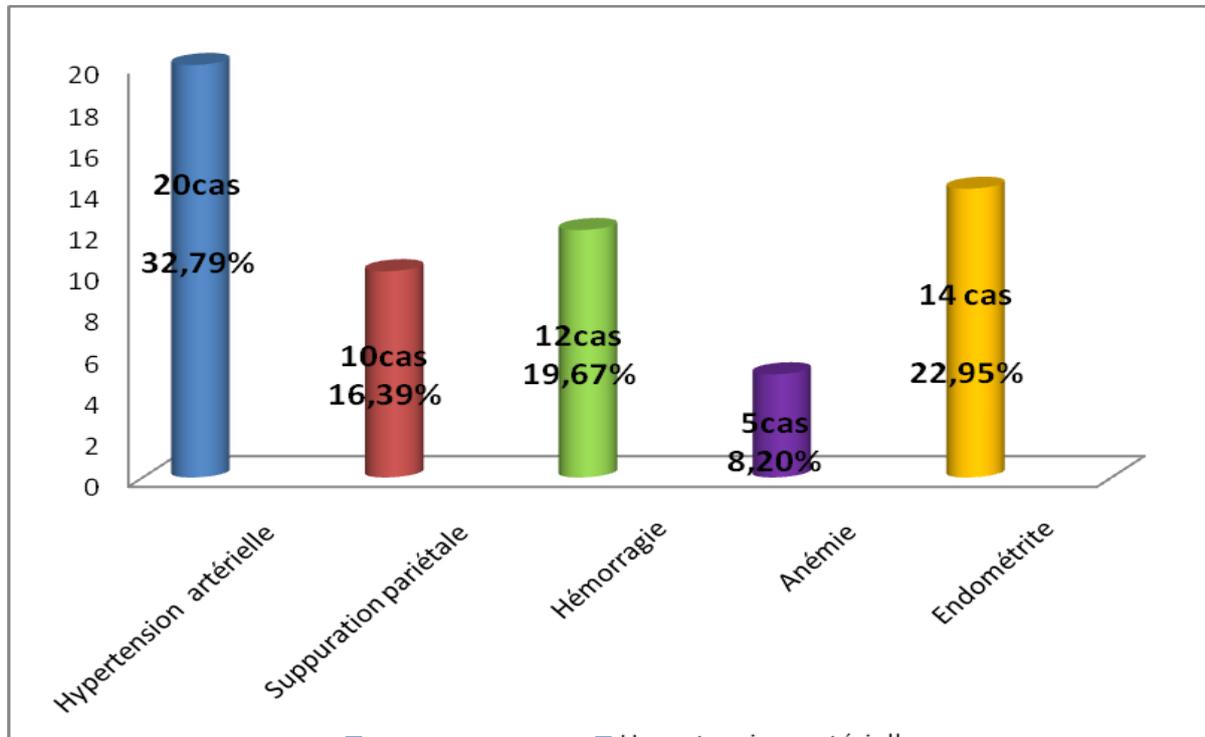
**Tableau 47: Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif absolu	Pourcentage
1-2	422	44,51
3-5	491	51,72
> 5	35	3,69
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100</b>

**Figure N°21: Répartition en fonction de l'évolution des suites de couche des parturientes référées/évacuées des CSCOM vers le CSRéf de la CVI du district de Bamako.**



**Figure N°22: Répartition en fonction des complications des suites de couche**



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

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre, étude basée sur un interrogatoire et le suivi des patients ; le déroulement et l'exploitation des dossiers a permis de réaliser ce travail.

Notre méthodologie fait référence à l'étude de Dolo K à l'hôpital Somino Dolo de Mopti ; THIERO [29] au CHU Gabriel Toure ; FALL [6] au Sénégal ; MACALOU [30] à l'hôpital de Kaye et à celle de BALDE [14] en Guinée Conakry.

Les résultats pourront être exploités dans le cadre global de l'amélioration du système de référence / évacuation.

### 1-Fréquence :

Durant la période d'étude (12 mois) 5720 accouchements ont été effectués à la maternité du CS Réf C VI dont 948 évacuées soit une fréquence de 16,57%.

Cette fréquence est inférieure à celle rapportée par Dolo K à l'hôpital Somino Dolo de Mopti 49,59%. Elle est supérieure à celle rapportée par THIERO [29] au CHU Gabriel Touré 11,50%, à celle de FALL [6] au Sénégal 12,97%, à celle de 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 492 cas soit 51,90% et 77 cas soit 8,12%.

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 19 à 35 ans avec 712 cas soit

75,11%. Cela s'explique par la simple raison que c'est la tranche d'âge où l'activité génitale est accrue dans notre étude.

154 cas soit 16,24% des parturientes évacuées étaient des adolescentes.

S'agissant du statut matrimonial, les femmes mariées viennent au premier rang avec 89,56% soit 849 cas.

Quant à l'activité principale exercée les ménagères sont les plus représentées avec 93,04% soit 882 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 96,52% de la population d'étude soit 948 cas.

En dehors de la Commune VI, les évacuées provenaient dans la majorité des cas du cercle de Kati avec 3,48% soit 33 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 «compétents» 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 560 cas soit 59,07% 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. 120 cas soit 12,66% des évacuations étaient décidées par les médecins, 90 cas soit 9,49% par les matrones, 76 cas soit 8,02% par les infirmiers chef de poste médical (ICPM). Les infirmières obstétriciennes (IO) par contre avaient décidé de l'évacuation dans seulement 7,81% soit 74 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.

306 cas soit 32,28% des parturientes avaient fait 5 à 30 minutes dans leur lieu d'évacuation. Par ailleurs, 98 cas soit 10,34% 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 665 cas soit 70,15% étaient effectuées par ambulance, 150 cas soit 15,82% par taxi, 129 cas soit 13,61% par véhicule personnel. Par contre seulement 4 cas soit 0,42% des évacuations étaient effectuées à bord d'une moto.

Les évacuées étaient assistées d'un agent de santé pendant le parcours dans 71,52% soit 678 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 13,29% soit 126 cas,
- L'utérus cicatriciel 8,65% soit 82 cas,
- L'hémorragie du troisième trimestre 12,66% soit 120 cas: dans 50 cas soit 5,27% des cas la cause de l'hémorragie n'était pas précisée. Les causes évoquées pour 7,39% soit 70 cas sont : le placenta prævia 4,22% soit 40 cas et l'HRP 3,16% soit 30 cas.
- L'éclampsie 6,86% soit 65 cas.
- La hauteur utérine excessive 6,01% soit 57 cas,
- La souffrance fœtale aiguë 4,75% soit 45 cas,
- La disproportion fœto-pelvienne 4,64% soit 44 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.

286 cas soit 30,17% des évacuées étaient à leur première grossesse. Par contre 484 cas soit 51,05% étaient à leur deuxième et troisième grossesse, pendant que 7,28% soit 69 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 38,82% soit 368 cas. Ce taux important confirme la notion de risque de la gravido-puerperalité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition. Ce taux est supérieur à celui de THIERO [29] 30,6% et à celui de MACALOU [30] 37,7%.

Les grandes multipares représentaient 26 cas soit 2,74% 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 : 560 cas soit 59,07% des évacuées avaient un intervalle inter gésique 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 20,89% soit 198 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 108 cas soit 11,39% 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 462 cas soit 48,73% 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 51,26% soit 486 des cas où les évacuées avaient suivi les CPN, les sages-femmes et les matrones venaient au premier rang des prestataires avec respectivement 69,75% soit 339 cas et 14,81% soit 72 cas.

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

Dans 35,65% soit 338 des cas le partogramme n'était pas utilisé, dans 128 cas soit 13,50% 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 450 cas soit 47,47% des évacuées avaient rompu la poche des eaux depuis moins de 6 heures. Par contre elle était intacte chez 409 parturientes soit 43,14%. Le liquide amniotique était teinté dans 15,30% soit 145 des cas, hématisé dans 6,33% soit 60 des cas, méconial dans 2,11% soit 20 des cas, méconial et fétide dans 1,05% soit 10 des cas.

Ces différents éléments aggravent le pronostic fœtal. C'est ainsi que nous avons observé que dans 10,65% soit 101 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 13,50% soit 128 cas,
- Travail d'accouchement 10,76% soit 102 cas,
- Eclampsie 10,34% soit 98cas,
- Défaut d'engagement à dilatation complète 4,85% soit 46 cas,
- Disproportion fœto-pelvienne 4,75% soit 45 cas,
- Souffrance fœtale aiguë 4,01% soit 38 cas,
- Syndrome de pré rupture 4,11% soit 39 cas.

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

- Souffrance fœtale aiguë 3,1%,
- Eclampsie 4,3%,
- 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 : 423 / 948 cas soit un taux de 44,62%.

Sur 102 cas où le diagnostic retenu était le travail d'accouchement, le motif d'évacuation était : la dilatation stationnaire 79 cas, le syndrome de pré rupture 4 cas, la dystocie de démarrage 5 cas, la HU excessive 6 cas, travail prolongé 3 cas, refus d'être examinée 2 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 102 cas où le diagnostic du travail d'accouchement était retenu au CS Réf C VI, les matrones avaient décidé de l'évacuation dans 59 cas, les

infirmières obstétriciennes(IO) dans 26 cas, les ICPM dans 13 cas, les sages-femmes dans 4 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 32,59% soit 309 des cas dont 307 cas soit 32,38% de césarienne et 2 cas soit 0,21% de laparotomie pour rupture utérine.

L'accouchement s'est terminé par la voie basse dans 66,67% soit 632 des cas. Il s'agissait : 65,51% soit 621 cas d'accouchements normaux, le forceps 1,16% soit 11 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 705 parturientes ont reçu un groupage rhésus en urgence soit 74,37% et 14,35% des parturientes évacuées ont été transfusées soit 136 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 85,67% soit 263 / 307.

Elle est intervenue dans 2,28% 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 dans notre muni banque de sang,

**NB :** Au début de notre étude 179 cas (98 cas d'Eclampsie, 16 cas de PP hémorragique, 46 cas de HRP stade II et stade III, 37 cas de Toxémie gravidique, et 1 cas PP hémorragique + HRP) soit 90,40% 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 9,60% ont été évacuées sur les CHU durant la période d'étude pour manque de place au CS Réf C VI.

En définitive c'est 79,11% des cas soit 750 patientes qui ont reçu une prise en charge adéquate sur place au CS Réf C VI. Par contre 198 patientes soit 20,89% ont été évacuées sur les CHU.

## **8-Résultats de la prise en charge :**

### **8-1-Chez le nouveau-né :**

#### **◇ Poids :**

90,96% soit 875 des nouveau-nés avaient un poids normal (2500 – 3999grs) pendant que 7,07% soit 68 cas avaient un petit poids à la naissance (< 2500grs). Il s'agissait de macrosomie dans 1,98% soit 19 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 :**

87,53% soit 842 des nouveau-nés avaient un score d'Apgar  $\geq 7$ .

1,87% soit 18 cas avaient un score morbide : 1 à 6.

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

- **La mortalité :**

Dans notre étude nous avons enregistré 102 mort-nés soit 10,60%. 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 (18/102=17,65%), de l'hématome retro placentaire (24/102=23,53%), du placenta prævia (14/102=13,73%), de la souffrance fœtale sur disproportion fœto-pelvienne (10/102=9,80%), de la rétention du 2eme jumeau (4/102=3,92%), de la rupture utérine (2/102=0,96%), de la rétention de la tête dernière (2/102=1,96%), de la toxémie gravidique (3/102=2,94%).

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 = 106 pour 1000 naissances.

Ce taux élevé est le plus souvent dû à un retard à l'admission : sur les 102 mort-nés 101 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 61 cas de complication soit un taux de 6,43% contre 93,57% soit 887 cas de suites de couche simples normales. Ces complications étaient représentées par :

- Hypertension artérielle 20/61=32,79%,
- Suppuration pariétale 10/61=16,39%,
- Hémorragie 12/61=19,67%,
- Anémie aiguë sévère 5/61=8,20%,

- Endométrite 14/61=22,95%.

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 14 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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2008, 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 750 cas soit 79,11% 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 est de 1500FCFA
- 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.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## VII. 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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2008 soit une période de 12 mois, 948 évacuées ont été recensées parmi 5720 parturientes au CS Réf C VI.

Ces évacuées provenaient surtout de l'aire de santé de la Commune VI 96,52% soit 915 cas et du cercle de Kati 3,48% soit 33 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 : 154 cas soit 16,24% avaient un âge compris entre 15 et 18 ans,
- l'influence de la parité sur ces évacuations : 368 cas soit 38,82% 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 724 cas soit 76,37% des évacuées le motif ne concordait pas avec le diagnostic retenu. Ainsi les motifs d'évacuation les plus évoqués étaient : la dilatation stationnaire 126 cas soit 13,29%, l'utérus cicatriciel 82 cas soit 8,65%, la hauteur utérine excessive 57 cas soit 6,01%, l'hémorragie sur grossesse 50 cas soit 5,27%, la souffrance fœtale aiguë 45 cas soit 4,75%, la disproportion fœto-pelvienne 44 cas soit 4,64%, Eclampsie 65 cas soit 6,86%, pendant que les diagnostics les plus retrouvés étaient : la dilatation stationnaire 128 cas soit 13,50%, le travail d'accouchement 102 cas soit 10,76%, Eclampsie 98 soit 10,34%, la souffrance fœtale aiguë 38 cas soit 4,01%, le défaut d'engagement à dilatation complète 46 cas soit 4,85%, la disproportion fœto-pelvienne 45 cas soit 4,75%, le syndrome de pré rupture 39 cas soit 4,11%, Hématome Retro Placentaire 46 cas soit 4,85%,

Problématique du système de référence /évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

Insuffisance des efforts expulsifs 38cas soit 4,01%, Utérus bi cicatriciel 33 cas soit 3,48% .

La césarienne était le deuxième mode d'accouchement utilisé avec 32,38% soit 307 cas.

Le taux de mortinaissance était 102 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,
- 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 payement des cotisations des ASACO.

#### **◇ Pour les autorités :**

- Après l'instauration de la gratuité de la césarienne par le gouvernement de la République du Mali cela a permis de minimiser le délai entre la prise de décision de césarienne et l'acte opératoire,
- 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 « compétents » pour la pratique de la césarienne afin qu'ils prennent en charge les urgences provenant des zones éloignées de la Commune VI,

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

# RÉFÉRENCES

## 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, Kokaina, Koné, Sidibé.**

Evaluation du système de référence dans le cercle de Bougouni.

Programme national de périnatalité du Mali, DSFC, 1998.

### **8- Corrée P et Col.**

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

Problématique du système de référence / évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

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 1995-1996.

**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, № 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, № 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., Armstrong 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

**31-Dolo K.**

Evaluation du système de référence / évacuation gynéco-obstétricale à l'hôpital Somino Dolo de Mopti.

Thèse Méd. Bamako, 2006, N°452

# Annexes

## IX -ANNEXES

### QUESTIONNAIRE

Problématique du système de référence /évacuation des urgences obstétricales au centre de sante de référence de la commune VI du district de 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 matrimoniale : /..... /

a- Célibataire .....   
c- Divorcé.....   
e- Coépouse : OUI  NON.....  F-nombre/...../

#### Q9 –Niveau d'instruction

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

#### Q10- Caractéristiques du procréateur :

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

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

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

#### 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 .....   
(Préciser): / ...../ RAC...  Autres....   
Q15 –frais de référence : .....FCFA  
Q16 –Evacuée avec fiche oui  non

- Partogramme :            oui             non
- Q17 –Fiche bien remplie :            Oui             non
- Q18-Qualification de l’agent qui réfère/ évacué.....
- Q19-Qualification de l’agent qui reçoit.....
- Q20-Motif de référence /Evacuation.....
- Q21-Temps mis avant décision de référence / Evacuation..... (HMn)...
- Q22-Traitement reçu avant référence / Evacuation
- Q23- Temps mis entre prise de décision et référence / Evacuation..... (HMn).
- Q24- Transport médicalisé            oui             non
- Q25- Auto référence (venue d’elle-même)    oui             non
- Q26- date et heure de départ du centre.....
- Q27- Moyen de transport.....
- a-pied ... b-taxi..., c-véhicule personnel..., d-ambulance.....
- e- charrette..., f- bicyclette...,g- Transport en commun ..., h- autres.....
- Q28- Temps mis en cours de route. .... (H M)
- Q29- Distance parcourue.....(km)
- Q30- Temps mis avant de recevoir les soins à l’hôpital /CS Réf C VI..... (HMn)
- Q31- Raison du retard .....

#### IV- Antécédents

##### A-Obstétricaux

- Q32- Gestité.....Q33- parité .....Q37-IIG (mois).....
- Q34- Nombre d’enfant vivant.....            Q35-Nombre de fausse couche.....
- a- Spontanée:/...../            b- provoquée:/...../
- Q36- Nombre d’enfant décédé .....

##### Q38- accouchements antérieurs.....

- a- césarienne... Oui/...../    Non/...../    Si Oui le nombre/...../
- b- forceps.....Oui/...../    Non/...../    Si Oui le nombre/...../
- 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	<input type="checkbox"/>	Q43-DIABETE	<input type="checkbox"/>
Q43- HTA.....	<input type="checkbox"/>	Q44- Cardiopathie	<input type="checkbox"/>
Q45- Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Q46- Asthme....	<input type="checkbox"/>
Q47- HIV.....	<input type="checkbox"/>		

#### Familiaux :

Q48- Drépanocytose	<input type="checkbox"/>	Q49- Diabète	<input type="checkbox"/>
Q50- HTA.....	<input type="checkbox"/>	Q51-Cardiopathie	<input type="checkbox"/>
Q52- tuberculose	<input type="checkbox"/>	Q53- Asthme...	<input type="checkbox"/>

### D- Chirurgicaux

Q54-Césarienne :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Q55- GEU..... :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Q56- GEU Rompue	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Q57- Myomectomie	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Q58- Kystectomie	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Q59- Laparotomie	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
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 eaux .....a- 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<sup>ère</sup> mn..... b- 5<sup>ème</sup> mn.....c- 10<sup>ème</sup> mn.....
- Q102 – Traumatisme : oui  non
- Q103- Prématuro : oui  non
- Q104- Devenir du nouveau né jusqu'à la sortie de l'hôpital. / CS Réf C VI  
a- satisfaisant.....b- non satisfaisant.....  
b- référé à la pédiatrie..... OUI/..... NON/..../  
c- Si Oui pourquoi.....  
d- DCD.....Suites de quoi.....

Q105-Coût de la prise en charge.....FCFA

.Partage du coût : 1- hôpital /CS Réf C VI.....FCFA

2. CScCom.....FCFA

3. Mairie.....FCFA

4. Patiente.....FCFA

### **X-Contre référence**

Q106-effective                      oui                       non

Q107-supports de cette contre référence.....

Q108- existe-t-il des imprimés    oui                       non

Q108- elle a été assurée par qui ? :

-structure

- malade

Q110- moyens :

Téléphone

Ambulance

Autres (à préciser) .....

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom :** Traore

**Prénom :** Dramane Boua

**Titre de la thèse :** « Problématique du système de référence / évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako »

**Année universitaire :** 2009-2010

**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 représentés 948 cas soit 16,57% des parturientes du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2008 qui y ont accouché.

Ces évacuées étaient âgées en majorité de 18 à 35 ans (75,11% soit 712 cas).

La voie basse était le mode d'accouchement le plus utilisé avec 65,51% soit 621 cas, suivie de la césarienne gratuite avec 32,38% soit 307 cas.

Le taux de mortinaissance était 102 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.**