



**Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto
Stomatologie**

Année Universitaire 2009-2010

N° -----

THESE

**LES EVACUATIONS
OBSTETRIQUES
A l'Hôpital de Sikasso**

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2010
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
De l'Université de Bamako

Par Mme SYLLA Aïssata KEÏTA

Pour l'obtention du doctorat en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président :	Professeur	Salif	DIAKITE
Membre :	Docteur	Modibo	TRAORE
Co-directeur :	Docteur	Mala	SYLLA
Directrice :	Professeur	SY Assitan	SOW

Dédicaces

Je dédie ce travail :

❖ **A ALLAH** : le Tout Puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montriez le droit chemin et en nous éloignant du mal. Gloire à Dieu, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour.

❖ **Au Prophète Mohamed** (paix et salue sur Lui) : que la paix et la bénédiction de Dieu soit sur Toi et tous Tes fidèles compagnons.

❖ **A mon père feu BALLADIAN KEITA** : qui reste malgré son absence pour ses enfants un modèle de droiture et de réussite. Tu m'as enseigné l'honneur, la dignité, le pardon, l'amour et le respect du prochain. Ton sens de la justice, ton courage, ta franchise, ta sagesse, sont autant de qualités qui ont forgé ma propre personnalité. J'aurais bien voulu te voir dans cette foule aujourd'hui, mais Dieu l'a voulu autrement. Repose en paix Papa.

❖ **A ma chère Maman SARAN MAGASSOUBA** : Tu as guidé mes premiers pas. Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration, tu as toujours été là, pendant les moments difficiles. Tu es pour moi un modèle de courage d'abnégation et de générosité. Tes sages conseils et tes bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie. Tu as su poursuivre les efforts de notre père. Que le Tout Puissant t'accorde une longue vie. Je t'aime maman.

❖ **A mon mari : MAMADOU SYLLA**

Aujourd'hui c'est l'occasion pour moi de te remercier. Grâce à toi j'ai pu accomplir mes études par ton soutien moral et financier. Tu m'as donné tout l'amour qu'un mari peut offrir à sa femme. Ton souci à toujours été ma réussite. Ce travail est le fruit de ton amour et de ton courage.

❖ **A mes deux enfants : KOUKOU ET OUSMANE**

Vous êtes et vous resterez ma raison de vivre. Merci de votre patience, et pour le temps que vous m'avez accordé pendant l'élaboration de ce document. Que le tout puissant puisse raffermir nos liens et nous réserver un avenir meilleur.

REMERCIEMENTS

❖ **A mon beau père : BANDIOUGOU SYLLA**

Mes sincères remerciements pour votre soutien sans faille. Puisse Dieu vous donner santé et succès dans toutes vos entreprises.

❖ **A mes oncles et tantes :**

Ce travail est le fruit de votre éducation. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance affectueuse.

❖ **A mes frères et sœurs :**

Namory, Abdoulaye, Ousmane, Issa Baba, Bandjougou, Kadiatou, Tènin.

Ce travail est aussi le vôtre. Que la joie, la bonne ambiance qui animent et caractérisent nos rencontres restent et demeurent à jamais un signe d'unité et d'amour.

❖ **A mes cousins et cousines :**

Votre sympathie et votre courtoisie ne m'ont pas fait défaut. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

❖ **A mes beaux frères :**

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude

❖ **A mes belles sœurs**

Vos sentiments humains ne m'ont pas manqué.

❖ **A mes neveux et nièces :**

Persévérance et courage dans vos études

❖ **A mes amis : AMI ET DIAMI**

L'amitié n'a pas de prix. Mon amitié pour vous sera votre récompense. Vous qui avez été au début, pendant et à la fin de cette thèse, jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout mon amour, mon admiration et ma fierté. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

❖ **Au Dr SYLLA Malla :**

Vous avez initié ce travail ; c'est le fruit de votre volonté de parfaire. J'avoue avoir reçu de vous un encadrement de taille. Plus qu'un chef, vous avez été pour moi un père. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

❖ **Aux Dr DOLO Mamadou et Dr DICKO Abdramane :**

Vos qualités humaines et votre franche collaboration m'ont beaucoup impressionné. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

❖ Cordial remerciement à tout le personnel de l'hôpital de Sikasso surtout celui de la maternité, du bloc des urgences et du bloc opératoire.

❖ A tous les coopérants chinois et cubains.

❖ A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune II.

❖ **A mes promotionnaires étudiants hospitaliers de l'hôpital de Sikasso:** CISSE, SANOGO, BAGAYOKO, DIALLO, BAH, merci pour la fraternité.

❖ **A mes Aînés du service de G-O de l'hôpital de Sikasso:**

Dr DEMBELE, Dr KARAMBE, Dr KEITA OUMOU, Dr SISSOKO, Dr KONE, Merci pour votre aide et votre sympathie.

❖ **Au corps professoral de la FMPOS :**

Ce travail est le résultat de votre enseignement de qualité. Je ne cesserai de vous remercier.

❖ **A toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de jury

Professeur DIAKITE SALIF :

- **Professeur Titulaire Honoraire de Gynécologie et Obstétrique à la FMPOS.**

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

Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail. Permettez nous de souligner vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme faisant de vous un maître admiré et respecté.

Veillez recevoir cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse

Dr Modibo Traoré

• **Médecin généraliste spécialisé en santé publique**

Effectua un parcours professionnel très honorable

Fut :

Chef de service d'unité bactériologique de l'eau à l'INRSP de 1974-1979,

Médecin chef du CSRéf de Fana de 1985-1995,

Médecin chef du CSRéf de Diéma de 1995-2001,

Médecin chef du CSRéf de Ségou de 2004-2005,

Chef de division planification de la Direction Régionale de la Santé à

Tombouctou de 2005-2006,

Actuellement médecin de santé publique chargé de recherche et de formation au

Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT).

Cher Maître,

Vous avez dirigé ce travail avec une grande compétence scientifique.

Trouvez dans ce travail, l'expression de notre admiration, de notre reconnaissance et de notre respect.

A notre Maître et Directrice de thèse

Professeur SY Assitan SOW :

- **Professeur Honoraire de Gynécologie et Obstétrique à la FMPOS**
- **Présidente de la SOMAGO**
- **Chevalier de l'ordre National de mérite de la santé.**

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

Votre abord facile, Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre grande simplicité et surtout votre abnégation, nous imposent l'estime et l'admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bienfait.

C'est l'occasion pour nous de rendre hommage à la clarté de votre enseignement, à vos qualités de mère et de formatrice.

Honorable maître, puisse le seigneur vous accorder santé et longévité.

A notre Maître et Codirecteur de thèse

Dr SYLLA MALLA :

- **Gynécologue obstétricien à l'hôpital de Sikasso.**
- **Chef de Service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital de Sikasso.**
- **Ph. D en Gynécologie obstétrique.**
- **Titulaire du Diplôme Interuniversitaire de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou.**

Nous avons été impressionnés par votre humanisme, votre rigueur scientifique, votre loyauté et votre souci de bien former.

Ce travail est le résultat d'un encadrement permanent et d'un encouragement sans faille dont nous avons bénéficié de votre part.

Recevez ici cher maître l'expression de nos plus grandes distinctions.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

- ASACO** : Association Santé Communautaire
- BDCF** : Bruit du Cœur Fœtal
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CLD** : Comité Local de Développement
- Cm** : Centimètre
- Cm hg** : Centimètre de mercure
- CPN** : Consultation Prénatale
- CSC** : Centre de Santé de Cercle
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire
- CS Réf** : Centre de Santé de Référence
- DDR** : Date des Dernières règles
- DFP** : Disproportion Foeto-Pelvienne
- EDS** : Enquête démographique et de Santé
- FIGO** : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
- FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
- GEU** : Grossesse Extra utérine
- G-O** : Gynécologie-Obstétrique
- HRP** : Hématome Retro Placentaire
- HTA** : Hypertension Artérielle
- IIG** : Intervalle Inter Génésique
- IO** : Infirmière Obstétricienne
- MAF** : Mouvement Actif Fœtaux
- MAP** : Menace d'Accouchement Prématuro
- Mn** : Minute
- OMI** : Œdème des Membres Inférieure
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planning Familial

Ph.D : Philosophe Docteur

PMA : Paquet Minimum d'Activité

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

RAC : Réseau Administratif de Communication

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aiguë

SAGO : Société Africaine de Gynéco Obstétrique

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique

SONU : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgences

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences

SR : Santé Reproduction

TA : Tension Artérielle

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	01
Objectifs.....	04
II – GENERALITES.....	05
1 - Notion de référence / Evacuations.....	05
2 – Motifs d'évacuation.....	12
3 - Physiologie de l'accouchement.....	16
4 - Thérapeutiques obstétricales.....	18
III - METHODOLOGIE.....	22
1 - Cadre d'étude.....	22
2 - Type d'étude.....	23
3 - Période d'étude.....	23
4 - Population d'étude.....	23
5 - échantillonnage.....	23
6 - collecte des données.....	24
7 - Paramètres étudiés / Variables étudiés	24
8- Définition opérationnelle.....	25
9- Test statistique utilisé.....	25
IV - RESULTATS.....	26
V - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	54
VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	63
VII – REFERENCES.....	66

ANNEXES

INTRODUCTION

La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible sans complication et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue [33].

En Tanzanie selon une expérience 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, dangereux, il se peut que je ne revienne pas » [33].

Toutes les femmes enceintes courent le risque de connaître des complications responsables de cette mortalité et morbidité fœto-maternelle élevée.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) la mort maternelle est « Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle que 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 constitue un problème de santé publique majeur à travers le monde et son évaluation donne des chiffres élevés.

L'OMS a estimé que dans le monde plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année suite aux complications obstétricales.

Ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour une cause de procréation.

Ces estimations ont montré 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 plus élevés environ 700 pour 100000 naissances vivantes.

Au Mali, les femmes représentent 51% de la population, le taux de la croissance annuelle de la population est de 2,7%, et le pays devra atteindre 23 millions d'habitants d'ici 2025 avec un indice synthétique de fécondité de 6,6 enfants par

femme. Selon l'enquête démographique et de santé (EDS IV) de 2006, les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale étaient respectivement de 464 pour 100.000 naissances vivantes et 46 pour 1000 naissances vivantes.[14]

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.

Réduire ces taux élevés de mortalité maternelle est l'un des objectifs prioritaires pour tous les pays, surtout en voie de développement.

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

Cela revient à dire qu'il faut accorder une place importante au transfert le plutôt des femmes à risque vers les centres spécialisés.

La société africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) lors de sa conférence bi annuelle tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes :

- Référence : concerne le transfert d'une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de santé de référence) suite au constat de facteurs de risques ou de pathologies 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.

Plus il y a des complications durant la gravido-puerpéralité, plus il y aura d'évacuation.

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

Au Sénégal, en 1993 les parturientes évacuées représentaient 12.97% des entrantes à la clinique gynécologie et obstétrique du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, Pendant que 64,4% des décès maternels enregistrés intéressaient les évacuées [15].

Au Mali, en 1992 11.5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako étaient des évacuées, les 7,5% sont décédées [34]

Du 1^{er} janvier 1998 au 30 juin 1999 soit une période de 18 mois, 69.1% des urgences obstétricales admises dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point G (Bamako), étaient des évacuées [13].

Les évacuées ont représenté 41.8% des urgences obstétricales admises à la maternité de l'hôpital Régional de Kayes en 2000 [21] (Mali).

Fort de ces constats il nous est apparu nécessaire d'effectuer une étude sur les évacuations obstétricales à l'hôpital de Sikasso.

Les difficultés d'évacuations et les facteurs de risque qui en sont liés ne sont pas documentés d'où l'intérêt de notre étude.

OBJECTIFS

A/OBJECTIF GENERAL :

Etudier les évacuations obstétricales à l'hôpital de Sikasso.

B/ OBJECTIFS SPECIFIQUES :

1. Déterminer la fréquence des évacuations obstétricales ;
2. Déterminer le profil sociodémographique des évacuées ;
3. Identifier les motifs d'évacuation;
4. Préciser le pronostic fœto-maternel chez les évacuées à l'hôpital ;
5. Formuler les recommandations.

GENERALITES

1-/ NOTION DE REFERENCE/EVACUATION :

Le système de référence/évacuation est composé de plusieurs éléments qui fonctionnent en interaction.

Le dysfonctionnement d'un ou de plusieurs de ces éléments a une influence négative sur le résultat souhaité.

Ainsi, le système de santé du Mali après l'avènement de la déclaration de la politique sectorielle en 1990, est composé comme suite [25].

- Le premier niveau constitue le centre de santé communautaire/centre de santé d'Arrondissement revitalisé qui est en principe le premier niveau de contact du malade avec les services de santé.

- Le deuxième niveau est le centre de santé du cercle et du district.

- Le troisième niveau est l'hôpital de 3^{ème} référence.

Ce système d'organisation doit se poursuivre jusqu'au niveau des hôpitaux nationaux de référence régionale (d'un district sanitaire les 2^{èmes} et 1ers niveaux).

Organiser ces deux niveaux, constitue l'organisation du circuit des utilisateurs pour un système de référence /évacuation.

Cette organisation est devenue une nécessité voire une obligation pour que cela puisse profiter efficacement et de façon efficiente aux différents usagers.

Pour l'organisation d'un tel système, l'implication d'un certain nombre d'acteurs est indispensable à savoir : les usagers (ASACO), l'Etat (les services techniques), et les partenaires extérieurs (Communauté).

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

Ce pronostic est aggravé par :

- Le mauvais suivi prénatal.

- Les insuffisances dans la prise en charge des parturientes dans les centres de santé communautaire.

- L'inaccessibilité géographique des centres de référence.
- Le manque de moyens logistiques, matériels et financiers.
- Les considérations socioculturelles et politiques.

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

Selon MAINE et COL il y a trois retards [20] :

- * 1^{er} retard : Le temps mis avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences (SOU).
- * 2^{ème} retard : Le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de santé de soins obstétricaux d'urgence.
- * 3^{ème} retard : Le temps écoulé dans les structures (le CSCOM-CS Réf) avant de recevoir les soins.

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la République du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population [25].

Cette déclaration retient les principes de la gestion décentralisée du système de santé.

Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et de prise de décision. 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 communautaires (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographique bien définie.
- Deuxième échelon : le centre de santé de cercle ou hôpital du district pour les soins de santé de référence.

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

A/ ETAT DE LIEU AVANT LE DEMARRAGE DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION

Avant le démarrage du système, les évacuations obstétricales à Sikasso étaient caractérisées par :

- Le transport des parturientes des CSCOM à l'hôpital sans supports conventionnels et à des coûts élevés.

* Ce transport était assuré par :

- Des véhicules de supervision,
- Véhicules de transport en commun ou de marchandise,
- Véhicules personnels, moto, vélo et même souvent par des charrettes,

Le coût d'un tel transport est toujours élevé, car chaque parturiente est souvent accompagnée par 2 à 4 personnes. Il pouvait atteindre 50.000f CFA pour certains centres, ce transport est difficile à cause de l'état des pistes entre les CSCOM et le centre de santé de référence. Malgré tout lorsque les parturientes viennent au CS Réf ou à l'hôpital, elles doivent faire face à un coût élevé de césarienne qui a été estimé à 41110f CFA à Sikasso plus les ordonnances post opératoires. Il est clair que les frais de prise en charge n'étaient pas à la portée de toutes les familles.

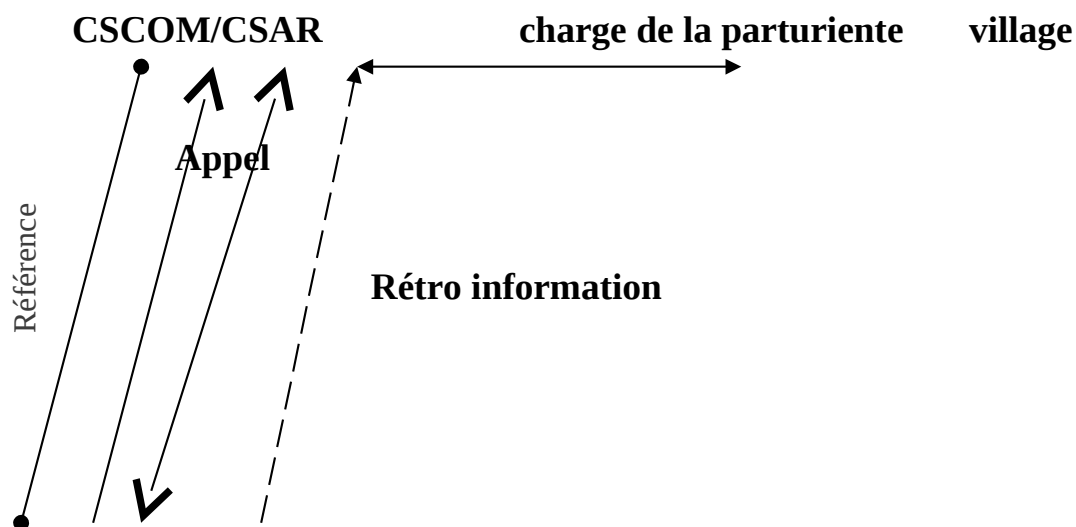
Mais grâce aux efforts du gouvernement du Mali et la dynamique communautaire le problème a été résolu par :

- la mise en place du système de référence,
- et la gratuité de la césarienne en juin 2005.

B/ EVACUATIONS APRES LA MISE EN PLACE DU SYSTEME DE REFERENC/EVACUATION.

Depuis la mise en place du système de référence /évacuation au Mali ; les patientes suivent le circuit suivant.

Circuit des malades :



CSC

Légende

- Appel du CSCOM pour l'ambulance
- ↔ Aller et retour de l'ambulance
- - - - -> Rétro information
- ← Village vers CSCOM
- — ● Evacuées : viennent à leur moyen.

Infrastructures

Le CSCOM qui évacue sur décision du chef de poste médical saisit le centre de santé du cercle (CSC) par RAC afin que l'Ambulance lui soit envoyée. L'information est donnée par le centre de santé à la maternité de l'arrivée de la parturiente dans les prochaines heures.

Le chef de poste médical établit une fiche d'évacuation expliquant le motif de référence/évacuation.

A l'arrivée de la parturiente à l'hôpital un examen obstétrical est effectué systématiquement par la sage-femme et, le Médecin est informé par la suite.

Le diagnostic est confirmé par le médecin de garde.

En cas d'indication 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 gère la situation s'il n'y a pas une nécessité d'intervention chirurgicale sur les recommandations du Médecin.

Le Médecin traitant doit établir une fiche de rétro –information qui sera transmise au chef de poste médical du CSCOM.

N.B. / le retard est dû souvent à des raisons diverses :

- Ambulance en déplacement car une seule pour l'ensemble de tout le cercle.
- Panne de RAC ou absence de RAC.
- Evacuations sur demande de la parturiente (rare).

C/ SYSTEME APRES LA GRATUITE DE LA CESARIENNE.

La gratuite de la césarienne a beaucoup amélioré le système de référence/évacuation par des raisons ci-après :

- **la** réduction du délai de prise en charge des parturientes ;
- la diminution de la charge des malades ;
- une évaluation régulière du système ;

Ces éléments sont complémentaires et indispensables pour la bonne marche de cette gratuité de la césarienne.

D/Description/fonctionnement de la Référence/évacuation dans le cercle de SIKASSO :

L'organisation de la référence /évacuation a pour but la prise en charge efficiente et efficace des patientes à n'importe quel point du cercle pour une offre de soins de qualité à des coûts abordables partagés entre les différents acteurs.

*** PREALABLE DU SYSTEME DE REFERENCE :**

- Personnel complémentaire et indispensable (notamment au moins deux médecins à compétence médicale),
- Disponibilité du personnel,
- Equipement disponible, équipement complémentaire, gestion des équipements ;
- Formation en périnatalité, et gestion des supports ;
- Moyen de transport deux véhicules (Ambulance) pour le centre dont au moins un disponible pour les évacuations ;
- Matériels et réactifs de groupages ;
- Mini banque de sang,
- Couverture de premier niveau au moins 30% par la création des CSCOM au niveau du cercle ;
- Disponibilité de RAC au niveau du CS Réf et des CSCOM/CSAR ;
- Mise en place d'un système de collecte des données tant au premier niveau qu'au deuxième niveau permettant de bien mesurer les résultats du système mais aussi de lever les goulots d'étranglements par niveau.

Ces éléments sont complémentaires pour une bonne organisation du système de référence.

*** GRANDS PRINCIPES DU SYSTEME DE REFERENCE**

Sont les suivants :

- **Solidarité** : Une solidarité entre les différentes aires éloignées et aires proches d'une part et de manière à ce que la distance moyenne soit supportable et d'autre part entre les ASACO, centre de santé référence ,CLD(comité local de développement), les biens portants pour le financement des indigents
- **Equité** : entre les aires les plus peuplées susceptibles de générer des ressources plus importantes et des aires moins peuplées à faibles ressources mais aussi un nombre d'évacuation relativement faible que les aires peuplées.

- **Complémentarité** : par contribution du financement extérieur avec celui de l'Etat et des communautés (à travers les ASACO, CLD, malade, mutualité-Santé) de manière à ce que le système soit durable.

* **LE MECANISME DU FINANCEMENT** :

Le financement est assuré par un partage des coûts entre les différents Acteurs (ASACO, CS Réf, Mairie, Conseil du cercle, la patiente) au niveau de la caisse de solidarité suivant un modèle ci-après :

- Les ASACO contribuent pour les frais de transport des évacuations par des cotisations trimestrielles suivant les principes retenus.

Cette gestion est sous la responsabilité du comité de gestion de la référence/évacuation.

Les urgences médico-obstétricales sont directement payées par le malade.

Les frais des interventions chirurgicales, même la Césarienne avant la gratuité, étaient toujours payés à 100% en post opératoire.

Chaque ASACO dans le système avec gratuité de la césarienne paye une contribution trimestrielle 30.000f CFA sans distinction de nombre d'habitant pour assurer le transport des évacuations uniquement obstétricales. Cette somme prend également en les frais d'entretien de l'Ambulance, les primes de chauffeur et de l'agent de santé.

En plus pour la contribution des ASACO chaque mairie du cercle paye 10.000f CFA/ mois et le conseil du cercle 15.000f CFA/mois pour le compte de la caisse de solidarité de la référence.

NB : toutes les mairies payent le même montant, qu'elles soient urbaines ou rurales et toutes les ASACO payent le même quota en fonction de la population couverte par le CSCOM.

2/ MOTIFS D'EVACUATION

Les dystocies sont les motifs 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 fréquents : hémorragies, la procidence du cordon, l'éclampsie, autres (accouchement à domicile)

A/LES DYSTOCIES :

La dystocie en grec « Dystkos » désigne un accouchement difficile quel que soit l'obstacle.

Elles sont divisées-en :

- Dystocie dynamique : par anomalies fonctionnelles de l'activité utérine.
- Dystocies mécaniques, en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne.
 - Une macrosomie du fœtus ou surtout des malformations.
 - Un obstacle prævia ou anomalies des parties molles.

1-/ DYSTOCIE D'ORIGINE FOETALE

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 [8] à défaut d'échographie, une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95% des cas à des enfants plus de 4000 grammes et la disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

1-2/LES PRESENTATIONS ANORMALES :

Les présentations dystociques sont représentées par :

a) La présentation du siège :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie.

Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon le pronostic fœtal est incertain.

b) 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 sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est relativement bon mais le pronostic fœtal est réservé.

c) 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 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.

d) La présentation 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.

1-3-/PROCIDENCE DU CORDON :

C'est une urgence qui survient après la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation.

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 fœtale est donc extraction rapide du fœtus soit par césarienne, soit par une extraction instrumentale lorsque l'accouchement est imminent.

1-5-/PRE ECLAMPSIE/ECLAMPSIE

L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculéo-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, voire les suites de couche.

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

Pré éclampsie est définie comme une protéinurie plus hypertension artérielle après la 20^e semaine d'aménorrhée.

2-/DYSTOCIES D'ORIGINE MATERNELLE :

a) 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 contraction, utérine ou hypercinésie.
- d'une anomalie par insuffisance des contractions utérines ou hypocinésie.
- d'une anomalie par relâchement utérin insuffisant des contractions utérines ou hypertonie.
- d'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.

b) 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 prénatale du dernier trimestre de la grossesse.

c) HEMORRAGIES :

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

Ruptures utérines, les hémorragies de la délivrance, le placenta prævia, l'hématome rétro placentaire [15].

-RUPTURE UTERINE :

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 obstétricale. Elle est d'origine maternelle ou fœtale.

Parmi ces causes nous avons :

- les anciennes césariennes,
- les obstacles prævia,
- les présentations anormales,
- les dystocies dynamiques,
- les dystocies mécaniques.

Pour le traitement la laparotomie s'impose.

-PLACENTA PRAEVIA

C'est une insertion anormale du placenta.

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

C'est grâce à l'échographie que l'on peut savoir précocement, avant même la survenue de toute hémorragie.

Le placenta prævia est l'une des trois principales causes des hémorragies du 3^{ème} trimestre.

Le placenta prævia recouvrant partiel peut bénéficier d'un traitement obstétrical le plus souvent, mais parfois il est chirurgical comme dans le recouvrant total.

- **HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE** :

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré dû le plus souvent à l'hypertension artérielle.

C'est un accident paroxystique des derniers mois de la grossesse, la complication majeure est l'afibrinogénémié.

3- / PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes.

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.

Lors de l'accouchement le mobile fœtal doit progresser à travers le canal pelvigénital, sous l'influence d'une force active : les contractions utérines.

a- PHENOMENE DYNAMIQUE

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

Donc le mécanisme 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.

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.

b- PHENOMENE MECANIQUE :

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

Le bassin osseux est composé de :

- quatre pièces osseuses (les deux os iliaques, le sacrum, et le coccyx),
- quatre articulations très peu mobiles (deux articulations sacro-iliaques, la symphyse pubienne l'articulation sacro coccygienne en arrière) la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs plans et diamètres.

Parmi ces diamètres nous avons : le diamètre antéropostérieur ou diamètre de Pinard pour le clinicien.

C/ TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est surtout marqué par l'apparition de contractions utérines régulières rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et aboutissant à une modification du col (ramollissement et ouverture). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Ce travail d'accouchement s'étale sur 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,
- troisième période : C'est la délivrance. Elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta, et dure 5 à 45 minutes.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours à 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 les pronostics.

-PRONOSTIC MATERNEL

Basé sur l'étude du bassin par :

- la pelvimétrie clinique interne et externe,
- la radiopelvimétrie rarement utilisée de nos jours.

D'autres paramètres sont à considérer tel que : la taille de la femme, l'appréciation de la hauteur utérine et du périmètre ombilical et, du diamètre bipariétal par l'échographie. Il faut identifier aussi la présentation et variété de position.

-PRONOSTIC FŒTAL

La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétricale, d'un appareil à effet Doppler ou cardiographe et de la couleur du liquide amniotique.

Le travail d'accouchement sera suivi par les éléments cliniques qui seront recueillis au terme d'examen obstétricaux pratiqués à intervalles bien déterminé.

Ces éléments cliniques de surveillance sont :

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

4-/ THERAPEUTIQUES OBSTETRIQUES

4-1- La césarienne:

C'est l'extraction du fœtus après ouverture chirurgicale de l'utérus.

Son indication a beaucoup évolué et cela pour avoir un enfant indemne d'anoxie, de traumatisme. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

- Celles liées au Bassin (DFP),
- le placenta prævia hémorragique,
- l'hématome rétro placentaire,
- les présentations anormales, essentiellement la présentation de l'épaule et du front.

Nous avons d'autres indications :

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

4-2 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 un geste qui nécessite une bonne maîtrise de la pratique de l'opération.

Il sera indiqué essentiellement dans l'arrêt de la progression de la tête fœtale, associé ou non à une souffrance fœtale lors du dégagement.

4-3 QUELQUES MANŒUVRES

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 médus 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 sous la symphyse,
- défléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire, en même temps que le corps fœtal est doucement relevé.

La nécessité 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 de l'omoplate, le fœtus saisi par les faces antérieures des cuisses et relevé à deux mains en haut puis amené vers le ventre de la mère sans tractions. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

4-3-3-La grande extraction du siège :

Rare de nos jours, essentiellement utilisée dans la rétention du 2^{ème} jumeaux avant la rétraction utérine. 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 :

o Le 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.

o 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.

o 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 médius le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et 3^{ème} 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.

o 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 supérieur. L'expression abdominale est particulièrement indiquée pendant ce quatrième temps.

METHODOLOGIE

1- CADRE D'ETUDE :

Ce travail a été effectué à l'hôpital de Sikasso situé au centre ville .Il est limité à l'Est par la BNDA, la direction régionale des impôts et le groupe scolaire A ; à l'Ouest par l'Eglise catholique ; au Nord par le service socio-sanitaire du cercle et le commissariat de police du 1^{er} arrondissement ; au Sud par le grand marché . Cet hôpital est dirigé par le Docteur DOLO Mamadou.

L'hôpital de Sikasso est le sommet de la pyramide sanitaire de la région, il reçoit les évacuations sanitaires en provenance de la région particulièrement du cercle de Sikasso.

La maternité est dirigée par un gynécologue obstétricien. Au total il y a Quatre gynécologues obstétriciens y compris le chef de service.

Le reste du personnel est constitué de :

- -Sept (7) sages-femmes d'état
- -Quatre (4) infirmières obstétriciennes
- -Trois (3) aides soignantes
- -Huit (8) internes

Le service compte 18 lits répartis en trois salles d'hospitalisation.

Un bureau pour les sages-femmes

Trois bureaux pour les gynécologues (maliens et chinois) dont un fait office de salle de consultation.

Un bureau pour le planning familial et le dépistage du cancer de col

Une salle des infirmières

Une salle d'accouchement équipée de trois tables d'accouchement et d'un bureau pour la sage-femme chef d'unité

Une salle d'attente pour des femmes en travail d'accouchement

Une salle de soins.

Il offre quatre jours de consultation externes, un jour d'activité chirurgicale pour les malades programmées. La visite des malades et la garde autonome sont quotidiennes.

Le service partage le même bloc de deux salles avec les autres services chirurgicaux et est situé à 100 m de la maternité.

2. Type d'étude : Il s'agit d'une étude prospective descriptive.

3. Période d'étude :

Elle s'est étendue sur 12 mois, allant du 01 Janvier au 31 Décembre 2008.

4. Population d'étude :

Il s'agit de toutes les femmes enceintes, en travail ou en post partum admises en urgence à l'hôpital.

5. Echantillonnage

5.1- Taille de l'échantillon :

Nous n'avons pas dans notre étude définie une taille pour notre échantillonnage. Nous avons donc enregistré toutes les patientes qui répondaient à nos critères et cependant la période de notre étude.

5.2- Critères d'inclusion :

Toute parturiente adressée en urgence par une structure sanitaire au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Sikasso avec ou sans fiche de référence/ évacuation.

5.3- Critère de non inclusion :

Ont été exclues de l'étude :

- Les parturientes non évacuées ;
- Les parturientes admises pour pathologie non obstétricale.

6- Collecte des données :

- Supports :

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 de référence/évacuation, partogramme, cahier de référence/évacuation, registre SONU(soins obstétricaux et néonataux d' urgences)

7- Paramètres étudiés/ Variables étudiés :

- L'âge ;
- Profession de la patiente et profession du conjoint ;
- la situation matrimoniale ;
- le niveau d'instruction ;
- le motif d'évacuation, type de transport (ambulance, propre moyen : taxi, véhicule personnel, moto, transport en commun etc....)
- la distance parcourue ;
- la prise en charge par le système, l'utilisation du partogramme ;
- qualification des agents évacuateurs ;
- la gestité ;
- la parité ;
- les CPN ;
- l'âge gestationnel ;
- la tension artérielle ;
- la coloration des conjonctives ;
- le type d'accouchement ;
- le pronostic fœtal ;
- le pronostic de la patiente ;
- les suites de couches.

8- Définition opérationnelle :

- **Référence** = concerne le transfert d'une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de santé référence) suite au constat de facteurs de risques ou de pathologies de la grossesse.
- **Evacuation** = concerne une parturiente adressée en urgence, ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.
- **Gestité** = nombre de grossesse conçu.
- **Parité** = nombre d'accouchement effectué.
- **Consultation prénatale** = l'ensemble des visites médicales à effectuer au cours de la grossesse y compris le bilan pour la surveillance de la grossesse en vue d'un accouchement normal.
- **Primigeste** = Première grossesse
- **Paucigeste** = entre deux et quatre grossesses
- **Multigeste** = de cinq à sept grossesses
- **Grande multigeste** = supérieure à sept
- **Nullipare** = 0 Accouchement
- **Primipare** = 1 Accouchement
- **Paucipare** = de 2 à 4 Accouchements
- **Multipare** = de 5 à 7 Accouchements
- **Grande multipare** = supérieure à 7 Accouchements.

9- Test statistique utilisé :

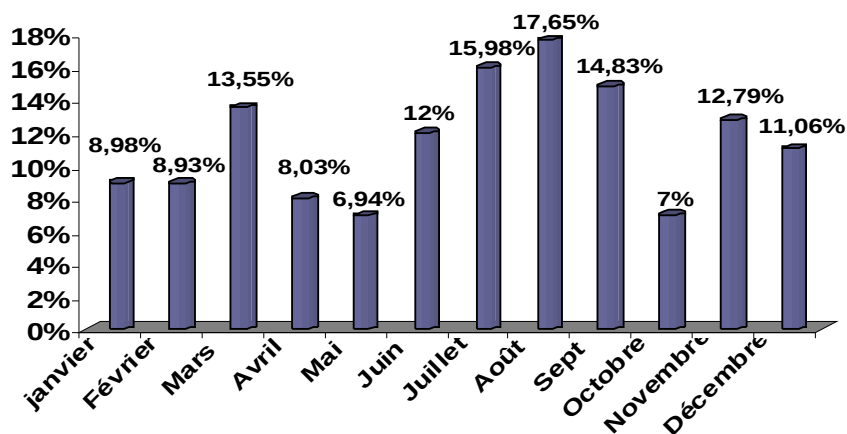
La saisie des données a été effectuée avec le logiciel Word et l'analyse a été effectuée sur Epi-info6.O.

Le test statistique de comparaison utilisé a été le Khi².

RESULTATS

1 – FREQUENCE :

Au cours de notre étude, nous avons enregistré **287** évacuations pour **2528** accouchements soit une fréquence de **11,4%**.

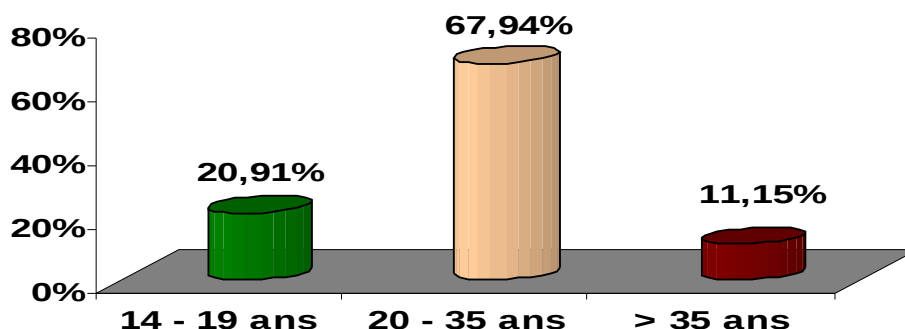


Graphique I: Evolution mensuelle des évacuations par rapport aux accouchements.

Dans notre étude 17,7% des évacuations ont été faites au mois d'Août, la plus faible 7% au mois d'octobre

2 – PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

2.1 – Age :



Graphique II : Répartition des patientes selon l'âge.

La tranche d'âge de **20 et 35 ans** représenté **68%** de notre échantillon. Avec des extrêmes de 14 et 49 ans et une moyenne d'âge 26,2 ans

2.2 – Ethnie :

Tableau I : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnie	Nombre	Pourcentage
Sénoufo	155	54%
Peulh	51	17,8%
Bambara	39	13,6%
Samogo	11	3,8%
Minianka	9	3,1%
Gana	7	2,4%
Bobo	6	2,1%
Autres	9	3,1%
Total	287	100%

Autres: - **Malinké = 3** - **Dafing = 1**
 - **Dogon = 3** - **Mossi = 1**
 - **Bozo = 1**

Les sénoufos représentent **54%** des patientes.

2.3 – Profession :

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Nombre	Pourcentage
Ménagère	263	91,6%
Elève/Etudiante	11	3,8%
Commerçante/Vendeuse	7	2,4%
Autres	6	2,1%
Total	287	100%

Autres : Aide soignante =1, Couturière =1, Infirmière =1, Enseignante =1,
 Sage-Femme =1, Secrétaire =1

Les patientes sont des ménagères dans **91,6 %** des cas-

2.4 – Profession du conjoint :

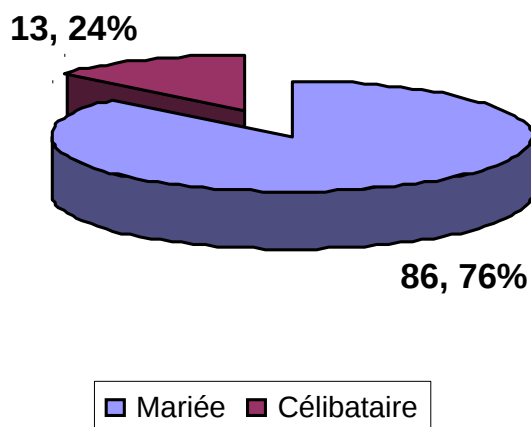
Tableau III : Répartition des patientes selon la profession du conjoint.

Profession	Nombre	Pourcentage
Cultivateur	208	72,5%
Chauffeur	19	6,6%
Commerçant/Vendeur	18	6,3%

Comptable	5	1,7%
Ouvrier	29	10,1%
Enseignant	8	2,8%
Total	287	100%

Plus de la moitié des conjoints de nos patientes sont des cultivateurs soit 72,5%

2. 5 – Statut matrimonial :



Graphique III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Les mariées représentent **86,8%** des patientes contre 13,2% célibataires.

2.6 – Niveau d’instruction :

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d’instruction.

Niveau d’instruction	Nombre	Pourcentage
Non scolarisé	268	93,4%
Primaire	9	3,1%
Secondaire	4	1,3%
Supérieur	3	1,1%
Alphabet fonctionnel	3	1,1%
Total	287	100%

Les patientes non scolarisées représentent 93,4% des cas.

3 – MODALITE DE L’EVACUATION

3.1 – Motif d’évacuation :

Tableau V : Répartition des patientes selon le motif d’évacuation.

Motif d'évacuation	Nombre	Pourcentage
Dystocie mécanique	102	35,5%
Dystocie dynamique	23	8%
Anémie/grossesse	22	7,7
Hémorragie du troisième trimestre	19	6,6%
Indéterminé	14	4,9%
SFA	13	4,5%
DFP	14	4,9%
Présentation dystocique	20	7%
Mort in utero	11	3,8%
Efforts expulsifs insuffisants	10	3,5%
MAP	9	3,1%
Eclampsie	6	2,1%
Rétention du 2 ^e jumeau	4	1,4%
Rupture utérine	4	1,4%
Procidence du cordon	4	1,4%
HRP	4	1,4%
GEU	2	0,7%
RPM	2	0,7%
Rétention placentaire	2	0,7%
Hémorragie de la délivrance	1	0,3%
HTA sur grossesse	1	0,3%
Total	287	100%

La dystocie mécanique a été le motif d'évacuation dans 35,5% des cas.

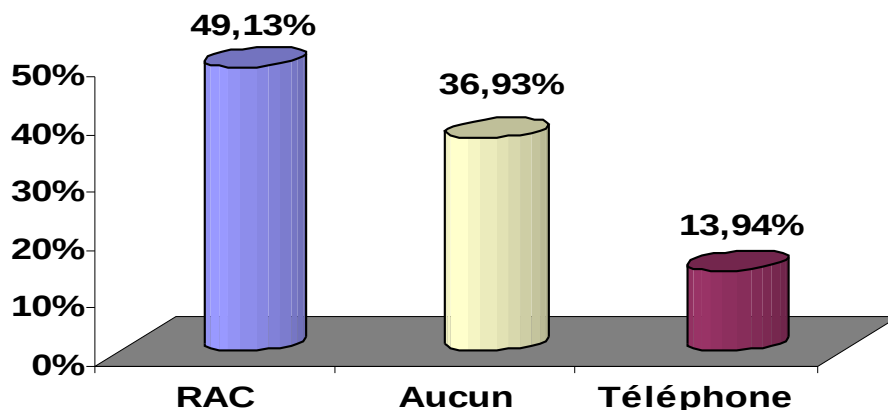
3.2 - Prise en charge par le système de référence/évacuation

Tableau VI : Répartition des patientes selon la prise en charge ou non par le système de référence/évacuation.

Système de référence /évac	Nombre	Pourcentage
Prise en charge	181	63,1%
Non prise en charge	106	36,9%
Total	287	100%

Les patientes ont été prises en charge par le système de référence/évacuation dans 63,1%.

3.3 – Mode d'appel :



Graphique IV : Répartition des patientes selon le mode d'appel.

Le RAC a été le moyen d'appel le plus utilisé avec 49,1%.

3.4 – Qualité de la fiche d'évacuation :

Tableau VII : Répartition des patientes selon la qualité de la fiche.

Fiche	Nombre	Pourcentage
adaptée	235	81,9%
non adaptée	52	18,1%
Total	287	100%

La fiche d'évacuation adaptée à l'admission représente 81,9% des cas contre 18,1% non adaptée.

3.5 – Utilisation du partogramme :

Tableau VIII : Répartition des femmes en travail selon l'utilisation du partogramme par le centre évacuateur.

Partogramme	Nombre	Pourcentage
Utilisé	186	64,8%
Non utilisé	101	35,2%
Total	287	100%

Plus de la moitié de nos patientes avaient un partogramme à l'admission soit 64,8%.

3.6 – Qualification de l'agent évacuateur :

Tableau IX : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent évacuateur.

Qualification	Nombre	Pourcentage
Médecin	40	13,9%

Sage-Femme	34	11,9%
IO	90	31,4%
Matrone	106	36,9%
Indéterminé	17	5,9%
Total	287	100%

Les matrones ont évacué **36,9%** des patientes.

3.7 – Traitement reçu au centre avant l'évacuation :

Tableau X : Répartition des patientes selon le traitement reçu dans le centre évacuateur.

Traitement	Nombre	Pourcentage
Ocytocique	116	40,4%
Expression abdominale	83	28,9%
Antihypertenseur	19	6,6%
Antipaludéen	28	9,8%
Indéterminé	41	14,3%
Total	287	100%

Le traitement ocytocique représentent **40,4%** des cas suivi d'environ 29% d'expression abdominale.

3.8 – Délai d'évacuation :

Tableau XI : Répartition des patientes selon le temps mis entre la prise de décision et l'évacuation.

Durée (heures)	Nombre	Pourcentage
0 – 1H	127	44,3%
1H01mn-2H	53	18,5%
2H01mn-3H	31	10,8%
3H01mn-4H	26	9,1%
4H01mn-5H	23	8%
< 5H	27	9,4%
Total	287	100%

Dans notre étude **44,3%** ont été évacuées dans un délai de **1 heure**.

3.9 – Durée du transport :

Tableau XII : Répartition des patientes selon le temps mis en cours de route.

Temps (heures)	Nombre	Pourcentage
0-1H	177	61,7%
1H01mn-2H	44	15,3%

2H01mn-3H	12	4,2%
3H01mn-4H	24	8,4%
4H01mn-5H	30	10,5%
Total	287	100%

Dans 10,5% des cas, la durée du trajet était supérieure à 4 heures.

3.10 – Distance du trajet:

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la distance parcourue.

Distance parcourue	Nombre	Pourcentage
< 15 Km	91	31,7%
15 – 50 Km	54	18,8%
51 – 100 Km	126	43,9%
> 100 Km	16	5,6%
Total	287	100%

Dans 43,9% des cas, la distance parcourue était comprise entre 51 et 100 Km, et 50,5% sont en moins de 50 Km.

3.11 – Moyen d'évacuation :

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le moyen d'évacuation.

Moyen d'évacuation	Nombre	Pourcentage
Ambulance	153	53,3%
Pick up	47	16,4%
Taxi	62	21,6%
Voiture personnelle	16	5,6%
Moto	9	3,1%
Total	287	100

Dans 53,3% des cas les moyens de transport étaient l'ambulance et 46,7% étaient des moyens de transport non adaptés._

3.12 – Temps écoulé dans le centre ayant procédé à l'évacuation:

Tableau XV : Répartition des patientes selon le temps écoulé avant l'évacuation.

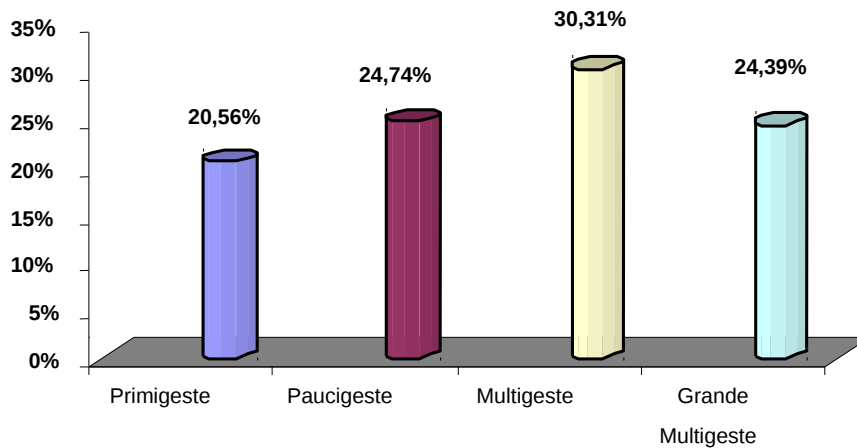
Temps écoulé	Nombre	Pourcentage
<30mn	60	20,9%
31-1H30mn	37	12,9%

1H31mn-2H30mn	49	17,1%
2H31-3H30mn	21	7,3%
3H31-4H30mn	32	11,1%
> 4H30mn	88	30,7%
Total	287	100%

Dans notre série **30,7%** des cas ont passé plus de **4H30mn** dans le centre de premier contact avant l'évacuation.

4 – ANTECEDENT :

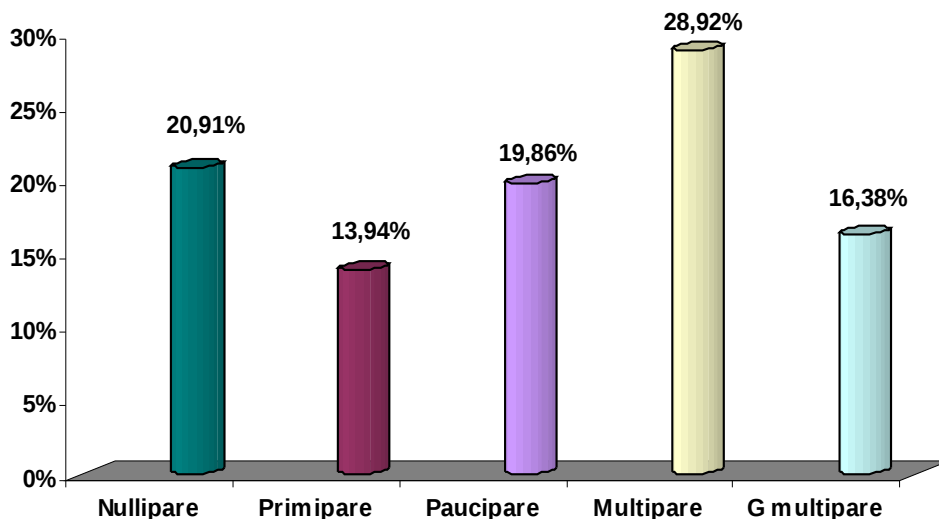
4.1 – Gestité :



Graphique V : Répartition des patientes selon la Gestité.

Les multigestes représentent. **30,31%** des patientes

4.2 – Parité :



Graphique VI : Répartition des patientes selon la Parité.

Les multipares représentent environ **29%** des patientes suivi de 21% de nullipares.

4.3 – Intervalle inter génésique (IIG) :

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'IIG

Intervalle inter génésique (IIG)	Nombre	Pourcentage
< 2ans	191	84,1%
≥2ans	36	15,9%
Total	227	100

Les **84,1%** des patientes avaient un **IIG < 2ans**.

4.4 – Surveillance prénatale :

4.4.1 – Nombre CPN :

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN effectué.

CPN	Nombre	Pourcentage
Non faite	107	37,3%
1 – 3	97	33,8%
4	83	28,9%
Total	287	100

Dans notre étude **37,3%** des patientes n'ont pas fait de CPN.

4.4.2 – Agents ayant effectué des consultations prénatales :

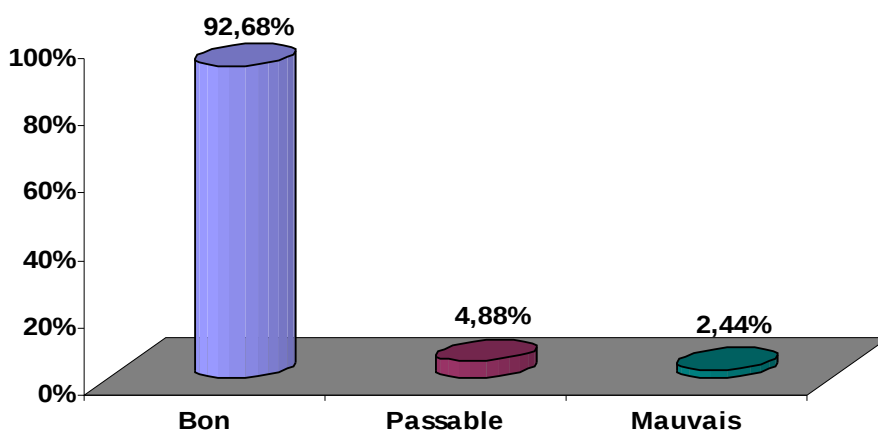
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'agent ayant effectué des CPN.

Auteur CPN	Nombre	Pourcentage
Sage-Femme	92	51,1%
Matrone	37	20,6%
I O	36	20%
Médecin	15	8,3%
Total	180	100%

Les sages femmes ont réalisé **51,1%** des CPN.

5 – CARACTERISTIQUES CLINIQUES

5.1 – Etat général :



Graphique VII : Répartition des patientes selon l'état général.

Les patientes avaient un bon état général à l'admission dans **92,68%** des cas.

5.2 – Taille :

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la taille.

Taille (cm)	Nombre	Pourcentage
< 150	11	3,83%
≥150	276	96,17%
Total	287	100

Les patientes ayant une taille ≥ 150 cm représentent environ 96,2% de notre étude.

5.3 – Tension artérielle :

Tableau XX : Répartition des patientes selon la tension artérielle.

Tension artérielle	Nombre	Pourcentage
< 9/7	14	4,9%
9/7-14/9	255	88,9%
>14/9	18	6,2%
Total	287	100%

Les patientes dont la tension artérielle est comprise entre 9/7 - 14/9 représentent environ 89% de nos cas.

5.4 – Coloration des conjonctives :

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives.

Coloration des conjonctives	Nombre	Pourcentage
-----------------------------	--------	-------------

Colorées	248	86,4%
Pâles	39	13,6%
Total	287	100%

Les patientes avaient les conjonctives colorées dans **86,4%** des cas.

5.5 – **Œdèmes des membres inférieurs (OMI):**

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la présence des OMI.

OMI	Nombre	Pourcentage
Présent	13	4,5%
Absent	274	95,5%
Total	287	100%

Les patientes n'ayant pas présenté d'OMI représentent **95,5%** des cas.

5.6 – **Age gestationnel :**

Tableau XXIII : Répartition des parturientes enceinte selon l'âge gestationnel.

Age gestationnel	Nombre	Pourcentage
28- 37 SA (pré terme)	21	7,4%
37 - 42 SA (terme)	259	91,5%
> 42 SA (post terme)	3	1,1%
Total	283	100%

La majorité des grossesses étaient à terme soit **91,5%**.

5.7 – **Hauteur utérine :**

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine (cm)	Nombre	Pourcentage
24 – 30	29	10,5%
31 – 35	191	69,2%
> 35	56	20,3%
Total	276	100

Les parturientes dont la hauteur utérine est comprise entre 31- 35 cm représentent **69.2%** de nos cas et **20.3%** avaient une hauteur supérieure à 35cm.

5.8 – **Bruit du cœur fœtal (BDCE) :**

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal.

Bruit du cœur fœtal	Nombre	Pourcentage
----------------------------	---------------	--------------------

Absent	79	28,4%
< 120	21	7,6%
120-160	173	62,2%
> 160	5	1,8%
Total	278	100

Les bruits du cœur fœtal étaient normaux dans **62,2%** des cas et absents dans **28,4%**.

5.9 – Présentation :

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon la présentation.

Présentation	Nombre	Pourcentage
Céphalique	210	75,5%
Epaule	35	12,6%
Face	3	1,1%
Siège	30	10,8%
Total	278	100

La présentation céphalique représente 75,5% des cas.

5.10 – Engagement de la présentation :

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon l'engagement de la présentation.

Engagement	Nombre	Pourcentage
Engagée	248	89,9%
Non engagée	28	10,1%
Total	276	100

La présentation était engagée dans **89,9%** des cas.

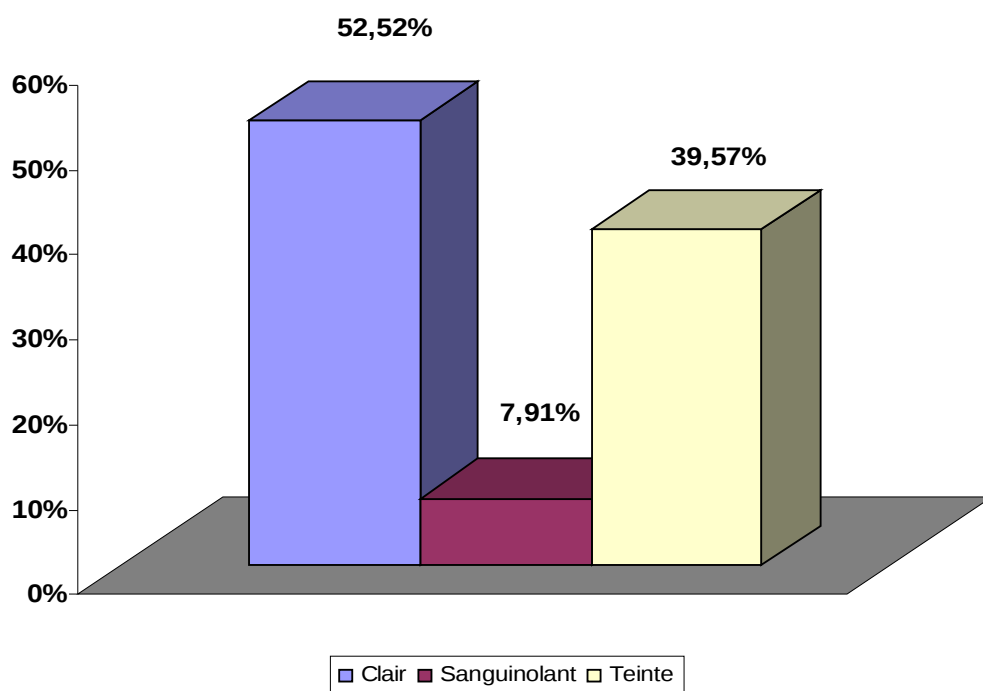
5.11 – Etat de la poche des eaux :

Tableau XXVIII: Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux.

Etat de la poche des eaux	Nombre	Pourcentage
Intacte	130	47,1%
Rompue	146	52,9%
Total	276	100

Dans notre étude **52,9%** des poches des eaux étaient rompues à l'arrivée.

5.12 – Aspect du liquide amniotique :



Graphique VIII : Répartition des parturientes selon la couleur du liquide amniotique.

Dans notre étude le liquide amniotique était clair dans 52,5% des cas et sanguinolent dans presque 8% des cas.

5.13 – Durée de la rupture des membranes :

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon le temps mis après la rupture des membranes.

Temps	Nombre	Pourcentage
< 6H	73	50%
6-12H	42	28,8%
12-24 H	31	21,2%
Total	146	100%

A l'admission 50% des poches des eaux étaient rompues en moins de 6 heures.

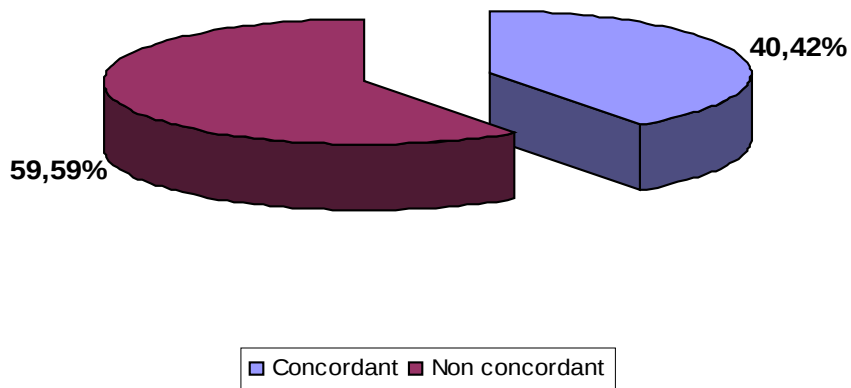
5.14 – Diagnostic :

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu à l'hôpital.

Diagnostic	Nombre	Pourcentage
Travail d'accouchement normal	22	7,7%
SFA	23	8%
DFP	29	10,1%
HRP	9	3,1%
Placenta praevia	14	4,9%
Rupture utérine	13	4,5%
Anémie sur grossesse	12	4,2%
Dystocie mécanique	52	18,1%
Insuffisance des efforts expulsifs	18	6,3%
Accouchement non assisté	1	0,4%
Grossesse gémellaire	6	2%
Procidence du cordon	10	3,5%
MAP	9	3,1%
Rétention placentaire	2	0,7%
Rétention du 2 ^e jumeau	4	1,4%
Rétention de la tête dernière	2	0,7%
Dystocie dynamique	8	2,8%
Présentation dystocique	34	11,9%
HTA/Eclampsie	7	2,4%
Mort fœtale in utero	4	1,4%
Hémorragie de la délivrance	2	0,7%
GEU	4	1,4%
RPM	2	0,7%
Total	287	100%

La dystocie mécanique représente 18% des cas diagnostiqués.

5.15 – Motif d'évacuation et diagnostic retenu à l'hôpital :



Graphique IX : Répartition des patientes selon la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu à l'hôpital.

Près de **60%** des motifs d'évacuation ne concordent pas avec le diagnostic retenu à l'hôpital

6 – Conduite à tenir :

6.1 – Prise en charge :

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon la prise en charge.

Prise en charge	Nombre	Pourcentage
Chirurgicale	182	63,4%
Médicale	28	9,8%
Obstétricale	62	21,6%
Médocochirurgicale	15	5,2%
Total	278	100%

Dans notre étude **63,4%** des cas la prise en charge était chirurgicale.

6.2 – Voie d'accouchement :

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Nombre	Pourcentage
Voie basse	62	24,3%
Césarienne	180	70,6%
Laparotomie pour rupture utérine	13	5,1%
Total	255	100%

Les patientes ont été césarisées dans **70,6%** des cas.

6.3 – Type d'accouchement par voie basse :

Tableau XXXIII : Répartition des patientes qui ont accouché par voie basse selon le type d'accouchement.

Accouchement par voie basse	Nombre	Pourcentage
Naturel	36	58,1%
Embryotomie	1	1,6%
Craniotomie	2	3,2%
Forceps	23	37,1%
Total	62	100%

Nos patientes ont accouché par Forceps dans **37,1 %** des cas.

Tableau XXXIV : Répartition selon le temps mis entre prise de décision de la césarienne et l'extraction du fœtus.

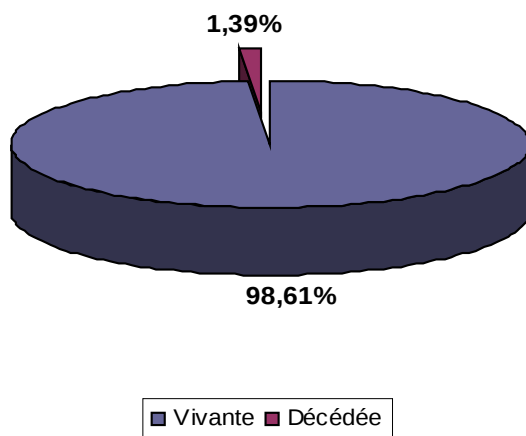
Temps (heures/mn)	Nombre	Pourcentage
--------------------------	---------------	--------------------

0-30mn	32	17,8%
31mn -1H	78	43,3%
1H01mn-1H30mn	30	16,7%
1H31mn-2H	22	12,2%
>2H	18	10%
TOTAL	180	100

Les fœtus ont été extraits par césarienne à moins d'une heure de la prise de la décision dans **61,1%** des cas et 10% des cas plus de deux (2) heures.

7 - **PRONOSTIC**

7.1 – **Etat à la sortie :**



Graphique X : Répartition des patientes selon l'état à la sortie de l'hôpital.

Près de **99%** des patientes sont sorties vivantes de l'hôpital.

7.2 – **Suites de couches :**

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon les suites de couche.

Suite de couche	Nombre	Pourcentage
Simple	216	84,7%
Complicquée	39	15,3%
Total	255	100

Les suites de couches étaient compliquées dans 15,3% des cas

7.3 – Type de complication :

Tableau XXXVI: Répartition des patientes selon le type de complication en suite de couche.

Type de complication	Nombre	Pourcentage
Anémie	20	51,3%
Endométrite	5	12,8%
Suppuration pariétale	4	10,3%
Eclampsie	3	7,7%
Hémorragie	7	17,9%
Total	39	100

L'anémie était la complication la plus rencontrée (51,3%).

8 – PRONOSTIC FOETAL :

8.1 – Etat à la naissance :

Tableau XXXVII : Répartition des nouveaux-nés selon l'état à la naissance.

Etat du nouveau né	Nombre	Pourcentage
Vivant	231	88,5%
Mort-née	30	11,5%
Total	261	100%

Les nouveaux-nés étaient vivants à la naissance dans **88,5%** des cas.

8.2 – Sexe :

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveaux-nés selon le sexe.

Sexe	Nombre	Pourcentage
Féminin	146	55,9%
Masculin	115	43,1%
Total	261	100

Les nouveaux nés étaient de sexe féminin dans **55,9%** des cas.

8.3 – Apgar :

Tableau XXXIX : Répartition des nouveaux-nés selon l'Apgar à la 1^{ère} minute.

Statut Apgar	Nombre	Pourcentage
0	30	11,5%
1-3	28	10,7%
4-7	21	8,1%
> 7	182	69,7%
Total	261	100

Les nouveaux-nés à apgar zéro (morts-nés) représentent **11,5%** des cas contre **69,7%** à apgar supérieur.

Tableau XL : Répartition des nouveaux-nés selon l'Apgar à la 5^{ème} minute.

Statut Apgar	Nombre	Pourcentage
0	14	6,1%%
1-3	5	2,2%
4-7	18	7,8%
> 7	194	83,9%
Total	231	100%

Les nouveaux-nés à apgar >7 représentent **83,9%** des cas contre **6,1%** d'apgar 0 à la cinquième (5) minutes.

8.1 – Poids :

Tableau XLI : Répartition des enfants selon le poids de naissance.

Poids (gramme)	Nombre	Pourcentage
< 2500	26	10%
2500 – 3999	212	81,2%
≥ 4000	23	8,8%
Total	261	100%

Les nouveaux nés avaient un poids normal dans **81,2%** des cas.

8.4 – Type de malformation :

Tableau XLII : Répartition des nouveaux-nés selon le type de malformation.

Type de malformation	Nombre	Pourcentage
Bec de lièvre + omphalocèle	1	25%
Hydrocéphalie	1	25%
Thorax en entonnoir	2	50%
Total	4	100

Le Thorax en entonnoir a représenté 50% des cas de malformation

8.6 – Cause de la référence du nouveau né :

Tableau XLIII : Répartition des nouveaux-nés selon la cause de la référence à la pédiatrie.

Cause de référence	Nombre	Pourcentage
Souffrance néonatale	35	53,8%
Prématuré	15	23,1%
Hypotrophie	11	16,9%
Malformation	4	6,2%
Total	65	100

La majorité des causes de référence à la pédiatrie étaient la souffrance fœtale aiguë avec 53,8%.

9 – DUREE DE SEJOUR

Tableau XLIV : Répartition des patientes selon la durée de séjour à hôpital.

Durée de séjour	Nombre	Pourcentage
1-5 jours	160	55,7%
6-10jours	80	27,9%
11-15jours	41	14,3%
>15jours	6	2,1%
Total	287	100

La plupart des évacuées soit environ 55,7% ont séjourné moins de 6 jours.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-Fréquence :

Durant la période d'étude, on note 287 évacuations sur 2528 accouchements enregistrés à la maternité de l'hôpital de Sikasso soit une fréquence de 11,4%.

Cette fréquence est supérieure à celle de B.MACALOU [21] à l'hôpital régional de Kayes (6,14%); et GUINDO S. 6,15% à Sikasso [32]. Elle est nettement inférieure à celle de DIARRA.B.[12] ($\text{Khi}^2 = 70,21$ $P < 0,000$ non significative)

Cette fréquence peu élevée explique que la plupart des accouchements ont eu lieu au premier niveau (CSCOM).

La Fréquence des évacuations est diversement appréciée, cela dépend du mode de recrutement.

Les évacuations sont exceptionnelles dans les pays développés car il existe toujours à la maternité, un plateau technique et un personnel compétent qui permet d'agir immédiatement en cas d'urgence [5].

2-Profil sociodémographique :

Les Senoufos et les Peulhs étaient les ethnies dominantes de notre étude avec une fréquence respectivement 54% et 17,8%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que se sont les ethnies dominantes du cercle de Sikasso.

L'âge moyen des évacuées était de 26 ans avec des extrêmes de 14 ans et 49 ans.

La tranche d'âge de 20 ans à 35 ans soit 67,9% est la plus dominante.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est la tranche d'âge où l'activité génitale est la plus accrue.

Dans cette même tranche d'âge MACALOU et FALL. S ont obtenu respectivement 53,9% [21] et 55,6% [16], COULIBALY H. 57,2% [6].

Nous avons constaté 20,9% d'évacuation chez les adolescentes contrairement à celles de MACALOU 37% et de DIARRA .B.38, 1%

Nous avons noté une corrélation entre adolescence et dystocie osseuse, comme la plupart des auteurs, MACALOU [21], DIARRA B [12], Sangaret.M [30] de la Côte d'Ivoire qui pensent également que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile tant que le mariage précoce demeure en Afrique.

S'agissant du statut matrimonial, les femmes mariées viennent au premier rang avec 86,8%.

Les femmes ménagères sont les plus représentées avec 91,6%. Ce taux est superposable à celui trouvé par MACALOU[21](92,9%).

Nos patientes étaient non scolarisées dans la majorité des cas (93,4%). Cela peut s'expliquer par le faible taux de scolarisation féminine au Mali et peut être aussi un facteur déterminant à la faible fréquentation des services de santé de reproduction(SR) des centres de santé périphériques.

3- Provenance et distance parcourue

La plupart de nos évacuées (43,9%) venaient de très loin (51- 140Km), et le plus souvent des maternités périphériques du cercle de Sikasso.

Cela est dû à l'inexistence de centre de santé de référence dans le cercle de Sikasso autre que l'hôpital capable de pratiquer la césarienne. Cela rend nécessaire la création de trois CS Réf fonctionnels dans le cercle pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Dans d'autres villes comme à Bobo Dioulasso au Burkina Faso, elles venaient de plus de 3 à 225 km dans 19,80% des cas, et de 5 à 190Km à Cocody en Côte d'Ivoire [11].

La distance moyenne parcourue lors des évacuations était de 44.44km avec les extrêmes de 15 km et 140 km. Nos résultats sont supérieurs à ceux de MACALOU[21] qui a trouvé que la distance moyenne était de 70,67% avec les extrêmes de 2 à 250 Km

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

Le personnel des centres de Santé qui évacuent les parturientes est composé de : médecin généraliste, d'infirmier, directeur technique de centre, sage-femme, infirmière obstétricienne, matrone.

Plus de la moitié des évacuations (68,3%) ont été faites par les infirmières obstétriciennes/matrones. Ce résultat est comparable à celui de SANOGO.A [31] 72,72%.

Le taux faible des décisions des sages-femmes peut s'expliquer par leur nombre très insuffisant et le très faible niveau d'implication dans le service de garde. Les matrones sont majoritaires car la plupart du temps ce sont elles qui gèrent les maternités périphériques.

5- Mode et moyen d'évacuation :

Sur l'ensemble des évacuations, 21,6% étaient effectuées à bord d'un transport en commun .Ce taux est largement inférieur à celui de DIARRA B.[12] (56,5%).

- L'Ambulance était le moyen d'évacuation de 53,3% des patientes. Ce taux est supérieur à celui rapporté par MACALOU (40,6%) avec $Khi^2=31,1\%$ $P=0,077868$.

6- Le temps d'évacuation :

Il se définit comme le temps mis en cours de route du CSCOM à l'hôpital.

Le temps moyen mis en cours de route est de 2 heures avec les extrêmes de 10 minutes à 5 heures. Ce temps est souvent prolongé à cause de l'état des pistes et la situation géographique. Ce même constat est rapporté par la littérature.

7- Motifs d'évacuation :

Les motifs les plus fréquemment rencontrés sont:

- Dystocie mécanique 35,5%.
- Dystocie dynamique 8%.
- Anémie /grossesse 7,7%.
- Hémorragie du troisième trimestre 6,6%,

Ces résultats sont différents de ceux de THIERO [34] où les évacuations étaient motivées par :

- Dilatation stationnaire 16,9%.
- La disproportion fœtopelvienne 15,9%.
- L'hémorragie du troisième trimestre 16,9%.
- Retard d'expulsion 6,5%.

Avec Sangaré au CS Réf CV le retard d'expulsion était de 13,6% suivi des hémorragies du troisième trimestre 11% pour le motif d'évacuation. [29]

Dans le cercle de BLA la disproportion foetopelvienne était le motif le plus rencontré avec 88.8% [9]

8- Les antécédents :

La gestité et la parité ont joué un rôle important dans les causes des évacuations. Les primigestes représentaient 20,7% des évacuées tandis que 24,4% étaient au moins à leur 6^{ème} grossesse ou plus. Ces taux sont différents de ceux de

MACALOU[21] qui trouvait respectivement (36,4%) avec $\text{Khi}^2 = 3,38$ $p = 0,065917$ et (17,5%) avec $\text{Khi}^2 = 0,48$ $p = 0,489524$.

Les multipares représentaient la tranche la plus importante (28,9%). Ce taux est différent de ceux de MACALOU[21] (14,3%) et de DIARRA B[12]. (14%)

Le risque chez ces parturientes est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesses multiples et souvent rapprochées, aussi 84,1% des évacuées avaient un intervalle inter-génésique anormalement court : inférieur à 2ans.

8-1- Aspect clinique

L'examen général des évacuées a révélé que les femmes de taille inférieure à : 1,50 m représentaient 3,8% des patientes comparable à celle trouvée chez THIERO (3,2%) [34]. Elle est inférieure à celle de MACALOU 5,6% [21].

La tension artérielle était anormalement élevée (supérieure à 14/09) dans 6,2% des cas. Ce taux est inférieur à celui de MACALOU (9,7%) [21].

Les femmes qui ont une coloration conjonctivale pâle ont représenté 13,6% de la population de notre étude. Ce taux est inférieur à celui de Sidiki GUINDO 16,3% avec $\text{Khi}^2 = 0,00$ $p = 0,954550$ [32].

8-2 Situation obstétricale à l'entrée :

Les consultations prénatales permettent de prévoir certains risques au cours de la grossesse, notamment certaines complications au cours de l'accouchement.

L'analyse de nos résultats a montré que 66,2% n'avaient fait aucune CPN. Ce taux est supérieur à celui de MACALOU 48,1% $\text{Khi}^2 = 6,72$ $p = 0,009516$ [21].

Dans les 33,8% des cas où les patientes avaient suivi la CPN, les sages-femmes venaient au premier rang des prestations avec 51,1%. Les matrones et les infirmières obstétriciennes au deuxième rang respectivement avec 20,6% et 20%. 41,3% et 40% pour les matrones et les IO.

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

Dans 64,8% des cas le partogramme a été utilisé, par contre dans 36,3% des cas il n'était pas utilisé d'où la nécessité de poursuivre la formation des agents

intervenant dans l'évacuation sur la CPN recentrée et la surveillance de travail d'accouchement à l'aide du partogramme.

A l'admission, les BDCF étaient non audibles dans 28,4% des cas chez nos patientes, comparables à 29,8% chez MACALOU et supérieurs à 17,5% chez FALL. S[16].

Dans notre étude, 50% de nos patientes avaient la poche des eaux rompue en moins de 6 heures. Le liquide amniotique était clair dans 52,5% des cas; teinté dans 39,6% et sanguinolent dans 7,9% des cas.

Ces différents paramètres aggravent le pronostic fœtal et maternel.

9- Diagnostic retenu :

L'examen des parturientes évacuées admises dans la salle d'accouchement nous a permis de poser un certain nombre de diagnostics dont les plus fréquents sont :

- Dystocie mécanique 18,1%,
- Présentation dystocique 11,9%,
- SFA 10,10%,
- DFP 8%

Nos résultats sont différents de ceux de THIERO [34] qui a trouvé par ordre :

- Souffrance fœtale aiguë(SFA) 13%,
- Dystocie mécanique 8,4%,
- Présentation vicieuse 7,6%,

L'analyse de nos résultats montre qu'il y'a une grande discordance entre le diagnostic et le motif d'évacuation : 171/287 soit 59,6 % .Cela s'explique par le niveau insuffisant des prestataires de santé dans les CSCOM, d'où la nécessité

de formation continue du personnel existant et doter de personnels qualifiés là où il n'y en a pas.

10- Conduite à tenir :

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

Nous avons fait recours à une intervention chirurgicale dans 76,1% des cas dont 69,5% de césarienne et 6,6% de laparotomie pour rupture utérine et grossesse extra utérine. Ces taux sont différents de ceux de MACALOU 44,8% et 3,2% avec $\text{Khi}^2 = 4,12$ $p = 0,042476$. [21]

L'accouchement s'est terminé par la voie basse dans 94,5% des cas .il s'agit de 52,7% d'accouchement normal non instrumenté et 41,8% instrumenté. (Instrument utilisé était le forceps).

Ce taux est supérieur de celui de MACALOU [21] 32,5% avec $\text{Khi}^2 = 0,24$ $p = 0,627491$.

11- Temps écoulé entre la prise de décision de césarienne et l'extraction du fœtus

En moins de 60 minutes l'extraction du fœtus était intervenue après la décision de césarienne dans 61,1% des cas.

Elle est intervenue dans 38,9% 1heure après la prise de décision. Ce retard s'expliquait par :

- la non disponibilité du bloc opératoire, car d'autres interventions étaient en cours par le service de chirurgie et une autre césarienne en cours dans les deux salles. Le bloc est partagé par la chirurgie générale et la gynécologie-obstétrique.
- L'éloignement du bloc opératoire de la salle d'accouchement de plus de 100 m,
- L'insuffisance de brancardiers pour amener les parturientes au bloc. Une seule équipe par garde.

- La difficulté de mobilisation de l'équipe d'intervention chirurgicale (anesthésiste, aide de bloc)
- la non disponibilité de sang en permanence.

12- **Pronostic foetal :**

Dans notre étude 61,7% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur à 7 et 11,5% étaient des morts-nés. Ces taux sont superposables à ceux de MACALOU [21] 62,9% et 31,4%.

* **La morbidité et mortalité périnatale :**

Dans notre série, nous avons enregistré 30 mort-nés soit 11,5% .Ce taux est inférieur à ceux rapporté par MACALOU [21] 31,4%

Les facteurs tels que : la mauvaise surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui évacuent, décision tardive pour l'évacuation, l'éloignement, le mauvais état des routes reliant les formations sanitaires à l'hôpital ont contribué à augmenter le taux de mortalité.

Le taux de mortalité à l'hôpital de Sikasso est de 33,90 pour 1000 naissances selon notre étude.

13- **Pronostic maternel :**

* l'étude des suites de couche nous a permis de recenser 39 cas de complications soit 15,3% contre 84,7% de suites simples. Ces complications étaient :

- l'anémie soit 51,3%,
- Hémorragie soit 17,9%,
- Endométrite soit 12,2%,
- Suppuration pariétale soit 10,3%.
- Eclampsie soit 7,7%

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 ces infections en post partum.

* Mortalité maternelle

L'état général de certaines évacuées était aggravé par le retard dans l'évacuation, la prise en charge et surtout dans notre contexte l'absence de banque de sang fonctionnelle explique le taux élevé de mortalité maternelle.

Rapporté à l'ensemble des accouchements effectués à la maternité de l'hôpital de Sikasso en 2008, ce taux est de 118,67 pour 100000 naissances vivantes.

Ce taux de mortalité obtenu est inférieur à ceux du :

- Bénin : 161 pour 100000 naissances vivantes [3] ;
- Gabon 152 pour 100000 naissances vivantes [28] ;
- GIZA en EGYPTE : 255 pour 100000 naissances vivantes [19] ;
- CS Réf commune V au Mali 351,5 pour 100000 naissances vivantes [29].

Dans notre étude 3 évacuées sur 256 prises en charge par le système de référence/évacuation sont décédées soit un taux de 1,4%. Ce taux est inférieur à ceux de DIARRA BOUROULAYE 3% [12] et MACALOU 6,5% [21].

Cette tendance est maintenue chez OYESOLO [27], qui disait que l'organisation de la référence dans l'Etat de Kebbi au nord du Nigeria a contribué à faire chuter le taux de mortalité parmi les malades consultant pour complications obstétricales de 20% à 10% en 5ans.

L'hémorragie par choc hypovolémique était la cause de ces décès.

Les causes de décès rencontrées au CS Réf CV [29] et à l'hôpital Bécère sont les complications rénales et la septicémie. alors que FALL. S trouve que les dystocies sont à 22,3% dans le centre de santé du cercle de la 2^{ème} région du Mali (Koulikoro) [16].

Ces pathologies correspondent aux situations les plus urgentes en maternité telles qu'elles sont décrites par Fernandez [17] **Les causes de décès trouvées par DEKOUO G [7] et THIERO [34] étaient : le choc hypo-volémique**

14- Coût de prise en charge :

Les parturientes évacuées dans le cadre du système de référence/évacuation sont prises en charge par la caisse de solidarité. Une somme de 36209F CFA est directement prélevée au niveau de la caisse pour le transport de l'évacuée à l'hôpital.

Pour les parturientes non prises par le système de référence/évacuation : le coût du transport variait entre 1000F et 50000F CFA.

Ainsi la mise en place du système de référence/évacuation a permis d'alléger la charge des parturientes et a amoindri considérablement les coûts indirects supportés par la population.

CONCLUSION :

Notre étude avait pour but d'étudier les évacuations obstétricales à l'hôpital de Sikasso. Les évacuations constituent non seulement un problème médical, mais aussi de santé publique dans la région de Sikasso.

Dans le cadre de notre étude qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2008 soit une période de 12 mois, sur 2528 admissions en obstétrique, 287 évacuations ont été recensées. Soit une fréquence de 11,4%.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées : la distance parcourue, les conditions d'évacuations, l'âge, la parité, le motif d'évacuation. La tranche d'âge de 20-35 ans était la plus représentée.

Les motifs d'évacuations les plus évoqués étaient :

- Dystocie mécanique 35,5%,
- Dystocie dynamique 8%
- Anémie/grossesse 7,7%
- Hémorragies du troisième trimestre 6,6%

La césarienne était le mode d'accouchement le plus utilisé avec 69,5%, l'accouchement par voie basse 24,3%.

Nous avons recensé 30 morts-nés pour 261 naissances soit 11,5%, dont l'hémorragie maternelle, et le retard d'évacuation étaient les principales causes.

Le taux de décès maternel était de 1,4%, dû principalement à l'hémorragie par choc hypovolémique.

La mise en place du système de référence/évacuation en plus de la gratuité de la césarienne ont permis de diminuer le taux de décès maternel et foetal.

Cependant des difficultés persistent, nécessitant les recommandations suivantes.

RECOMMANDATIONS :

Pour améliorer la prise en charge des évacuées nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Aux autorités socio sanitaires

- Mettre en œuvre sur le plan national la stratégie avancée des CPN qui consiste à rendre gratuits les examens complémentaires indispensables pour un meilleur suivi des grossesses;
- installer un petit laboratoire au niveau de chaque CSCOM pour groupage rhésus des femmes vues en CPN ;
- rendre disponible le sang en permanence à la mini banque de sang à l'hôpital ;
- construire au moins deux autres CS Réf dans le cercle et rendre fonctionnel le bloc opératoire comme celui de Sikasso;
- continuer la formation continue du personnel médical face aux urgences obstétricales ;
- doter le centre de santé de référence de Sikasso d'un plateau technique chirurgicale ;

❖ Au personnel de santé

- Assurer une CPN de qualité tout en insistant sur le plan d'accouchement
- Surveiller le travail d'accouchement par l'utilisation correcte et systématique du partogramme ;
- Sensibiliser la population sur l'importance de la surveillance de la grossesse dans les centres de santé.
- Améliorer l'organisation des références/évacuations et veiller sur la prise d'une voie veineuse sûre fixée par un cathéter avant la référence évacuation

❖ A la population

- Fréquenter les centres de consultation prénatale ;
- Sensibiliser la population sur les risques de mariage précoce, source de grossesse sur un organe immature;
- Informer la population sur les avantages des méthodes modernes de PF
- s'impliquer davantage dans le système de référence/évacuation par le paiement des cotisations par les ASACO et par les collectivités territoriales.

❖ Au directeur de l'hôpital de Sikasso

Augmenter le nombre de techniciens de surface (brancardiers) au cours de la garde

Rapprocher le bloc opératoire de la salle d'accouchement

REFERENCES

1 - Admson P : Le monde est lourd.

Le progrès des nations, 1996.

2 - Ankoande J, Ouédraogo CMR , Ouédraogo A , Bouaré B, Touré B, Dao B Soudo , Koné B.

Evacuations sanitaires obstétricales et mortalités foeto-maternelles au Burkina Faso. Médecine trop 2006 ,60 -3

3 - Alihonou E, Takpara I : Mortalité maternelle en République populaire du Bénin : cause et Stratégies de lutte.

Actes du séminaire « réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement »

Centre international de l'enfance, Octobre 1988, Edit INSERM

4 - Baldé MD, Basted G.: Decrease in uterine rupture in Conakry, Guinea improvement in transfer management Int J Genecology obstetric 1990, 31-24-21.

5 - Camara S Epouse Kaba: Evacuation Sanitaire d'urgence en obstétrique bilan de 2 ans d'étude.

Thèse, Bamako 2000 n° 714.

6 - Coulibaly Hamadou :

Etude d'aspect clinique et sociodémographique de la césarienne à la maternité de Koulikoro CSReF : Thèse médecine, Bko 2004-2005.

7 - DEKOUO G : Contribution à l'étude de la mortalité maternelle 1990.

Thèse médecine, Bko 1990, n° 40.

8-Delecour M

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves. Entretiens de Bichat-chirurgie et spécialités, 1980 :177-179

9 - Dembélé R, Diabaté L, Hachemi M, Sidibé DH, BA, SA, Shesoko E.

Evaluation du fonctionnement du système de référence/évacuation dans le cercle de BLA Avril 1996 à Décembre 1998.

10- Diallo MS et AL : Mortalité et facteur de risques liés au mode de vie.

Rev. Fr. Gynécol-Obst 1996 :91-7-5.

11- Diallo MS, Diallo AB, Diallo ML, Touré B, Keita N, Condé M , Bah MD, CORREA.P :caractéristique de la mortalité maternelle dans les pays en

développement :situation africaine et stratégie de prévention ; Afr.Med ,1991,30 (299) :345-350

12 - Diarra Bouroulaye :

Evaluation du système de référence /Evacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de Juillet 2005 à Juin 2006.Thèse médecin Bko 2007

13 - Diarra O :

Les urgences obstétricales dans le Service de Gynécologie et Obstétrique de l'hôpital National de Point G : Thèse médecine, Bko 2000, n°117.

14 - Enquête Démographique de Santé du Mali (EDS IV).

15 - Fall (épouse kandji) :

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

Recours d'AfriqueSub-Saharienne. Etude prospective d'une Année au CHU de Dakar 1996.

Thèse médecine, Dakar 1996.

16 - Fall S.

Mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans le centres de santé de cercle 2ème région du Mali 1987-1990.

Thèse Médecine, Bamako

17 - Fernandez H, Ville Y, Frydman R. :

Les grandes urgences maternelles : problèmes d'actualité.

H.A. BECLERE, Med urgence 1995, ISSN, 11:34-39

18- Formation continue des sages femmes 1998-1999 au Mali.

19 - Kané T T.:

Maternal mortality in Giza, Egypt: magnitude causes and prevention.
Studies in family planning.

20 - Maine D et COL:

La conception et l'évacuation des programmes ; de prévention de la mortalité maternelle.

Centre de santé des populations et de la famille.

Ecole de santé publique Université de Colombie.

21 - MACALOU Ballan:

Evacuations Sanitaires en Obstétriques à propos de 154 cas à l'hôpital régional Fousséni Dao de Kayes :Thèse médecine, Bko 2001 n°142.

22 - Merger R Levy Melchior:

Précis d'obstétrique Edition Masson, Paris 6^{ème} édition 1995-597p.

23 - Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées / Cellule Planification et Statistique.

Enquête Démographique de Santé au MALI (EDS) 1996-2001.

24 - Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées DSFC.

Cadre conceptuel du système de référence au Mali.

Atelier National d'harmonisation ou des systèmes de référence et contre référence 2000.

25 - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées:

Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population 1990.

26 - Ouédraogo CMM et AL. :

Fréquence et causes de la mortalité maternelle à propos de 300 observations à la maternité du centre hospitalier de Ouagadougou, Burkina Faso.

Rev Fr gynecol obst 1999, 94: 455-459.

27 - Oyesolo R, Ikeh A T Maru, I, Maine D.:

Improving emergency obstetric care at a state referral hospital, Kebbi state.

Jr of gynaecology& obstet1997; 59:455-459.

28 - Picaud A et al.:

La mortalité maternelle au centre hospitalier de Libreville (1984-1987)

J gynecol obst Bio Reprod 1989; 18:450-454.

29 - Sangaré :

Organisation du Système de Référence au CSREF CV du District de Bamako :

Thèse Médecine Bko, 2001 n°39.

30 - Sangaret M et AL. :

Problèmes obstétricaux d'urgences au CHU de Treichville

Etude Med 1974; 3: 137-145

31-Sanogo .A :

Evaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de Sabalibougou III en commune V du District de Bamako.

Thèse de Médecine Bamako 2007.

32 - Sidiki. B. Guindo :

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso.

Thèse Médecine, Bamako 2007.

33 - Tegueté, Diallo, Kokain, Koné, Sidibé :

Evaluation du système de référence dans le cercle de Bougouni. Programme National de périnatalité du Mali, DSFC 98.

34- Thiéro M. :

Evacuations sanitaires d'urgence obstétrique à HGT à propos de 160 cas.

Thèse Méd., Bamako 1995 n°17.

FICHE D'ENQUETE

N° d'identification du dossier.....

N° de la fiche d'enquête.....

Renseignement démographique

Q1- Nom

Q3- Age.....

Q2- Prénom

Q4- Promotion.....

Q5- Adresse

Q6- Résidence.....

Situation matrimoniale

Q7- Célibataire.....

Q8- Divorce

Q11- Coépouse

Q13- Niveau d'instruction

a) Primaire

b- Secondaire

c- Supérieur

d- Alphabet Fonctionnelle

e- Non scolarisée

Caractéristiques du procréateur :

Q14- Nom.....

Q15- Prénom.....

Q16- Adresse

Q20- Niveau d'instruction

a- Primaire

b- Secondaire

c- Supérieur

d- Alphabet. Fonctionnelle

e- Non scolarisé

Mode d'évaluation

Q21- Provenance de la structure sanitaire.....

Q22- Prise en charge par le système d'évacuation Oui..... Non.....

Q23- Appel avant évacuation Oui..... Non.....

Q24- Si oui mode de la communication RAC..... Autres.....

Q25- Frais d'évacuation.....

Q26- Evacué avec fiche Oui..... Non.....

Q27- Partogramme Oui.... Non.....

Q28- Fiche bien remplie Oui.... Non.....

Q29- Qualification de l'agent qui évacue.....

Q30- Qualification de l'agent qui reçoit.....

Q31- Motif d'évacuation

Q32- Traitement reçu avant

évacuation.....

Q33- Temps mis entre prise de décision et évacuation.....

Q34- Evacuation médicalisée Oui..... Non.....

Q35- Date et heure de départ du
centre.....

Q36- Moyen de transport

a- Pied

b- Taxi

c- Voiture personnel

d- Ambulance

e- Pickup

f- Transport en commun

g- Motocyclette

Q37- Temps mis en cours de route.....

Q38- Distance parcourue.....

Q39- Temps mis avant de recevoir les soins à l'hôpital.....

Q40- Raison du retard.....

IV- ANTECEDANTS OBSTETRICaux

Q41- Gestité..... Q42- Parité..... Q43- IIG.....

Q44- Nombre d'enfant vivant..... Q45- Nombre de fausse couche.....

Q46- Nombre d'enfant décédé.....

V- EXAMEN GENERAL

Q47- Etat général.....
Q50- Conjonctives.....

Q48- Poids.....Kg

Q49- Taille.....m

VI- SITUATION OBSTETRICALE A L'ENTREE

Q51- TA.....
Q54- Pouls.....batt/mn

Q52- Température.....C

Q53- OMI.....

Q55- CPN.....
gestationnel.....

Q56- Auteur.....

Q57- Age

Q58- DDR.....

Q59- Hauteur utérine.....cm

Q60- BDCF.....bat/mn

Q61- MAF.....

VII- EXAMEN DU COL AU TOUCHE

Q62- Longueur.....cm

Q63- Dilatation.....cm

Q64- Position.....

Q65- Consistance.....

Q66- Présentation.....

a- Céphalique....., b- Epaule....., c- Face....., d- Siège

Q67- Niveau

a- Engagé....., b- Non engagé.....

Q68- Hauteur

Q69- Poche des eaux

a- Intacte....., b- Rompue.....

Q70- Si b délai en heure.....

Q71- Etat du bassin.....

Q72- Aspect du liquide amniotique.....

Q73- Hémorragie Oui..... Non.....

Q74- Hypothèse diagnostique.....

VIII- EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Q75- Groupage rhésus.....

- Q76- Taux d'hémoglobine.....
- Q77- Taux d'hématocrite.....
- Q78- Echographie d'urgence.....
- Q79- Diagnostique retenu.....
- Q80- Concordance entre motif d'évacuation et diagnostique retenu.....
- Q81- Prise en charge
a- Médicale....., b- Obstétricale....., c- Chirurgicale....., d- Médico-chirurgicale.....
- Q82- Type d'accouchement 1- Voie basse Oui..... Non.....
a- Naturel..... b- Instrumental.....
b1- Forceps..... b2- Ventouse.....
- Q83- Manœuvre obstétrical Oui..... Non.....
- Q84- Césarienne d'urgence Oui..... Non.....
- Q85- Laparotomie Oui..... Non.....
- Q86- Rupture utérine....., GEU.....
- Q87- Autres.....

IX- RESULTATS

A- Pronostic maternel

- Q88- Etat à la sortie
a- Vivante....., b- Décédée.....
- Q89- Si b causes.....
- Q90- Suites de couches
a- Simples....., b- Compliquées.....
Si b types de complications.....
- Q91- Durée de séjour.....

B- Pronostique fœtal

- Q92- Vivant..... Q93- Décédé.....
- Q94- Sexe.....
- Q95- Apgar 1ere mn..... 5eme mn.....
- Q96- Poids.....Gramme
- Q97- Taille.....cm PC..... PT.....
- Q98- Traumatisme Oui..... Non.....
- Q99- Prématuré Oui..... Non.....
- Q100- Référé à la pédiatrie Oui..... Non.....

Q101- Cause de référence.....

Q102- Cout de la prise en charge.....FCFA

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KEITA

Prénom : Aïssata

Titre de la thèse : Les évacuations obstétricales à l'hôpital de Sikasso

Année de soutenance: 2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS : BP 1805-Bamako (MALI)

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

RESUME

Notre étude était prospective réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Notre objectif principal était d'étudier les évacuations obstétricales dans le service

L'évacuation des parturientes pose un problème de santé.

Les évacuées ont représenté 11,4% des parturientes du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2008.

Ces évacuées étaient âgées en majorité de 20-35ans dans 67,9% et majoritairement des femmes au foyer (91,6%).

Les motifs d'évacuations les plus évoqués étaient :

- Dystocie mécanique 35,5%
- Anémie sur grossesse 7,7%
- Présentation dystocique 7%
- Hémorragie sur grossesse 6,6%

La césarienne a été le mode d'accouchement le plus utilisé avec 69,5%..

Le taux de mortinatalité était de 33,9 pour 1000 naissances vivantes.

Le taux de décès maternel était 1,4%.

La principale cause de décès maternel était les hémorragies.

La mise en place du système de référence/évacuation à permis 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 maternel et fœtal.

Mots-clés : Evacuation, Urgences, Obstétrique, pronostic maternofoetal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !