

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

N°...

TITRE

PROBLEMATIQUE DE LA REFERENCE/EVACUATION PAR RAPPORT
AUX URGENCES OBSTETRIQUES
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KENIEBA

THESE

Présentée et soutenue publiquement...../...../2010 Devant
la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par

M. TARE COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)

JURY

Président :	Pr Sahare FONGORO
Membre :	Dr Samba TOURE
Co-Directeur :	Dr Mamadou BERTHE
Directeur de thèse :	Dr Bouraïma MAÏGA

DEDICACES

- **Au nom de Dieu le tout puissant.** « Gloire à toi ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage »

Louange et gloire à Dieu le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais.

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

- **A mon père : Noussan Coulibaly.**

Tôt tu nous avais appris à être combatif à travailler dure pour espérer sur une vie meilleure le peu de temps que nous avons passé ensemble. Que le tout puissant t'accorde longue vie pour profiter de cet exploit.

- **A ma mère : Ténin Diarra**

Femme courageuse ; je t'ai quitté tôt pour les études. Femme de mes imaginations simple douce et toujours à l'écoute. Ce travail est le résultat de tes efforts.

- **A mes frères : Massan, Bomba et Dessery Coulibaly**

Nous sommes unis par le sang.

Ce travail est le vôtre, fraternel courage afin que nous puissions nous acquérir des multiples taches de notre famille.

- **Mes sœurs : Vinima et Sissi Coulibaly.**

Ce travail est le vôtre, je prie Dieu que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours.

- **A mon oncle : Passani Coulibly.**

Tu m'as accepté dans ta famille durant tout le moment de mes études.

Je serais toujours reconnaissant.

- **A mes Cousins et Cousines,**

Je ne citerai pas de nom par peur d'en oublier.

Je vous remercie de m'avoir soutenu pendant mes études.

Ce travail est le vôtre, je prie Dieu de vous donner une longue vie pour pouvoir jouir du fruit de ce travail.

- **A tous mes Oncles et Tantes.**

Je ne citerai pas de nom par peur d'en oublier.

Je serais toujours reconnaissant.

Mes Vifs Remerciements

- **A notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMPOS.**

Merci pour la bonne gestion de cette faculté.

- **Tout le personnel de la FMPOS.**

Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait, la FMPOS jouit d'une renommée internationale, soyez rassuré de notre profonde gratitude, que Dieu vous en garde et qu'il vous donne une longue vie.

- **A mes maîtres formateurs : Dr Maïga Bouraïma, Dr Samba Touré ; Dr Sima ; Dr Mamadou Berthé ; Dr Georges Dakono ; Dr Bocar Ly ; Dr Ousmane B Sao.**

Merci pour votre encadrement, votre simplicité le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

- **A toutes les Sages femmes ; Infirmières obstétriciennes et Matrones du CSRéf de Kéniéba.**

Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

- **A tout le personnel du CSRéf de Kéniéba**

Merci pour l'accueil, l'encadrement et respect.

- **A tout le personnel du CSCOM Sirakoro.**

Merci pour votre collaboration, et votre respect.

- **A mes aînés du service.**

Merci de votre soutien et encadrement.

- **A tous mes cadets du centre :**

Merci patience, courage, persévérance.

- **A Issiaka Kondé dit Jacques et sa famille.**

Merci pour votre accueil, vous avez accepté de me loger durant mon séjour à Kéniéba. Logeur idéal, je serai toujours reconnaissant envers votre famille.

- **A la famille de Faboulan Dembélé à Niamakoro**

Merci pour votre collaboration et votre soutien moral. Je serais reconnaissant envers notre famille.

- **A Moïse Dembélé :**

Merci pour ton soutien matériel et moral.

- **A tous mes Amis : Dr Nadio Thierno, Dr Kampo, Dr Brouaïma Kamaté, Ramata Niadio, Karim Coulibaly et Sabéré Déna.**

Ce travail est le vôtre ; je ne vous oublierai jamais, vous avez été toujours pour moi des bons amis avec vous je n'ennuyais point. Je vous remercie infiniment.

- **A toute ma promotion.**

Merci, courage et persévérance.

Hommages aux honorables membres du jury

A notre MAITRE ET PRESIDENT DU JURY : Professeur Saharé FONGORO.

- **Maître de conférences en Néphrologie à la FMPOS ;**
- **Chef de service adjoint de la Néphrologie du CHU du Point -G ;**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher Maître,

Vous avez spontanément accepté de présider cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre ouverture à vos étudiants et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un maître à imiter. Homme de science éclairé, praticien infatigable, votre modestie votre disponibilité et votre sens élevé du devoir social font de vous un homme admiré par tous.

Nous vous remercions de votre contribution pour parfaire ce travail malgré vos multiples occupations.

Veillez trouvez ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre respect.

Notre MAITRE ET JUGE, Docteur Samba TOURE

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point – G.**

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A notre MAITRE ET CO-DIRECTEUR de cette thèse : Docteur Bocar Ly.

Médecin chef du centre de santé de référence de Kéniéba.

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de participer à la direction de ce travail. Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme, votre sagesse nous ont séduits. Recevez ici cher maître l'expression de toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR, Docteur Bouraïma MAÏGA.

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

Cher maître,

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique fait de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

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

LISTES DES ABREVIATIONS

- ASACO** : Association de santé communautaire.
- ATCD** : Antécédent.
- BDCF** : Bruit du cœur fœtal.
- BGR** : Bassin Généralement Rétréci.
- BPM** : Battement par Minute
- CAT** : Conduite à tenir;
- CIVD** : Coagulation Intra- Vasculaire Disséminée.
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.
- cm** : Centimètre.
- CPN** : Consultation Périnatale.
- CPON** : Consultation Postnatale.

- CSRèf :** Centre de santé de référence.
- CUD :** Contraction Utérine Douloureuse.
- CV :** Commune V.
- DFP :** Disproportion Foeto pelvienne.
- DRC :** Dépôt Répartiteur du Cercle.
- DV :** Dépôt de Vente.
- E D S I V M :** Enquête Démographique Sanitaire IV Mali.
- GEU :** Grossesse Extra Utérine.
- h :** Heure.
- HRP :** Hématome Rétro Placentaire.
- HTA :** Hypertension Artérielle.
- HU :** Hauteur Utérine.
- Io :** Infirmière Obstétricienne.
- KM :** Kilomètre.
- mm :** Millimètre.
- Mmhg :** Millimètre Mercure
- mn :** Minute.
- Nnés :** Nouveaux- nés.
- n Réa :** Non Réanimé.
- PDDSS :** Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.
-
- PEV :** Programme Elargi de Vaccination.
- PF :** Planning Familial.
- PP:** Placenta Praevia.
- PPH :** Placenta Praevia Hémorragique.
- PRODESS :** Programme de Développement Sanitaire et Social.

- RAC :** Réseau Administratif de Communication.
- Réa :** Réanimé.
- SFA :** Souffrance fœtale aigue.
- SIS :** Système d'Information Sanitaire.
- SSP :** Soins de Santé Primaire
- TS :** Technicien de Santé.
- TSS :** Technicien supérieur de Santé.
- < :** Inférieur.
- > :** Supérieur.
- ≥ :** Supérieur ou Egal.
- % :** Pourcentage.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	3
INTRODUCTION.....	4
OBJECTIFS.....	7
GENERALITES.....	8
I.DEFINITIONS OPERATOIRES.....	9
II.HISTORIQUES.....	10
III.LE SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION.....	14
IV. RAPPELS.....	19
V.LES MOTIFS D'EVACUATION ET DE REFERENCE.....	28
METHODOLOGIE.....	42
.....	
RESULTATS.....	52
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	80
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	92
CONCLUSION.....	93
RECOMMANDATIONS.....	94
BIBLIOGRAPHIES.....	96
ANNEXES.....	101

Introduction et Objectifs

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 [23].

Les évacuations sanitaires d'urgence obstétricale sont fréquentes dans nos régions, leurs pronostics tant maternels que fœtaux sont réservés.

Dans les pays en voie de développement en général et au Mali en particulier, ces évacuations sont une composante de l'organisation du système sanitaire.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali par l'arrêté interministériel n°5092 en date du 21 avril 1994 dans son **article 1^{er}** précise les conditions de création des centres de santé communautaires et les modalités de gestion des services Socio Sanitaires, de cercle, de commune et des centres de santé communautaires.

Par ailleurs il n'existe pas de décret, ni un texte traitant la création de CSRéf.

Le système de référence : est l'ensemble des dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge [16].

Le système de référence a été créé par l'administration coloniale britannique dans bon nombre de pays en développement.

LORD DAWSON (1920) lance l'idée des dispensaires et des centres de santé comme premier contact des patients avec le système national de santé.

En 1940 : l'introduction d'une structure organisationnelle de dispensaires et de centres de santé en Inde, en Egypte, en Tunisie et au Soudan a vu le jour.

En 1963, FENDALL dit que le système de référence est la seule voie qui permet aux populations des pays à ressources limitées d'avoir accès à des soins de qualité.

En 1994, L'OMS : a mis un point sur l'importance du système de référence/évacuation et de contre référence pour les soins de la grossesse et de l'accouchement.

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité maternelles, fœtales et néonatales élevées.

L'OMS et le Fonds des Nations Unis pour l'Enfance (UNICEF) estiment que plus d'un demi million de femmes meurent chaque année à travers le monde de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et que près de 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement [13].

L'Afrique de l'ouest avec 1020 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, détient le record au monde [12].

Au Mali plusieurs travaux ont été consacrés à la mortalité maternelle. Son taux est de 464 pour 100000 naissances

Vivantes pour E D S M IV [22]. Une étude rétrospective et prospective faite sur la référence/évacuation à l'Hôpital du Point G. dans le service gynéco obstétrique en 2008 a trouvé 2,79% de décès maternels [23].

Dans le but d'évaluer l'ampleur du problème à Kéniéba nous avons jugé nécessaire d'effectuer une étude sur la référence/ évacuation des urgences obstétricales dans le district sanitaire de Kéniéba dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation.

Objectifs spécifiques :

1. Décrire le système de référence évacuation ;
2. Identifier les motifs de référence / évacuation ;
3. Déterminer les obstacles au fonctionnement du système de référence/évacuation dans le cercle de Kéniéba ;
4. Apprécier, le pronostic materno-foetal des cas évacués ;
5. Etablir une relation entre le pronostic foetal et ou maternel et la distance parcourue, le mode d'admission, le nombre de CPN effectué, l'âge maternel et la parité.

Généralités

I. DEFINITIONS OPERATOIRES

1) Référence : c'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.

Dans notre cadre d'étude, la référence concerne une parturiente portant un facteur de risque pendant la grossesse qui nécessite une consultation spécialisée ou un accouchement en milieu chirurgical.

2) Evacuation : c'est le transfert d'un malade d'une structure sanitaire à une autre avec le caractère urgent.

3) Accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28SA). Il y a deux types d'accouchements : l'accouchement prématuré et l'accouchement à terme.

4) Avortement : c'est l'expulsion du fœtus avant le terme théorique de six mois.

5) Parité et gestité :

- Nullipare : c'est une femme n'ayant jamais accouché ;
- Primipare : c'est une femme ayant accouché une fois ;
- Paucipare : c'est une femme ayant accouché 2 à 3 fois ;
- Multipare : c'est une femme ayant accouché 4 à 5 fois ;
- Grande multipare : c'est une femme ayant accouché au moins 6 fois ;
- Primigeste : c'est une femme qui est à sa première grossesse ;
- Paucigeste : c'est une femme qui se situe entre sa 2^e et 3^e grossesse ;
- Multigeste : c'est une femme qui se situe entre sa 4^e et 5^e grossesse ;

- Grande multigeste : c'est une femme qui se situe entre sa 6^e grossesse ou plus.

6) AIRES DE SANTE OU SECTEURS DE SANTE

Il s'agit des aires géographiques données à travers l'étude du milieu et l'élaboration de cartes sanitaires de cercles opérationnels sur la base de concentrations optimales de population dans ces aires.

Les structures légères de soins réalisées à l'intérieur des circonscriptions socio-sanitaires de cercle et de commune sont dénommées centres de santé communautaire.

7) Zone sanitaire

Un centre de santé de 1^{er} échelon (secteur de santé ou CSCOM) devient zone sanitaire avec un rôle de prise en charge des soins de référence dès lors qu'il remplit les critères suivants :

- . Sa position géographique permet de résoudre le problème de l'accouchement aux soins de référence lié à la dispersion des infrastructures sanitaires de 1^{er} échelon par rapport au centre de santé de référence ;

- . Il est situé sur un axe routier principal et répond à l'ensemble des critères retenus pour la mise en place de l'organisation de la référence/ évacuation.

II. HISTORIQUE :

La politique sectorielle de santé et de population définit le développement sanitaire et social du Mali. Son objectif majeur est de réaliser la santé pour tous sur horizon aussi s'approché que possible.

Le 1^{er} plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1966- 1975) s'était assigné comme mission l'assurance de la gratuité des soins à tous les maliens sur l'ensemble du territoire.

Le deuxième PDDSS (1981 – 1990) intégra la stratégie des soins de santé primaires (SSP) à travers le développement des structures de santé rurales ; la formation et la mise en place d'agents de santé villageois ; de cases de santé de caisses de pharmacies villageoises, « Les SSP sont des soins de santé essentiels fondés sur les méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendues universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leurs pleines participations, à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'auto détermination ». A son terme le 15 décembre 1990, le Mali adopta une nouvelle politique de santé fondée sur une approche globale articulant les principes des SSP, l'initiative de Bamako instaurant le recouvrement des coûts, et les systèmes de santé de district en développement de la santé communautaire et contractualisation de l'offre de service de santé avec les associations de santé communautaire (ASACO).

La première définition des CSCOM est donnée en octobre 1991 dans un document officiel.

Elle est la suivante « Le CSCOM est une formation sanitaire à but lucratif créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée, pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé. Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion mis en place par cette population ».

A partir de 1990, le modèle de développement du district sanitaire (cercle au Mali) est basé sur un système à deux échelons : établissement sanitaire de premier contact (centre de santé arrondissement et futurs CSCOM) et formation sanitaire de référence. Les hôpitaux régionaux et nationaux complètent le dispositif sanitaire.

En Avril en 1994, un arrêté ministériel (santé/Administration Territoriale/Finances) est publié. Il définit le centre de santé communautaire. Il mentionne qu'un CSCOM est composé d'un dispensaire, d'une maternité, et d'un dépôt de médicaments essentiels d'un infirmier de premier cycle. Le CSCOM a pour mission de fournir le paquet minimum d'activités, tant dans le cadre de la promotion de la santé et la prévention que dans celui du soin.

La démocratisation de la vie publique à compter de Mars 1991 a été un puissant accélérateur de la mise en œuvre de cette politique. Les partenaires au développement ont tous adhéré aux principes de la politique menée par le département de la santé.

En mai 1996, le ministère de la santé, des personnes âgées et la Solidarité de la République du Mali a lancé l'élaboration d'un plan décennal de développement sanitaire social. (PDDSS) 1998 – 2007 ce plan décennal, le troisième depuis l'indépendance du Mali, diffère des deux précédents par son approche méthodologique et son cadre de référence conçu autour d'une approche sectorielle ou approche « programme », ce plan décennal représente le cadre de référence pour l'ensemble des actions à mener dans le domaine sanitaire et social au cours de la décennie 1998 – 2007.

Le programme de Développement sanitaire et social 1998 – 2002 (PRODESS I) est la première phase de la mise en œuvre du PDDSS 1998 – 2007.

Initialement prévu en Mars 1998 pour une durée de cinq ans, il n'a été officiellement lancé qu'une année plus tard, après la ratification et mise en vigueur d'un accord de crédit conclu entre gouvernement de la République du Mali et l'IDA, accord entré en vigueur le 9 Juillet 1999 pour une durée de cinq ans.

L'objectif général du PDDSS est d'améliorer l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays.

L'évaluation du PRODESS a montré que.

La progression du nombre de nouveaux centres de santé communautaires tout au long du programme est très satisfaisante puisqu'en Juin 2003, le pays comptait 660 CSCOM dont 655 proposant le paquet minimum d'activités complet pour 650 CSCOM fonctionnels planifiés pour la durée du PRODESS I soit un taux d'atteinte de l'objectif de 101%.

L'objectif de couverture des populations vivant dans un rayon de 15 km est également atteint (72% contre 65% précis).

L'organisation de la référence/évacuation est assumée actuellement dans plusieurs cercles du Mali.

Grâce au programme de périnatalité le système de référence/évacuation pour les urgences obstétricales a vu le jour.

La mise en place du fonds de solidarité nationale et des caisses de solidarité dans certains centres pour la prise en charge des urgences obstétricales dans le cadre la référence/évacuation. Les taux de mortalité infanto-juvénile et infantile ont connus une certaines diminution entre 1996 et 2001 (la période 1991 – 1996, 238 pour 1 000 naissances vivantes et la période 1996 – 2001, 229 pour 1000).

L'analyse du PRODESS I fait apparaître des faiblesses au niveau du processus, et de bonnes performances en ce qui concerne l'extension de l'offre de soins de premier niveau.

Le PRODESS II, qui couvre la période de 2005 – 2009, s'est organisé autour de deux composantes : santé et la composante développement social.

Pour la composante santé des domaines prioritaires ont été définis.

Relativement à ces domaines, des stratégies ont été élaborées pour :

- ✓ Améliorer l'accès géographique aux services de santé (volet 1 du PRODESS II).

- ✓ Améliorer la disponibilité et la gestion des ressources humaines dans le secteur santé (volet 2 du PRODESS II)
- ✓ Protéger les revenus des ménages (volet 5 PRODESS II).
- ✓ Améliorer la participation (également volet 5 du PRODESS II)
- ✓ Rendre adéquat le comportement des ménages et des communautés (également volet 5 du PRODESS II).
- ✓ Améliorer la santé des populations et créer des conditions favorables à la population (volet 6 et 7 du PRODESS II).

Pour harmoniser les interventions il a été élaboré en Mai 2000 un document de référence intitulé « Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali ». Depuis l'élaboration du cadre, certaines évolutions sont intervenues. Il en est suivi plusieurs ateliers et travaux de groupe jusqu'au « cadre conceptuel version finale buis Juillet 2005 ».

Les principes directeurs du processus de mise en œuvre de la référence comportent 3 parties qui répondent aux questions suivantes.

- a- Quels sont les critères de sélection des cercles où l'on peut démarrer le processus ;
- b- Quelles sont les conditions de réussite à remplir pour mettre en place de façon efficace le système ;
- c- Quelles sont les différentes étapes de mise en œuvre du processus.

NB : Dans les cas où ces critères ne seraient pas réunis, la priorité en est de contribuer en premier lieu à les mettre en place pour assurer l'efficacité et la pertinence des interventions ultérieures.

III. LE SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION

1) Préalable du système de référence

- . Personnel complémentaire et indispensable (notamment au moins deux médecins faisant la chirurgie).
- . Equipement disponible, équipement complémentaire, gestion des équipements.

- . Formation en périnatalité et gestion des supports.
- . Moyen de transport (au moins deux véhicules pour le centre dont au moins un disponible pour les évacuations).
- . Matériels et réactifs de groupage.
- . Couverture de premier niveau au moins 30% par la mise en place de CSCOM au niveau du cercle.
- . Disponibilité du RAC au niveau du CSRef et des CSCOM.
- . Mise en place d'un système de collecte des données tant au premier qu'au deuxième niveau permettant d'évaluer le système.

2) Les grands principes du système de référence

Solidarité : Une solidarité entre les différentes aires éloignées et les proches de manière à ce que la distance moyenne soit supportable d'une part et d'autre part entre les ASACO, le centre de santé de référence et 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. Le nombre d'évacués est relativement plus faible dans les aires moins peuplées.

Complémentarité : L'Etat et les communautés (ASACO, Mairies, Malades, ONG) financent en complémentarité ce système de manière à ce qu'il soit péren.

3) Le système de référence/évacuation dans la zone sanitaire de Kéniéba

a) Etat des lieux avant le démarrage du système référence/ évacuation.

Avant le début du système les évacuations obstétricales à Kéniéba étaient caractérisées par le transport des parturientes des CSCOM au CSRef sans supports et à des coûts très élevés.

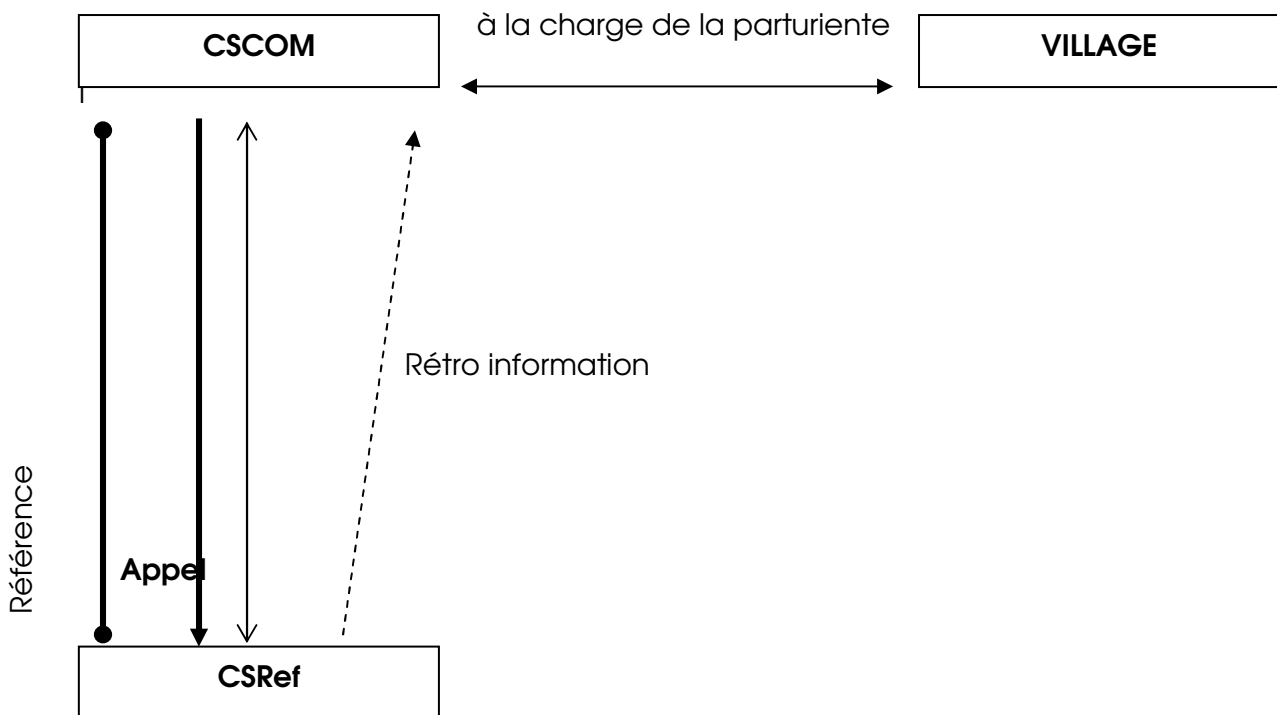
Les moyens de transport étaient :

- ❖ Automobile (véhicules de transport en commun ou véhicules de supervision)
- ❖ Motocycles






- ❖ Vélos
- ❖ Pirogues (pendant l'hivernage pour la traversée du Falémé.
- ❖ Le coût élevé du transport s'expliquait par le fait qu'une parturiente était généralement accompagnée par plusieurs personnes.
- ❖ Le transport dans le hamac pour les villages situés sur la colline.

b) Evacuation après la mise en place du système de référence/ évacuation.

Après la gratuité de la césarienne, c'est en octobre 2005 que le système de référence/évacuation est mis en place dans le cercle de Kéniéba et les patients suivent le circuit suivant :



Légendes

-  Appel du CSCOM pour l'ambulance
-  Aller et retour de l'ambulance
-  Rétro information
-  Village vers CSCOM
-  Référence

b.1 Infrastructures :

- Le CSCOM : l'évacuation est décidée par le chef de poste médical qui saisit le CSRef par R.A.C ou par le téléphone portable afin que l'ambulance lui soit envoyée. La maternité est informée de l'arrivée d'une parturiente dans les prochaines heures. Le chef de poste médical établit une fiche de référence qui explique le motif d'évacuation plus le partogramme qui sont envoyés avec la parturiente.

- Le CSRef : avant l'arrivée de la parturiente, l'équipe de chirurgie est mise en place. A son arrivée, un examen obstétrical est effectué systématiquement par le médecin qui confirme le diagnostic.

En cas d'indication chirurgicale, la parturiente est conduite au bloc.

S'il n'y a pas nécessité d'intervention chirurgicale ou obstétricale, la situation est gérée par une sage-femme selon les recommandations du médecin ou par le médecin lui même.

Le médecin traitant établit une fiche de retro-information au CSCOM qui a effectué l'évacuation.

NB : Le retard est souvent dû à des raisons diverses :

- ❖ Inaccessibilité géographique de certaines zones (Faléa, Kouroukoto et Faraba pendant l'hivernage) ;
- ❖ Longues distances entre certains CSCOM et le CSRéf ;
- ❖ Panne de R.A.C au CSRéf et non couverture du réseau mobile dans certaines localités.
- ❖ L'ambulance n'est pas toujours prête à l'usage par manque de carburant.

b.2 Mécanisme de financement :

Le financement est assuré par un partage des coûts entre les différents acteurs : l'ASACO, la mairie, le conseil de cercle (entretien et la réparation de l'ambulance), l'Etat (kit césarienne) et le CSRéf (la prise en charge du carburant du groupe). Le montant payé par ces différents acteurs varie d'une année à une autre et est attribué aux acteurs par pourcentage (les ASACO =49%, les mairies = 49%, le conseil de cercle = 1% et le CSRéf = 1%).

La gestion de la caisse est sous la responsabilité du comité de gestion de la référence. En cas d'urgence obstétricale, le médecin chef exprime le besoin en carburant au trésorier du comité de gestion qui lui délivre un bon. Le système connaît

actuellement quelques problèmes car tous ces acteurs ne payent pas au complet leurs quottes parts aussi le comité de gestion ne se réunit pas.

IV. LES RAPPELS

A. Physiologie de l'accouchement :

« L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées) ». Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle alors d'avortement. L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée, révolues.

S'il se produit entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine, il est dit à terme [13].

L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de fœtus par voie basse. L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines) qui entraînera une dilatation progressive du col. L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

1. Phénomène dynamique :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal ; des œstrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux œstrogènes.

Les contractions utérines ont pour effet :

- 1 L'effacement et la dilatation du col ;
- 2 La formation de la poche des eaux ;
- 3 Le franchissement des étages de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

2. Phénomène mécanique :

A travers la filière pelvienne, le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou détroit moyen et le détroit inférieur.

3. Le travail d'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. Il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières et rythmées dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps une modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, rythmées, progressives dans leur durée, leur fréquence et leur intensité ; elles

sont totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes :

1^{ère} période ; c'est l'effacement et la dilatation du col : elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

2^{ème} période ; c'est l'expulsion : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus l'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement 15 minutes.

3^{ème} période ; c'est la délivrance : Elle va de la naissance de l'enfant à l'expulsion du placenta et dure 5 à 30 minutes.

La surveillance active du travail d'accouchement permet :

- 1 De réduire la durée du travail ;
- 2 De corriger des anomalies mineures dès leur apparition ;
- 3 De contrôler de façon constante la vitalité fœtale.
 - a) **Pronostic mécanique :** Il est basé sur l'étude du bassin osseux maternel et du volume fœtal dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.
 - b) **Pronostic dynamique :** Il est basé sur l'appréciation des contractions utérines, de la dilatation et l'effacement du col,

l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

- c) **Pronostic fœtal** : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme. Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

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

1 Les contractions utérines

2 Les modifications du col

Le col doit être souple dilatable de longueur inférieure à 1,5 cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice.

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

La poche des eaux à un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un

signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [1].

4 L'évolution de la présentation :

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur.

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

5 L'état du fœtus.

Les bruits du cœur fœtal sont bien audibles en dehors des contractions utérines, le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modification des bruits du cœur en intensité et en fréquence.

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

B. Thérapeutiques obstétricales :

1) La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué.

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie.

Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

1. Les présentations dystociques
2. le placenta praevia hémorragique
3. L'hématome rétro - placentaire
4. l'éclampsie et la toxémie gravidique
5. La procidence du cordon battant
6. Disproportion foeto-pelvienne
7. Utérus cicatriciel plus bassin limite
8. Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques
9. La souffrance fœtale
10. Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires
11. Le gros fœtus en présentation du siège

12. Présentation du siège chez une primigeste.

2) **Le forceps :**

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles.

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale.

D'autres indications sont : diamètre bi-pariétal élevé supérieur à 9,5 cm, l'état de fatigue maternelle. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et le fœtus.

3) **Quelques manœuvres obstétricales :**

a. **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 médium de la 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 placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- o Fléchir la tête
- o Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.

- o Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire

en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus branchial, élongation médullo-bulbaire).

b. La manœuvre de Bracht :

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante : dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

c. La grande extraction du siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

1^{er} temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied : s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} temps : L'accouchement du siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs.

Au moment du dégagement orienter le bitrochantérien 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, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} 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 antéro – postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et 3^{ème} doigts le long du bras antérieur 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 antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} temps : Accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4^{ème} temps particulièrement indiquée.

V. LES MOTIFS D'EVACUATION ET DE REFERENCE

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développements dû entre autres à l'insuffisance d'infrastructures Socio Sanitaires et le bas niveau d'instruction.

L'évacuation obstétricale d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert d'une parturiente d'un centre médical vers un autre mieux équipé.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que foetal réservé. La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement,

au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme. Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'HTA et ces complications (éclampsie).

A) Les hémorragies :

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

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

1. La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

C'est l'urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare si non exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées [3].

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructures socio-sanitaires, d'insuffisance de personnel qualifié et ou mal reparti.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou

pendant le travail. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'une des causes les plus fréquentes en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais l'intervention chirurgicale est quant à elle seule insuffisante et doit être complétée par la lutte contre le choc hypovolémique et par celle de l'infection.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : la rupture utérine compliquée de lésions de voisinage ; irrégulière et étendue, accompagnée de lésions vasculaires ; la rupture datant de plus de 6 heures même lorsqu'elle est moins grave[15].

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (ovaires et trompes laissés en place), cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

2. L'hématome rétro-placentaire : H.R.P :

Ce système réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) alors que le fœtus est encore dans l'utérus [4]. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse, ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant

du simple éclatement d'infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause de l'hématome rétro-placentaire n'est pas connue avec précision. Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP.

- 1 Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtes à la confusion avec le placenta praevia.
- 2 Les formes moyennes, dans les quelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.
- 3 Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur la face maternelle du placenta.
- 4 Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.
- 5 L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Elle peut se compliquer aussi de nécrose corticale du rein : sur le plan hémodynamique, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une défibrination vasculaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire,

puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécroses glomérulaires étant définitives [10].

En présence de l'H.R.P il faut :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.
- Effectuer une césarienne pour sauver la mère et le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications en cas d'hémorragies incoercibles après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

3. Placenta praevia hémorragique :

C'est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus. Il s'attache tout en entier sur la muqueuse corporeale devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse.

Le placenta praevia se manifeste au 3^e trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

C'est une extrême urgence obstétricale pour le pronostic foetal et maternel.

Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vive, abondante, indolore et inopinée [7].

En présence d'un PPH il faut :

- Prendre une voie veineuse efficace
- Rompre les membres dans le but d'arrêt d'hémorragie lorsqu'elles sont accessibles
- Extraire le fœtus le plus rapidement possible si vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

4. Les hémorragies du post-partum immédiat :

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général [14].

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico - chirurgical avec service de réanimation.

B) L'hypertension artérielle et ses complications :

1. La toxémie gravidique ou pré éclampsie :

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de

la grossesse définit en **1986**, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure.

La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300 mg par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l à 3 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et collaborateurs décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quel que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores. Les oedèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister. L'évolution peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et hellp syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

2. L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail, ou plus rarement les suites de couches. Les crises éclamptiques ne sont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes y meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accident iatrogène lié au coma post- critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- 1 Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le diazépan et le sulfate de magnésium. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le pentothal en cas d'échec de ces traitements.
- 2 La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilât) et les diurétiques dans le post-partum.

C) L'utérus cicatriciel :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturée ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico – chirurgical. Toute dystocie ; même mineure doit être

traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la première césarienne ne relevait pas d'une indication permanente, c'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta praevia.

D) Les dystocies :

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine ;
- Dystocie mécanique en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne ;
 - Un obstacle preavia ou anomalie des parties molles.

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

1. Les dystocies d'origine fœtale :

a. La 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 une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106cm correspondent dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne.

b. Les présentations dystociques :

La présentation du sommet est la plus eutocique, celles dystociques sont représentées par :

- **La présentation du siège** : la présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12% selon Delecour, 18% au centre Foch. (6)

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

- **La présentation de la face** : c'est la présentation de la tête bien défléchie. L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front, contrairement aux variétés antérieures, les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou

engagés en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

- **La présentation du front : C'est une présentation** intermédiaire du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.
- **La présentation transversale ou présentation de l'épaule :** 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.
- **La procidence du cordon :**

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus.

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

- **La souffrance fœtale :**

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, et aussi par la découverte d'un liquide

amniotique méconial.

La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale.

2. Dystocies d'origine maternelle :

a) La dystocie dynamique :

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir :

- D'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie.
- D'une anomalie par insuffisance de contractions utérines ou hypocinésie.
- D'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être diagnostiquées par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

b) Bassins pathologiques :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont

responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse, on peut souvent recourir à la radio pelvimétrie.

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leur bassin :

- 1 Celles dont l'état nécessite une césarienne (bassins chirurgicaux).
- 2 Celles chez lesquelles l'épreuve du travail est indiquée (bassins limites).
- 3 Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse (bassins normaux).

Pour un enfant de poids normal si :

- 1 Le promonto-retro pubien est évalué à moins de 8 cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.
- 2 Le promonto-retro pubien est entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est meilleure sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- 1 La femme doit être en travail
- 2 Le col dilaté (3 à 4 cm)
- 3 La présentation du sommet
- 4 Le poids de fœtus normal

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des

membranes, qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état foetal, de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col.

L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne. Les dystocies peuvent être responsables :

- 1 Chez la mère de :
 - Rupture utérine.
 - Hémorragie de la délivrance
 - Travail prolongé avec infection du liquide amniotique
- 2 chez le fœtus :
 - Souffrance fœtale
 - Mort fœtale in utero
 - Mortalité néonatale précoce.

Méthodologie

1- CERCLE DE KENIEBA

1.1 HISTORIQUE DU CERCLE DE KENIEBA

Le nom de keniéba vient d'une expression malinké signifiant beaucoup de sable : « kenié » = sable et « Ba » = beaucoup.

Le 12 février 1942, le poste administratif colonial fut transféré de Satadougou à Kéniéba et divisé en cantons.

Après l'indépendance Kéniéba fut érigé en cercle en 1961 avec six arrondissements. Les arrondissements ont été créés sans tenir compte de ce premier découpage colonial. Aussi le découpage du cercle en communes ne s'y est pas référé. Cependant la plupart des ASACO fonctionnelles a pris le nom de leur ancien canton.

1.2 Présentation du cercle de Kenieba :

Keniéba fait parti des 7 cercles de la région de Kayes et couvre une superficie de 16 800 Km² pour 192 845 habitants en 2008 avec une densité de 11,47 habitant / km².

Le taux d'accroissement de la population est 2,9%

Le cercle de Keniéba est limité :

Au Nord par les cercles de Kayes et Bafoulabé

Au Sud par la République de Guinée Conakry

A l'Est par le cercle de Kita

A l'Ouest par la République du Sénégal

Le cercle de Keniéba est composé de 12 communes rurales constituées par 202 villages et 624 hameaux.

Le cercle de Kéniéba comprend 22 aires de santé théoriques dont 17 sont fonctionnelles.

Dans le cercle de Kéniéba il y a des établissements privés.

- ❖ Clinique de la Falémé (Djidian) ;
- ❖ Cabinet de soins Lafia (Tabacoto) ;
- ❖ La clinique de Société Minière de Loulo ;
- ❖ La clinique de la TAMICO (Société Minière de Tabacoto)

Tableau de la situation du personnel dans les CSCOM à la date du 31/12/2008.

Aire de santé	Médecin	TSS	TS	Matrone	IO	Gérant	Autres
Dabia	0	1	0	1	0	1	1
Darsalam	0	0	0	0	0	0	1
Diabarou	0	0	0	1	1	1	1
Dialafara	0	1	0	1	0	1	1
Dittin	0	0	0	0	0	1	1
Dombia	0	1	0	1	0	1	1
Falea	0	0	1	1	0	1	1
Faraba	0	1	0	1	0	1	1
Guene-Goré	0	1	0	1	0	1	1
Guindinsou	1	0	0	1	0	1	0
Kassama	0	0	1	1	0	1	0
Kenieba	0	1	0	0	0	1	2
Kouroukoto	0	0	1	0	0	1	1
Sagalo	0	0	1	1	0	1	0
Sanfagalada	0	0	1	1	0	1	0
Sitakily	0	1	0	1	0	1	1
Tabacoto	0	0	1	1	0	1	0
Total	1	7	6	13	1	16	13

NB : Dans les CSCOM à la date du 31/12/2008, il n'y avait aucune Sage – Femme parmi le personnel sanitaire.

1.3 Situation Socio-culturelle :

Elle reste encore traditionnelle dans sa grande composante. L'influence de l'islam est dominante. On compte cependant quelques communautés chrétiennes dans la commune.

L'analphabétisme, le chômage et la délinquance demeurent les fléaux sociaux importants.

1.4 Education :

La commune abrite plusieurs établissements d'enseignement fondamental et un lycée,

2. Cadre de l'étude :

Notre étude a eu lieu à la maternité du Centre de Santé de Référence de Kenieba.

2.1 Présentation du centre santé de référence de kénéiba Il comprend plusieurs services et unités qui sont :

- ❖ Un service de médecine avec trois salles d'hospitalisation et chaque salle est équipée de quatre lits.
- ❖ Une maternité composée d'une salle d'accouchement avec deux tables, deux salles de suites de couches comportant 4 lits, une salle pour les césariennes et les autres urgences, trois bureaux pour les trois sages femmes et enfin une salle de garde. Dans les bureaux des sages femmes se font les CPN et les consultations de PLANING /FAMMILIAL.

- ❖ Un service d'hygiène
- ❖ Un service de chirurgie qui comprend un bloc opératoire avec 2 salles d'opération et trois salles d'hospitalisation
- ❖ Un service du développement social et de l'économie solidaire
- ❖ Une unité de comptabilité
- ❖ Un bloc administratif
- ❖ Un bloc de consultation avec deux salles de consultation
- ❖ Une unité de PEV
- ❖ Un DRC-DV
- ❖ Un laboratoire
- ❖ Une unité chargée de nutrition
- ❖ Une unité chargée du S I S
- ❖ Une salle de documentation
- ❖ Une morgue

Le CSRef de kéniéba compte 39 agents :

- ❖ Trois médecins dont deux à compétence chirurgicale
- ❖ Deux techniciens supérieurs de santé
- ❖ Deux techniciens de labo
- ❖ Deux infirmiers de premier cycle
- ❖ Trois sages femmes

- ❖ Deux infirmières obstétriciennes
- ❖ Cinq matrones
- ❖ Deux techniciens sanitaires d'hygiène
- ❖ Un gestionnaire
- ❖ Un gardien
- ❖ Quatre chauffeurs
- ❖ Quatre manoeuvres
- ❖ Un gérant DRC
- ❖ Un gérant de dépôt de vente
- ❖ Deux aides soignants
- ❖ Une secrétaire
- ❖ Une guichetière
- ❖ Un administrateur des affaires sociales (psycho logue)

2.2 Au niveau organisationnel :

L'équipe dispose de :

- Deux tables d'accouchement ;
- Un bloc opératoire avec deux salles fonctionnelles ;
- un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 Heures réunissant le personnel du service, présidé par le médecin Chef.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés durant la garde, au staff du lundi sont présentés les dossiers de la garde du week-end.

La visite générale des malades hospitalisés est faite tous les jours ouvrables après le staff.

3. Période d'étude : 1er janvier 2008 au 31 décembre 2008 (1 an)

4. Type d'étude : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, transversale et analytique.

5. Méthode d'étude : c'est une étude non probabiliste

6. Critères d'inclusion :

Gestantes référées ou évacuées dans le service pour une cause gynéco obstétricale et provenant d'un centre de santé du cercle de Kéniéba

7. Critères de non inclusion :

-Toute référence /évacuation pour motif non obstétrical.

9. Outils et technique de collecte des données :

- Technique de collecte : c'est l'exploitation des documents
- Outils de collecte : dossiers d'accouchement, partogrammes, registres opératoires.

10. Variables étudiées:

- Age

- Profession
- Situation matrimoniale
- Niveau d'instruction
- Lieu de résidence
- Qualité de l'agent qui a évacué (médecin, sage femme, infirmière obstétricienne, infirmier, matrone, aide soignant).
 - Moyens de communication (téléphone fixe, RAC téléphone mobile)
 - Provenance de la femme (CSCOM, Cabinet, Clinique)
 - Moyens d'évacuation
 - Motif d'évacuation
 - La durée moyenne de parcours entre le centre qui a évacué et le centre de santé de référence de Kéniéba.
- ATCD gynéco obstétricaux, médicaux, chirurgicaux
- TA, Température, coloration des conjonctives
- HU, bruit du cœur fœtal, dilatation du col de l'utérus, état de la poche des eaux, état du bassin.
- Diagnostic retenu
- CAT
- Le pronostic maternel et fœtal

11. Déroulement de l'enquête : l'enquête se faisait dans les après midi en remplissant les fiches d'enquêtes.

12. Analyse des données:

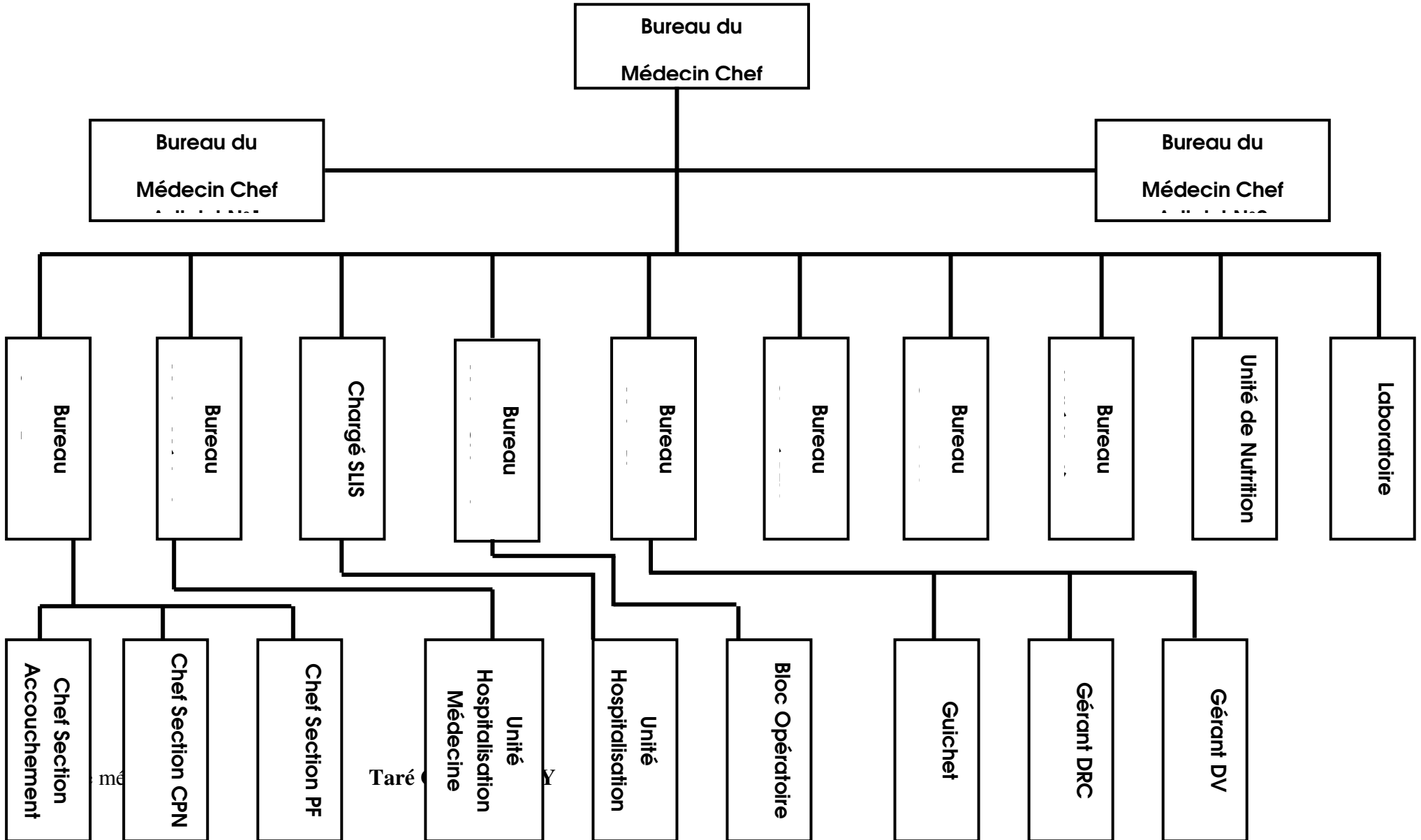
La saisie a été faite sur WORD, l'analyse des données sur le logiciel EPI-INFOS Version 6.

Les tableaux et les graphiques ont été réalisés sur WORD et EXCELL office 2003.

La comparaison des variables qualitatives a été faite avec le test khi2 de Pearson.

L'organigramme de structure du CSRef de Kéniéba est présenté ci après.

ORGANIGRAMME DE LA STRUCTURE SANITAIRE DU CSREF DE KENIEBA



Les Résultats

Tableau I : répartition des cas selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage %
Référés	43	38,39
Evacués	69	61,61
Total	112	100

Tableau II : évolution des références/évacuations durant la période d'étude

Fréquence / mois	Effectif	Pourcentage %
JANVIER	10	8,93
FEVRIER	7	6,25
MARS	8	7,14
AVRIL	14	12,50
MAI	11	9,82
JUIN	10	8,93
JUILLET	11	9,82
AOÛT	9	8,04
SEPTEMBRE	6	5,36
OCTOBRE	8	7,14
NOVEMBRE	10	8,93
DÉCEMBRE	5	4,46
INDETERMINEES	3	2,68
TOTAL	112	100

C'est en Avril qu'il y avait eu plus de références /évacuations avec 12,5%.

Tableau III : REPARTION DES CAS REFERES OU EVACUES SELON LA DISTANCE PARCOURUE

Distance parcourue (km)	Effectif	Pourcentage%
15	19	16,96
30	1	0,89
35	23	20,54
36	1	0,89
45	13	11,61
60	8	7,14
65	7	6,25
70	14	12,50
85	15	13,39
92	1	0,89
99	1	0,89
110	7	6,25
135	1	0,89
Indéterminée	1	0,89
Total	112	100

Les 100% des femmes référées ou évacuées ont parcouru une distance \geq à 15 km.

NB : La distance moyenne est de 75Km, l'extrême inférieure est de 15Km tan disque l'extrême supérieure est de 135Km.

Tableau IV : REPARTITION DES CAS SELON LES TRANCHES D'AGE

Age (en Années)	Effectif	Pourcentage%
14-19 ANS	28	25,00
20-35 ANS	70	62,50
>35 ANS	14	12,50
Total	112	100

La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec 62,50%.

Tableau V : Répartition des cas selon les activités économiques

Activité économique	Effectif	Pourcentage%
Ménagère	82	73,21
Elève	16	14,29
Indéterminée	11	9,82
Autres	3	2,68
Total	112	100

Autres :

- Aide ménagère
- Fonctionnaire

Les ménagères étaient les plus nombreuses avec un effectif de 82 soit 73,21%.

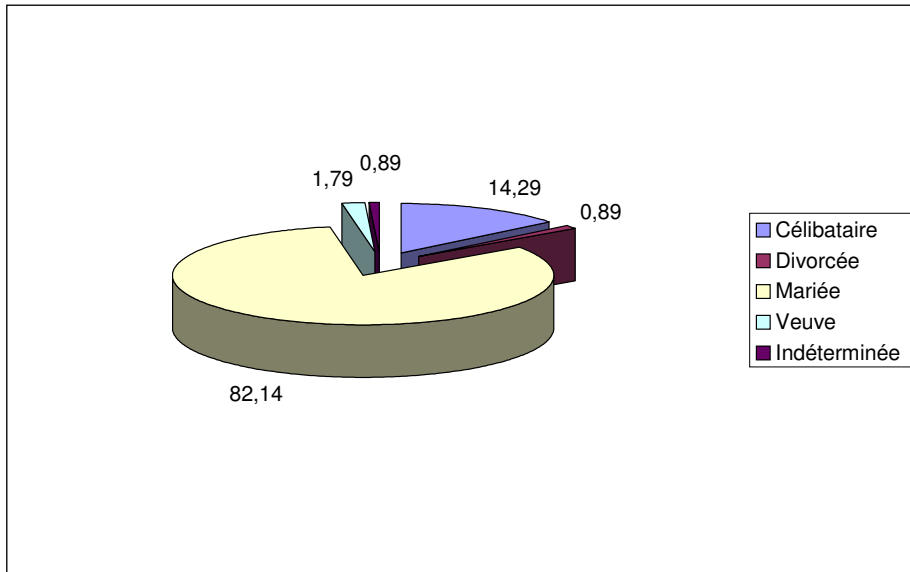


Figure I : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 82,14%.

Tableau VI : Répartition des cas selon l'occupation du conjoint

Occupation du mari	Effectif	Pourcentage%
Commerçant	4	3,57
Fonctionnaire	6	5,36
Paysan	74	66,07
Sans emploi	1	0,89
Indéterminée	27	24,11
Total	112	100,00

Les paysans étaient les plus représentés avec 66,07%.

Tableau VII : Répartition des cas selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage%
Aucun	84	75
Primaire	19	16,96
Indéterminé	9	8,04
Total	112	100

Aucune de ces femmes n'avait un niveau d'étude supérieur.

Tableau VIII : Répartition des cas selon la gestité

GESTITE	Effectif	Pourcentage%
Primi geste (1)	39	34,82
Pauci geste (2; 3)	22	19,64
Multi geste (4; 5)	28	25,00
Grande multi geste (\geq 6)	23	20,54
Total	112	100

Les primi gestes représentaient 34,82%.

Tableau IX : Répartition des cas selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage%
Nullipare (0)	38	33,93
Primipare (1)	12	10,71
Pauci pare (2; 3)	23	20,54
Multipare (4; 5)	22	19,64
Grande multipare (\geq 6)	17	15,18
Total	112	100

Les nullipares étaient les plus représentées avec 33,93%.

Tableau X : Répartition des cas selon la qualification de l'agent qui a procédé à la référence /évacuation

Qualification de l'agent	Effectif	Pourcentage%
Infirmier	70	62,5
Médecin	17	15,18
Matrône	12	10,71
Aide soignant	8	7,14
Indéterminée	5	4,46
Total	112	100

Seuls 15,18% des femmes étaient évacuées ou référées par un médecin.

Aucune femme n'est évacuée ou référée par une sage-femme.

Tableau XI : La répartition des cas en fonction du temps mis entre la prise de décision de la référence /évacuation et le départ de l'ambulance

temps mis entre l'appel de l'ambulance et son départ	Effectif	Pourcentage%
0 - 30mn	4	5,80
31mn-60mn	40	57,97
Plus de 60mn	16	23,19
indéterminé	9	13,04
Total	69	100,00

Chez 23,19% des femmes évacuées, le temps mis entre la prise de décision et le départ de l'ambulance était supérieur à 60mn.

Le temps moyen était de 45mn.

Tableau XII : Répartition des cas en fonction du temps mis entre le départ de l'ambulance et son retour au centre

temps mis entre le départ et le retour de l'ambulance	Effectif	Pourcentage%
moins de 1h	4	6,67
1h - 6h	30	50,00
6h - 12h	23	38,33
Plus 12h	3	5,00
Total	60	100,00

Chez 6,67% des femmes évacuées, le temps mis entre le départ de l'ambulance et son retour était inférieur à 1h.

Le temps moyen était de 6h.

Tableau XIII : Répartition des cas selon le support de référence utilisé.

Supports de référence	Effectif	Pourcentage%
Partogramme	20	17,86
Partogramme + Fiche de référence	30	26,79
Fiche de référence	39	34,82
Aucun	23	20,54
Total	112	100

Dans 20,54% des cas, les femmes référées ou évacuées étaient sans support.

Tableau XIV : Répartition des cas selon le motif de référence/'évacuation

Motif de référence/évacuation	Effectif	Pourcentage%
Hémorragie sur grossesse	13	11,60
H T A sur grossesse	12	10,60
Anémie sur grossesse	10	9,00
Accouchement dystocique	7	6,30
Dilatation Stationnaire	6	5,40
Eclampsie	5	4,50
Grossesse précoce	4	3,60
B G R	4	3,60
Défaut d'expulsion	4	3,60
Procidence du bras	3	2,70
H U excessive	3	2,70
Taille inférieur à 1m 50	3	2,70
Rétention placentaire	2	1,80
D F P	2	1,80
Utérus cicatriciel	2	1,80
Toxémie gravidique	2	1,80
Paludisme sur grossesse	2	1,80
Handicapé physique	2	1,80
V I H positif	1	0,90
Menace d'accouchement prématuré	1	0,90
Processus infectieux	1	0,90
Intervalle intergenegique = 10 ans	1	0,90
Présentation céphalique	1	0,90
Présentation de face	1	0,90
Présentation de siège	1	0,90
Souffrance fœtale aigue	1	0,90
Procidence du cordon	1	0,90
Rupture utérine	1	0,90
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	1	0,90
Epilepsie	1	0,90
Indéterminé	12	10,70
Total	112	100

Tableau XV Répartition des cas selon les antécédents chirurgicaux

Antécédent chirurgical	Effectif	Pourcentage
Césarienne	3	2,68
Cure de prolapsus	1	0,89
Myomectomie	1	0,89
Aucun	107	95,54
Total	112	100

Les femmes sans antécédent chirurgical représentaient 95,54%.

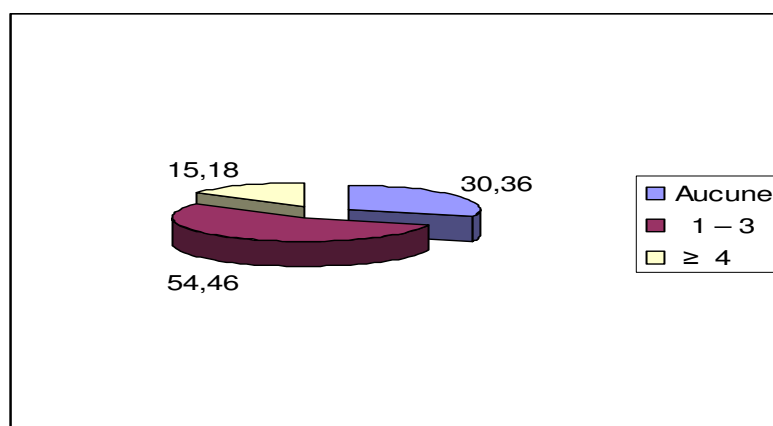


Figure II : Répartition des cas selon le nombre de CPN effectués.

Aucune CPN n'était effectuée chez 30,36% des femmes.

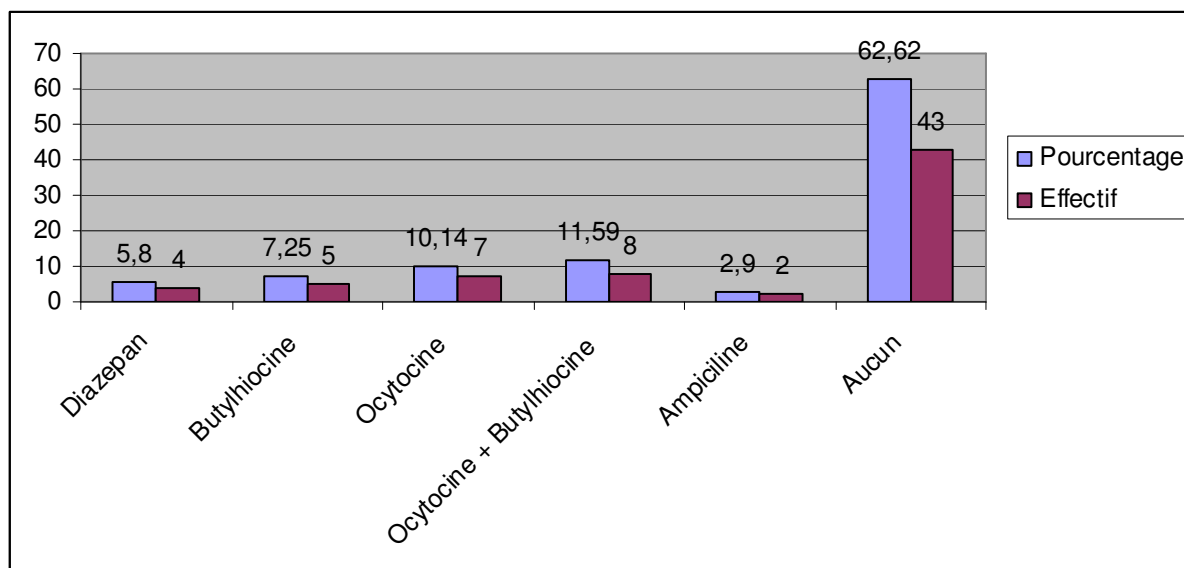


Figure III: Répartition des cas selon le traitement effectué avant l'évacuation en dehors des solutés.

L'ocytocine plus butylhiocine étaient le mode thérapeutique le plus utilisé avant l'évacuation avec 11,59% alors qu'aucun traitement n'a été effectué chez 62,62% des femmes en dehors des solutés.

NB : Toutes les femmes évacuées avaient une voie veineuse avec perfusion de soluté.

Tableau XVI : Répartition des cas selon la tension artérielle

TA (mm hg)	Effectif	Pourcentage
< 140/90	102	90,07
≥ 140/90	10	9,93
Total	112	100

Les femmes hypertendues représentaient 9,93%.

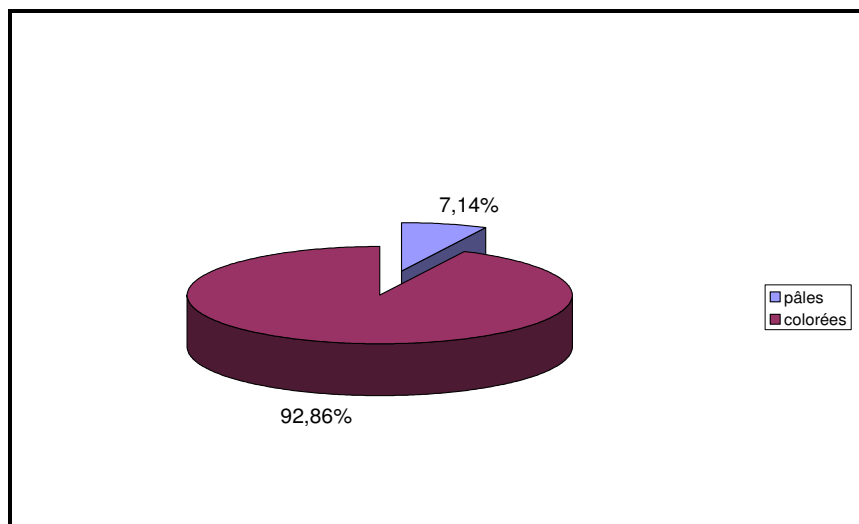


Figure IV : Répartition des cas selon la coloration des conjonctives. Les femmes avec conjonctives pâles représentaient 7,14% des cas.

Tableau XVII Répartition des cas selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Effectif	Pourcentage
< 28 cm	8	7,48
28 – 36 cm	96	89,72
> 36 cm	3	2,80
Total	107	100

Une hauteur utérine supérieure à 36 cm était observée chez 2,80% des femmes.

Tableau XVIII : Répartition des cas en fonction BDCF à l'admission

BDCF (Bpm)	Effectif	Pourcentage%
Absents à l'arrivée	37	34,57
< 120	13	12,15
120 – 160	53	49,53
> 160	1	0,93
Indéterminé	3	2,81
Total	107	100

Les BDCF étaient absents dans 34,57%.

NB : - Une femme était décédée à l'arrivée;

- Quatre femmes avaient déjà accouché.

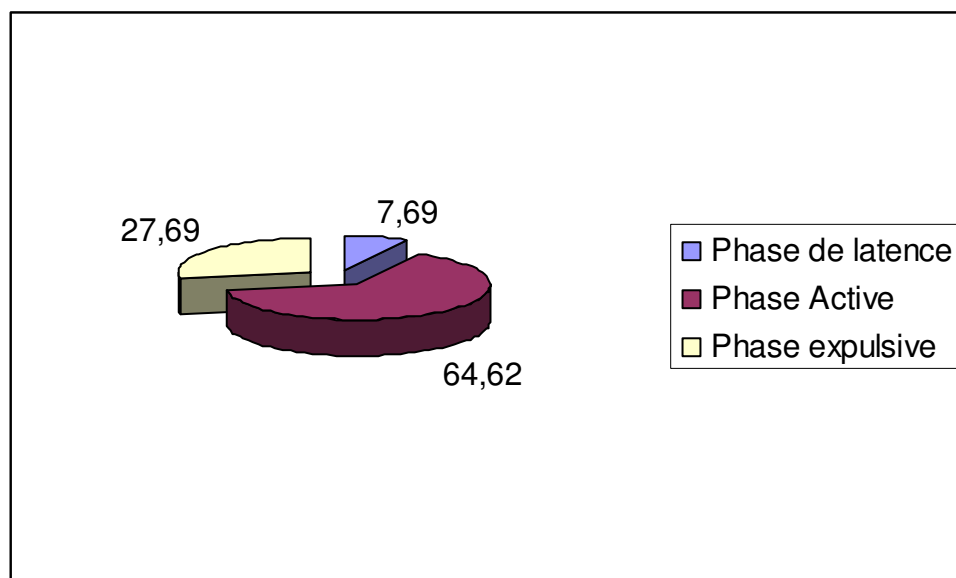


Figure V: Répartition des cas en fonction de la phase du travail d'accouchement.

Les femmes qui étaient venues en phase expulsive représentaient 27,69%.

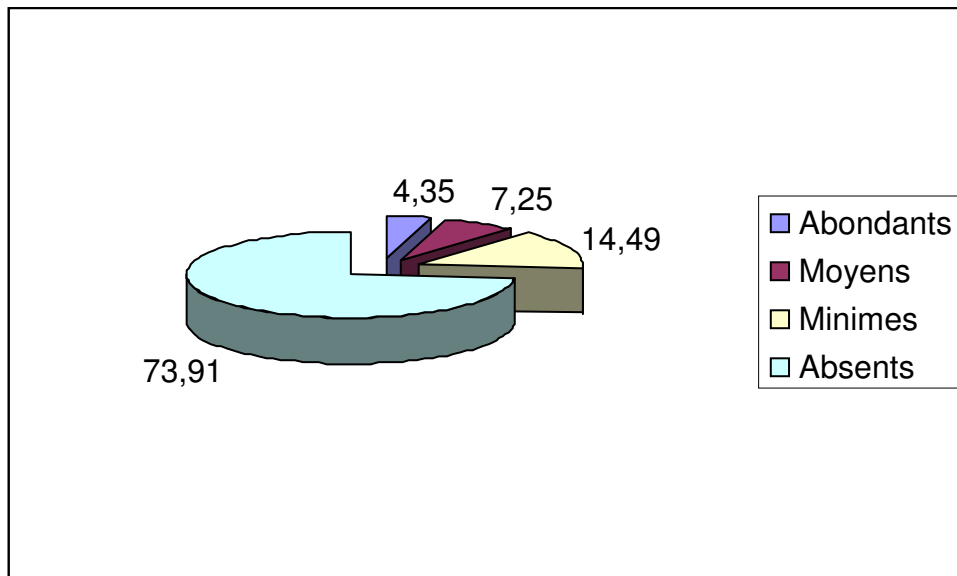


Figure VI: Répartition des cas en fonction de la nature des saignements.

Le saignement était abondant à l'arrivée chez 4,35% des femmes évacuées.

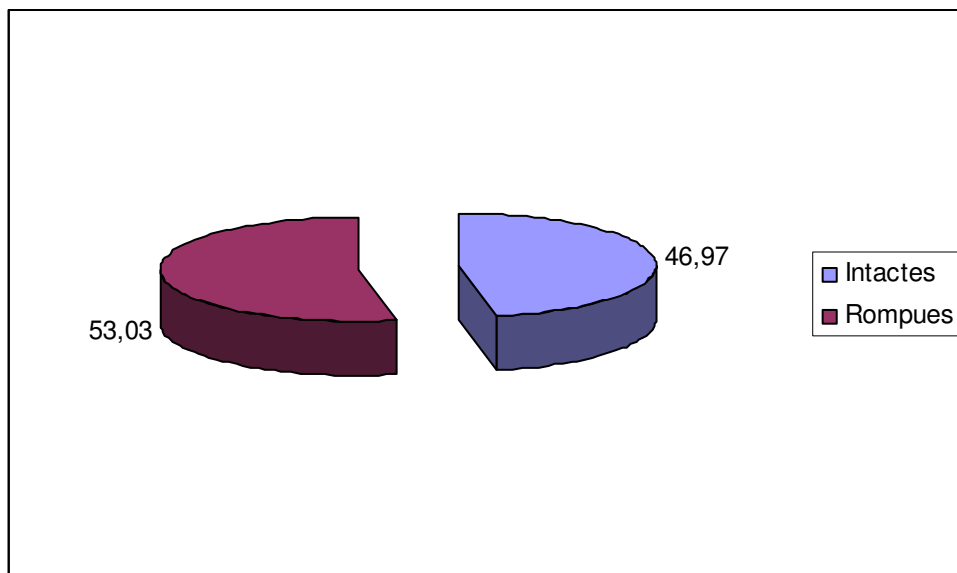


Figure VII: Répartition des cas en fonction de l'état des membranes.

Les membranes étaient intactes à l'arrivée chez 46,97% des femmes évacuées.

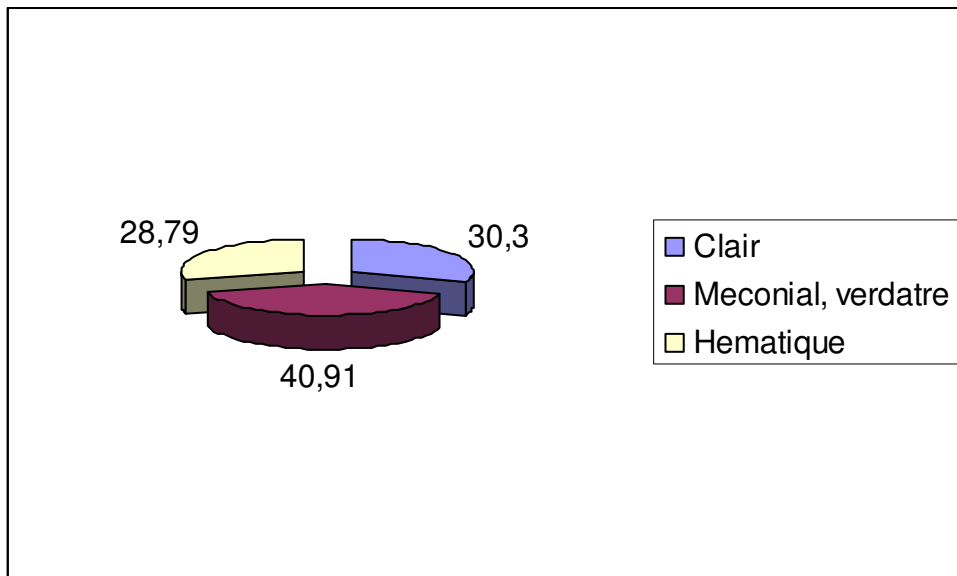


Figure VIII: Répartition des cas en fonction de l'aspect du liquide amniotique après la rupture des membranes.

Le liquide amniotique était clair chez 30,30% des femmes évacuées.

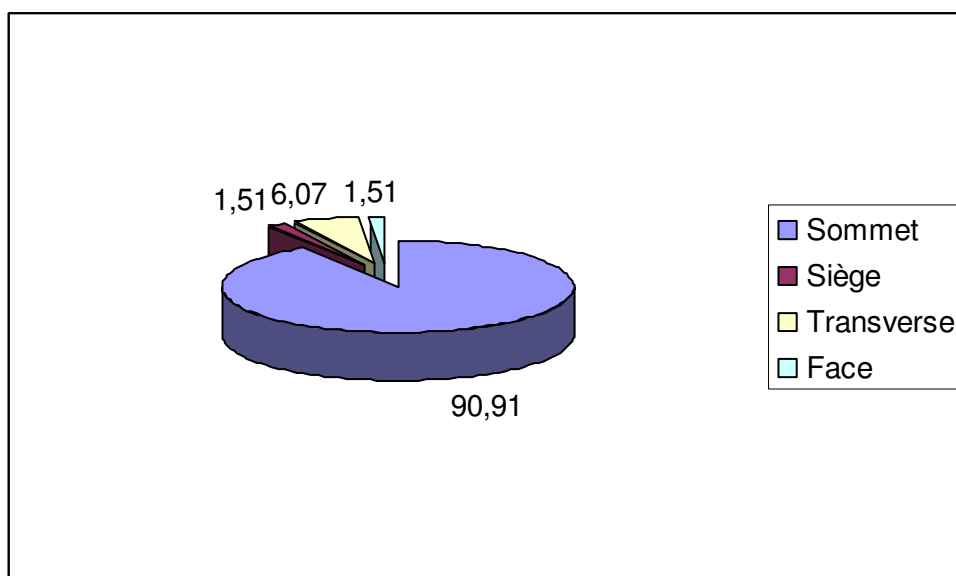


Figure IX: Répartition des cas en fonction du type de présentation.

La présentation du sommet était la plus fréquente chez les femmes évacuées avec 90,91%.

Tableau XIX : Répartition des cas selon l'état du bassin

Bassin	Effectif	Pourcentage%
Asymétrique	1	0,90
Limite	14	12,60
Normal	96	86,50
Total	111	100

Seuls 12, 60% des femmes présentait un bassin cliniquement limite.

NB : une femme dont le bassin n'a pas été examiné était décédée à l'arrivée.

Tableau XX : Répartition des cas selon le diagnostic retenu

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
CUD sur grossesse à terme	10	8,9
Eclampsie	7	6,3
Anémie sur Grossesse	7	6,3
SFA	6	5,4
DFP	5	4,5
Grossesse arrêtée	5	4,5
HRP	5	4,5
HTA sur Grossesse	5	4,5
Rupture Utérine	5	4,5
Bassin immature	4	3,6
Bassin limite	4	3,6
Défaut d'expulsion	4	3,6
Grossesse Normale	4	3,6
Procidence du cordon	4	3,6
Utérus Cicatriciel	3	2,97
Grossesse gémellaire	3	2,7
PP	3	2,7
Dilatation stationnaire	2	1,8
Paludisme sur grossesse	2	1,8
Procidence du bras	2	1,8
Rétention de débris placentaires	2	1,8
Toxémie gravidique	2	1,8
Pré éclampsie surajoute	1	2
Non précisé	1	0,9
Anémie du post Partum	1	0,9
Avortement tardif en cours	1	0,9
BGR	1	0,9
DCD à l'arrivée	1	0,9
Etat palustre	1	0,9
Hypocinésie	1	0,9
mort in utero	1	0,9
Présentation de la Face	1	0,9
présentation du siège	1	0,9
Présentation transverse sur foetus mort	1	0,9
Rétention du 2ème jumeau, procidence du bras	1	0,9
Rétention de la tête dernière	1	0,9

Rétention du 2eme jumeau	1	0,9
Rupture de la poche des eaux	1	0,9
Taille Inférieure a 1m 50	1	0,9
Varice sur grossesse	1	0,9
Total	112	100

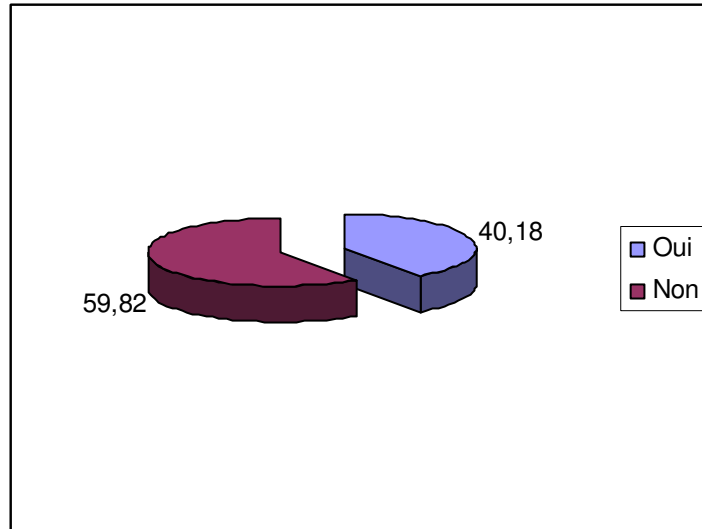


Figure X : Répartition des cas selon la concordance entre le motif de la référence/évacuation et le diagnostic retenu au CS Réf.

Dans 50,82%, il n'y avait pas de concordance.

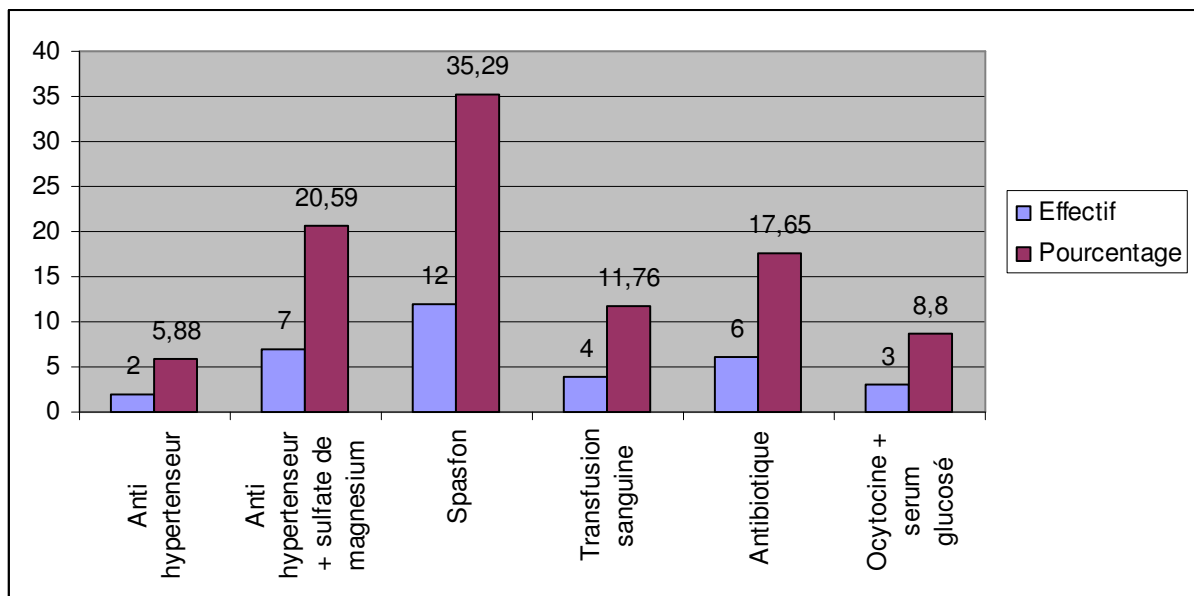


Figure XI: Répartition des cas en fonction des traitements médicaux instaurés au CSRéf.

Le médicament le plus utilisé chez les femmes évacuées était le spasfon avec 35,29%.

Tableau XXI : Répartition des cas selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage%
Voie basse	79	73,80
Voie haute	28	26,20
Total	107	100

Dans 26,20% des cas, la voie d'accouchement était la voie haute.

Tableau XXII : Répartition des cas selon la manœuvre effectuée

Manœuvres	Effectif	Pourcentage%
Aucune	65	75,95
Forceps	8	10,13
Manœuvres obstétricales	6	13,92
Total	79	100

au cours de l'accouchement par voie basse.

Manœuvres obstétricales :

- Manœuvre de Jacquemier =1

- Manœuvre de Moriceau =3
- Manœuvre de Bracht =2

Thérapeutiques obstétricales	Effectif	Pourcentage
Césarienne	28	57,14
Forceps	8	16,32
Autres manœuvres	6	12,25
Hystérorraphie	4	8,17
Révision utérine	2	4,08
Hystérectomie	1	2,04
TOTAL	49	100

Le forceps était pratiqué chez 10,13% des femmes.

Tableau XXIII : Répartition des cas selon la thérapeutique obstétrico chirurgicale effectuée

Une hystérorraphie était effectuée chez 8,17% des femmes.

Tableau XXIV : Répartition des cas selon les Complications observées dans les suites de couches.

Complications	Effectif	Pourcentage%
Septicémie	3	20,00
Suppuration pariétale	3	20,00
Anémie	2	13,33

Endométrite	7	46,67
Total	15	100,00

L'endométrite était la complication la plus fréquente avec 46,67%.

Tableau XXV : Répartition des cas en fonction de la durée d'hospitalisation en jours

Durée d'hospitalisation en jours	Effectif	Pourcentage
< 6	97	86,61
6 – 10	9	8,03
>10	6	5,36
total	112	100

Le séjour était inférieur à 6 jours chez 86,61% des femmes.

Tableau XXVI : Répartition des cas selon le pronostic vital maternel

Pronostic vital	Effectif	Pourcentage
Vivantes	108	96,42
Décédées	4	3,58
Total	112	100

Les femmes décédées représentaient 3,58%.

Tableau XXVII : Répartition des cas selon les causes de décès

Causes de décès	effectif	Pourcentage
Septicémie	2	50
Hémorragie (décès constaté à l'arrivée)	1	25
CIVD (HRP)	1	25
Total	4	100

La septicémie à elle seule avait causé 50% de décès des femmes.

Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés selon leur état à la naissance

Etat du nouveau né	Effectif	Pourcentage%
vivant non réanimé	50	45,04
mort né + décès néonataux précoces	38	34,23
vivant réanimé	23	20,73
Total	111	100,00

Les mort-nés et les décès néonataux précoces représentaient 34,23%.

NB : Il y avait eu 107 accouchements dont 4 sont gémellaires.

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés selon les circonstances de décès.

Circonstances de décès	Effectif	Pourcentage%
SFA	13	34,21
Cause non déterminée	6	15,79
Anémie	5	13,16
Rupture Utérine	5	13,16
Eclampsie	4	10,52

Procidence du cordon	2	5,26
Placenta praevia	2	5,26
Paludisme	2	5,26
Total	38	100,00

La SFA était retrouvée dans 34,21%.

Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés selon la relation entre la distance parcourue par leur mère et leur état à la naissance.

Il s'agit ici seulement des femmes évacuées.

Distance Parcourue (km)	Etat des nouveau-nés			
	Décédés	Vivant Réa	Vivant n Réa	Total
≤ 30 km	3 (09,68%)	5 (22,73%)	9 (64,28%)	17 (25,37%)
31 – 60 km	7 (22,58%)	9 (40,90%)	2 (14,28%)	18 (26,86%)
61 – 90 km	18 (58,06%)	3 (13,63%)	2 (14,28%)	23 (34,33%)
91 – 110 km	2 (06,45%)	4 (18,18%)	1 (7,16%)	7 (10,45%)
≥ 110 km	1 (03,23%)	1 (04,56)	0 (0%)	2 (2,99%)
Total	31 (100%)	22 (100%)	14 (100%)	67 (100%)

Khi²= 32,89

P< 0,05

Il y a une relation entre la distance parcourue par les femmes et l'état de leurs nouveau-nés à la naissance.

NB : au total ils y avaient 69 évacuations dont trois avaient accouché et une décédée à l'arrivée.

Nous avons enregistré deux accouchements gémellaires.

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés selon la relation entre le mode d'admission de leur mère et leur état à la naissance

Mode d'admission des cas	Etat des nouveau-nés à la naissance			
	Décédés	Vivant Réa	Vivant n Réa	Total
Référées	6 (15,79%)	2 (8,69%)	36 (72%)	44 (39,64%)
Evacuées	32 (84,21%)	21 (91,31%)	14 (28%)	67 (60,26)
Total	38 (100%)	23 (100%)	50 (100%)	111 (100%)

Khi²= 48,25

P < 0,05

Il y avait une relation entre le mode d'admission et l'état des nouveau-nés à la naissance.

Tableau XXXII : Répartition des cas selon la relation entre le mode d'admission et le pronostic maternel

Mode d'admission des cas	Pronostic maternel		
	Vivant	Décédés	Total
Référés	43 (39,81%)	0 (0%)	43 (38,39%)
Evacués	65 (60,19%)	4 (100%)	69 (61,61%)
Total	108 (100%)	4 (100%)	112 (100%)

Les quatre femmes décédées étaient des évacuées.

Tableau XXXIII : Répartition des cas selon la relation entre le mode d'admission et l'âge maternel.

Mode d'admission des cas	Age maternel (ans)			
	14-19	20-35	≥35	Total
Référées	18 (64,29%)	22 (31,43%)	3 (21,43%)	43 (38,39%)
Evacuées	10 (35,71%)	48 (68,57%)	11 (78,57%)	69 (61,61%)
Total	28 (100%)	70 (100%)	14 (100%)	112 (100%)

Khi²= 6,31

P>0,05

Il n'y a pas de relation entre l'âge des femmes et le mode d'admission.

Tableau XXXIV : Répartition des cas selon la relation entre le nombre de CPN fait par leur mère et l'état des nouveau-nés à la naissance

Etat des nouveaux- nés à la naissance	Nombre de CPN			
	0	1-3	≥4	Total
Décédés	17 (50%)	12 (29,67%)	9 (56,25%)	38 (34,23%)
Vivant Réa	9 (26,47%)	13 (21,31%)	1 (06,75%)	23 (20,71%)
Vivant non Réa	8 (23,53%)	36 (59,02%)	6 (37,5%)	50 (45,06%)
Total	34 (100%)	61 (100%)	16 (100%)	111 (100%)

Khi2= 17,17

P<0, 05

Il y avait une relation entre l'état des nouveau-nés à la naissance et le nombre de CPN effectué par leur mère au cours de la grossesse.

Tableau XXXV : Répartition des nouveau-nés selon la relation entre la parité leur mère et leur état à la naissance

Parité Etat Des NNés à la naissance	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Décédés	7 (18,42%)	4 (33,36%)	10 (43,48%)	11 (52,38%)	6 (35,29%)	38 (34,23%)
Vivant Réa	14 (36,84%)	2 (16,64%)	3 (13,04%)	3 (14,28%)	1 (05,88%)	23 (20,72%)
Vivant non Réa	17 (44,74%)	6 (50%)	10 (43,48%)	7 (33,34%)	10 (58,83%)	50 (45,05%)
Total	38 (100%)	12 (100%)	23 (100%)	21 (100%)	17 (100%)	111 (100%)

Khi2= 14,78

P> 0,05

Il n'y avait pas de relation entre la parité de la mère et l'état de leurs nouveau-nés.

Tableau XXXVI : Répartition des cas selon la relation entre la distance parcourue et le pronostic maternel

Pronostic Maternel	Distance parcourue					Total
	≤30km	31-60km	61-90km	91-110KM	>110km	
Décédés	0 (0%)	2 (11,11%)	0 (0%)	1 (11,11%)	1 (50%)	4 (%)
Vivant	17 (100%)	16 (88,89%)	23 (100%)	8 (88,89%)	1 (50%)	107 (%)
Total	17 (100%)	18 (100%)	23 (100%)	9 (100%)	2 (100%)	111 (100%)

Khi2=18,23

P<0,05

Il y avait une relation entre la distance parcourue et le pronostic maternel.

Commentaires et Discussion

Nous avons réalisé une étude rétrospective qui a porté sur 112 femmes référées ou évacuées au C.S.Réf de Kéniéba du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2008.

Ces femmes sont réparties en 2 groupes.

Le premier groupe: concernait les femmes porteuses de grossesse à risque qui ont été référées au C.S.Réf de Kéniéba pour suivi prénatal et accouchement

Le deuxième groupe : concernait les femmes évacuées au C.S.Réf pour une urgence obstétricale.

I. Fréquence

Au cours de l'année 2008 nous avons enregistré 712 accouchements à la maternité de Kéniéba dont 112 référées ou évacuées soit une fréquence de 15,73%.

Nous avons reçu 21 femmes venues d'elles même en situation urgence. Ces femmes présentaient des avortements précoces et des GEU.

Sur 112 cas 69 cas étaient évacués soit une fréquence de 61,61%. Rapportés au nombre total d'accouchement par an, les évacués représentaient alors 9,60%.

Moussa Balla Diarra [23] a trouvé dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point G une fréquence de 38,77%.

Mamadou Katilé [24] a trouvé 33,2% dans la zone sanitaire de Selingué.

La fréquence des évacuations est variable selon les structures sanitaires. Elle dépend de la densité de la population et de la qualité des agents sanitaires.

II. Evolution des références évacuations pendant la période d'étude

C'est en avril qu'il y avait eu plus de références/évacuations avec 12,5%. Abdoulaye Boubacar Coulibaly [25] avait trouvé que c'est en mois de juillet que la fréquence des références / évacuations était plus élevée avec 14,5%. Dans une étude effectuée au C.S.Réf de la CV.

Ce taux de références / évacuations élevé en avril dans le cercle de Kéniéba peut être dû à une meilleure accessibilité du C.S.Réf au cours de cette période qui ne coïncide pas avec la saison des pluies et les activités champêtres et où les routes sont plus praticables.

III. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1) L'âge

Les extrêmes étaient 14 et 45 avec une prédominance de la tranche d'âge de 20-35 ans soit 62,50%. L'âge moyen était de 30 ans.

Ce résultat était comparable à celui trouvé au C.S.Réf CV par Abdoulaye Aboubacar Coulibaly [25] avec 68,20%.

Moussa Balla [23] avait trouvé dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point G une tranche d'âge prédominante qui était de 14 à 19 ans, soit 48,09%.

Il est classique de dire que les âges extrêmes avant 20 ans et après 35 ans constituent un facteur de risque pour la grossesse. Les parturientes de moins de 20 ans présentent une immaturité psychologique et physiologique qui peut conduire vers une dystocie.

2) Statut Matrimonial et Profession

Les femmes mariées étaient les plus fréquentes avec un effectif de 92, soit 82,14%. Quant à la profession, les ménagères étaient les plus nombreuses avec 73,21%. Ce résultat était comparable à celui apporté par Moussa Balla Diarra [23] qui trouvait respectivement 88,46% et 84,75% de femmes mariées et de ménagères.

IV. FACTEURS DE RISQUE : CPN

Dans 34% des cas les femmes n'avaient fait aucune CPN.

Seul 15,18% des femmes avaient fait moins 4 CPN .

Chez Moussa Balla Diarra, 43, 55% des parturientes n'avaient fait aucune CPN.

V. Distance Parcourue

Toutes les femmes évacuées avaient parcouru une distance \geq à 15 Km avec les extrêmes allant de 15Km à 135 Km.

NB: Toutes les femmes évacuées, quelle que soit la structure; étaient transportées par l'ambulance gratuitement.

Le transport des femmes des CSCOM au C.S.Réf était à la charge des structures suivantes: les mairies, les ASACO.

Le conseil de cercle s'occupait de l'entretien et la réparation de l'ambulance.

Le CSRéf s'occupait de la prise en charge du carburant du groupe.

L'Etat fournissait les kits de césarienne.

VI. Qualité de la référence/évacuation

1) La qualité de l'agent qui procède à la référence/ évacuation

L'agent de santé qui procède à la référence / évacuation pose le diagnostic en fonction de ses compétences et de l'équipement disponible.

Les femmes référées ou évacuées par les infirmiers (chefs de postes médicaux) représentaient 62,50%.

Selon Moussa Balla Diarra [23] les sages femmes et les médecins procédaient le plus à la référence / évacuation avec respectivement 41,20% et 40,03%.

Le taux élevé de la référence / évacuation par les agents non qualifiés en obstétrique expliquait la faible concordance entre le motif de référence/évacuation et le diagnostic retenu au C.S.Réf.

2) Documents de la référence / évacuation

Les supports de la référence/évacuation sont indispensables pour la bonne compréhension de la situation d'urgence et du motif de référence/évacuation.

Le caractère urgent ne figurait pas sur les supports.

Cependant au cours de notre étude, 30 femmes évacuées avaient un support au complet (partogramme + fiche de référence/évacuation) et 39 femmes possédaient une fiche de référence/évacuation alors que 23 femmes, soit 20,54% n'avaient aucun support.

Chez 50 femmes évacuées, soit 44,64% on trouvait un partogramme avant l'évacuation. Ce résultat est nettement supérieur à celui de Moussa Balla Diarra [23] qui trouvait que seuls 22,65% des femmes étaient évacués avec un partogramme. Ce taux élevé de femmes avec partogrammes dans notre étude montre l'importance accordée à ces derniers par les agents de santé qui procédaient à l'évacuation.

3) Temps mis entre l'appel de l'ambulance et son départ du CSRéf

Ce paramètre est très important et permet d'évaluer la rapidité dans la prise en charge des urgences.

Le pronostic foeto-maternel peut dépendre de la rapidité de prise en charge des urgences.

Ce paramètre n'a pas été évalué dans 13,04 %.

Dans 23% des cas le temps mis entre l'appel de l'ambulance et son départ du CSRéf était >60mn. Ce retard était dû au protocole d'acquisition du carburant.

Cela traduit des insuffisances dans l'organisation du système de référence/évacuation.

4) Temps mis entre le départ de l'ambulance du CSRéf et son retour.

Le temps moyen mis entre le départ de l'ambulance et son retour était de 6h.

Dans 43, 33% des cas, le temps mis était >6h.

Ceci était dû à l'état des routes et aux distances à parcourir, souvent très longues.

VII Les motifs de référence/évacuation

D'une manière générale les motifs de référence/évacuation étaient en rapport avec les urgences obstétricales et les facteurs de risques détectés au cours des CPN.

Les motifs de référence/évacuation les plus fréquemment rencontrés au cours de notre étude étaient :

- L'hémorragie sur grossesse 11,60%;
- H T A sur grossesse 10,70%;
- Accouchement dystocique 6,30%.

Moussa Balla Diarra [23] au service de Gynéco Obstétrique du CHU du Point G trouvait que les motifs les plus fréquents étaient la dilatation stationnaire avec 14,3% et l'utérus cicatriciel avec 9,4%.

VIII Examen clinique

1) Antécédents chirurgicaux

Notre étude a montré que 95,54% des femmes n'avait aucun antécédent chirurgical par contre 2,68% des femmes avait au moins un antécédent de césarienne.

Moussa Balla Diarra [23] trouvait dans son étude que 76,26% des femmes n'avait aucun antécédent chirurgical par contre 20,82% avaient un antécédent de césarienne.

2) Antécédents obstétricaux : La parité

Les nullipares représentaient la tranche la plus importante avec un effectif de 38, soit 33,93%. Ce résultat était comparable à ceux trouvés par Moussa Diarra [23] et Abdoulaye Boubacar

Coulibaly [25] soit respectivement 32,70% et 30,60%.

3) Le traitement institué avant l'évacuation :

Le traitement le plus effectué avant l'évacuation était de butylhiocine plus ocytocine avec 11,59%. Dans 62,62% des cas les femmes évacuées n'avaient reçu aucun traitement. Moussa Balla Diarra [23] trouvait que 67,74% des femmes n'avaient fait aucun traitement.

4) L'examen Général

a) **Coloration des muqueuses** : Chez 82,86% des femmes les muqueuses étaient bien colorées.

Ce résultat se rapprochait de celui de Moussa Balla Diarra [23] soit 86,80%

b) Examen obstétrical :

➤ **Hauteur utérine** : Notre étude montrait que dans 2,80% la hauteur utérine était supérieure à 36cm. Ce résultat est inférieur à celui d'Altanata [27] qui trouvait dans son étude 10,2% de hauteur utérine supérieure à 36cm.

➤ **BDCF** : Les BDCF n'étaient pas audibles dans 34,37% des cas. Ils étaient compris entre 120 et 160 dans

49,53%. Macalou M [26] trouvait dans son étude que dans 29,80% les BDCF n'étaient pas audibles.

- **Phase du travail d'accouchement** : les femmes évacuées en phases expulsives étaient au nombre de 18, soit 27,69%. Chez Moussa Balla Diarra [23] 19,80 des femmes était en phase active.
- **L'état des membranes** : les membranes étaient rompues à l'arrivée chez 53,03% des femmes. Chez Sinaba F [28] 89% des patientes avaient les membranes rompues à l'arrivée. Les complications les plus fréquentes pour ces femmes étaient l'endométrite associée à l'anémie.
- **L'aspect du liquide amniotique** : Le liquide amniotique était clair chez 30,30% des femmes et teinté chez 40,91%. Moussa Balla Diarra [23] trouvait qu'il était clair chez 43,68% des femmes.
- **Type de présentation** : La présentation du sommet était la plus fréquente avec 90,91% des cas alors qu'elle était de 84,20% chez Macalou B [26] et 86,5% chez Mamadou Kotilé (24)
- **Etat du bassin** : Notre étude montre que 12,60% des patientes avaient un bassin cliniquement limite. Ce résultat est nettement supérieur à celui de Sinaba F [28] qui trouve dans son étude 3,40% de bassins cliniquement limites.

5) Diagnostic retenu au CSRéf

Parmi les référées ou évacuées, 40,18% des cas avaient un motif de référence/évacuation qui concordait avec le diagnostic retenu au CSRéf.

Ce faible taux de concordance expliquait un manque de personnel qualifié en obstétrique.

Les causes couramment rencontrées étaient :

- L'éclampsie 6,30%

- L'anémie 6,30%
- La souffrance fœtale aigue 5,40%

Les diagnostics retenus par Moussa Balla Diarra [23] étaient :

- La dilatation stationnaire 15,10% ;
- Travail d'accouchement normal 13,9%;
- La souffrance fœtale aigue 7,92%.

IX) Conduite à tenir

La voie d'accouchement et la conduite à tenir dépendent du diagnostic retenu et de l'état de la parturiente.

Le traitement médical le plus fréquent était les antispasmodiques dans 35,29% des cas.

NB : 12 femmes évacuées avaient été groupées en urgence au C.S.Réf dont trois avaient bénéficié d'une transfusion sanguine.

Les femmes qui avaient accouché par voie basse représentaient 73,80%.

Abdoulaye Boubacar Coulibaly [25] trouvait un taux d'accouchement par voie basse de 49,70%.

Moussa Balla Diarra [23] avait trouvé au CHU du Point G 25,07% d'accouchement par voie base et la césarienne gratuite était réalisée chez 26,20% des femmes accouchées.

X) Pronostic maternel

L'état de certaines femmes évacuées était aggravé par le retard de prise en charge.

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 3,70% de décès maternels. Il était de 2,73% chez Moussa Balla Diarra [23].

Les principales causes de ces décès étaient:

- La septicémie avec 50%.
- L'hémorragie avec 25%.
- Le CIVD secondaire à une HRP avec 25%.

XI) Pronostic foetal

Il est fonction de la pathologie associée à la grossesse et l'évolution de l'accouchement.

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 35,80% de mort-nés.

Abdoulaye Boubacar Coulibaly [25] au C.S.Réf CV avait trouvé 3,2% de mort-nés.

Les circonstances de survenue de cette morti-naissance était:

- La SFA avec 23,16%
- Les causes non déterminées avec 15,79%.
- La rupture utérine avec 13,16% ;

Le taux élevé de cette morti-naissance à Kéniéba pourrait être lié, au retard mis entre l'appel de l'ambulance et son départ ; à la qualité des agents qui procédaient à la référence/évacuation et aux thérapeutiques inappropriées effectuées avant la référence/évacuation.

XII) Résultats analytiques :

1 Relation entre l'âge et mode d'admission.

Chez les femmes de 14 à 19 ans, 64,29% étaient référées contre 35,71% évacuées tandis que chez les femmes de 20 à 35 ans, 31,43% étaient référées contre 68,57% évacuées.

La différence entre ces 2 groupes quelque soit le mode d'admission n'était pas significative ($P > 0,05$). Il y avait pas donc de lien entre l'âge et le mode d'admission.

2 Relation entre l'état des nouveau-nés à la naissance et la distance parcourue par leur mère

Chez les nouveaux-nés non réanimés à la naissance 64,28%, la distance parcourue pendant la référence/évacuation était inférieure ou égale à 30 km tandis que chez les nouveaux-nés réanimés à la naissance dans 40,90% cette distance était comprise entre 31- 60 km. Les longues distances parcourues au moment des évacuations avaient un effet néfaste chez le nouveau-né. Il y avait donc un lien entre la distance parcourue et l'état des nouveaux-nés ($P < 0,05$).

3 Relation entre la distance parcourue et le pronostic maternel.

Chez les femmes qui avaient parcouru une distance supérieure à 110 Km 1 sur 2 était décédée tandis que chez celles qui avaient parcouru une distance inférieure ou égale à 30 Km il n'y avait pas de décès. Les distances parcourues en cours d'évacuation aggravaient le pronostic maternel. Il y avait donc une relation entre la distance parcourue et pronostic maternel ($P < 0,05$).

4 Relation entre le mode d'admission et le pronostic foetal.

Chez les femmes évacuées, 84,21% des nouveaux-nés étaient des mort-nés contre 15,79% chez les référés.

La différence entre ces 2 groupes était significative ($P < 0,05$)

5 Relation entre le mode d'admission et le pronostic maternel.

Les femmes décédées étaient toutes des cas évacués.

6 Relation entre le nombre de CPN et le pronostic foetal.

La moitié des femmes qui n'avaient pas effectués de CPN avaient accouché de mort-né tandis que chez les femmes qui avaient effectué des CPN selon les normes, il y avait 29,67% de mort-né. La différence entre ces 2 groupes était significative ($P < 0,05$)

7 Relation entre la parité et l'état des nouveau-nés.

Chez les primipares, 33,36% des nouveau-nés étaient des mort-nés contre 50% non réanimés à la naissance tandis que chez les grandes multipares, 35,29% des nouveau-nés étaient des mort-nés contre 58,83% non réanimés à la naissance.

La différence entre ces 2 groupes était non significative ($P > 0,05$)

XIII) Obstacles à la référence / évacuation

Le système de référence/évacuation du cercle de Kéniéba se heurte à un certain nombre de problèmes:

- Le mauvais état des routes du cercle qui est le reflet du relief et l'enclavement du cercle, rendant l'accès de certains CSCOM très difficile.
- L'absence de moyens de communication (téléphone fixe, réseau Malitel et Orange) et le non fonctionnement de RAC au niveau du CSRéf et de certains CSCOM constituent des éléments de disfonctionnement du système de référence / évacuation. Il en est de même de la non fonctionnalité de certaines aires de santé.
- Le manque d'électricité permanente au niveau du CSRéf.
- Le manque de personnel qualifié dans les CSCOM.
- L'irrégularité dans le paiement des quotes parts par les mairies, les ASACO, le conseil de cercle.

Conclusion et Recommandations

Conclusion

Cette étude rétrospective a été réalisée à la maternité du CSRef de Kéniéba qui se trouve dans une zone très enclavée.

Au terme de cette étude il ressort que :

La fréquence de la référence / évacuation est de 15,73%.

Le système de référence / évacuation est organisé :

Toutes les femmes évacuées ont été transportées par l'ambulance qu'elles proviennent des CSCOM ou d'établissements privés.

Dans 20,54% des cas aucun support n'était utilisé.

Nous avons constaté des défaillances :

- Le retard mis entre l'appel de l'ambulance et son départ
- Le caractère urgent ne figure pas sur les supports de la référence/évacuation.

Des mesures sont en cours pour améliorer le système de référence/évacuation.

- Pour plus d'efficacité, des sages-femmes ont été choisies pour accompagner l'ambulance.
- La mise en place de l'équipe chirurgicale avant l'arrivée de l'ambulance.

Malgré tous ces efforts, des difficultés persistent et les recommandations sont les suivantes :

Recommandations

- Aux prestataires :

- Référer à temps toutes les grossesses à risque diagnostiquées lors du suivi prénatal.
- Eviter les références ou évacuations verbales.
- Informer le CSRef par les moyens de communication disponibles (portables, RAC).

- Aux responsables des associations de santé communautaire et leaders d'opinion :

- Sensibiliser les populations pour qu'elles adhèrent au système et utilisent le CSCOM de leur aire de santé.
- Améliorer la bonne gestion des ASACO, en utilisant de manière rationnelle les ressources.
- Rendre opérationnelles les caisses de solidarité au niveau des ASACO.

- Aux autorités de tutelle du CSRef de Kenieba :

- Rendre fonctionnel le reste des aires de santé.
- Recruter le personnel qualifié (sage femme, médecin) pour les CSCOM.
- Rendre fonctionnel tous les RAC au niveau des CSCOM et au CSRef.
- Assurer la formation du personnel.
- Créer un service de pédiatrie pour la prise en charge des nouveaux nés.
- Créer un service de réanimation.

- Equiper l'ambulance en bouteilles d'oxygène et en médicaments d'urgence.
- Améliorer le système de rétro-information entre le CSRef et les CSCOM.
- Mettre l'ambulance toujours prête à l'usage c'est-à-dire mettre du carburant dans l'ambulance cela dans le but de réduire le retard mis entre l'appel de l'ambulance et son départ.

Au ministère du transport et de l'équipement.

Réparer les routes pour que les CSCOM soient accessibles à tout moment.

Aux gestantes :

- Effectuer régulièrement les CPN et les CPON.
- Eviter les accouchements à domicile.
- Utiliser les méthodes de planification familiale.

A la population :

- Adhérer à la caisse de solidarité par la régularisation des cotisations au niveau des ASACO.
- Faire des dons de sang.

Bibliographie

- 1 **Berland M** : Le choc en obstétrique. Enc Med chir Paris obst. 1980 ; 65 :082- 10A.
- 2 **Bohoussou KM et Collaborateurs** : Grossesse et adolescence
Afr. Med. 1982 ; 21(201) :359-362.
- 3 **Camara S** : Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'études. Thèse de Médecine Abidjan 1986 ; 714.
- 4 **Coulau JC et Zan V**: Hématome retro placentaire ou DPPNI en pratique Chirurgicale (Paris France) Obstétrique 1995 ; 5071 :106A.
- 5 **Correa et Collaborateurs** : Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique Dakar
Afrique Médicale 1981 ; 20(189) : 215 – 221.
- 6 **Diarra O** : Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse Médecine Bamako 2000 ; 117 :80.
- 7 **Fernandez H** : Hémorragies graves en obstétrique: 35^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation. Paris, Masson, 1993 ; 511-529.
- 8 **Ibrahim Sankaré** : Evaluation de la référence /évacuation au CSREF Commune V au service de gynéco-obstétrique.
These Med Bamako 2001 ;39 : 92 .
- 9 **Keita S** : Etude des hémorragies du post-partum dans le

- service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Point G de 1991 à 2001 ; Thèse de Médecine Bamako 2003 ; 47 :99.
- 10 **Lankoande J et collaborateurs:** Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995. Médecine d'Afrique noire 1998 ; Vol 5 :187-190.
- 11 **M.C carthy I and Maine D :** A Framewok for analysing the determinant of maternal mortality studies in family planning 1992; Vol 231: 23 – 33.
- 12 **Organisation mondiale de la santé ; Genève 1997 ;**
"Coverage of maternal care = A listing of available information, fourth edition"
- 13 **Pruai A :** Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999 ; volume 11 : 2.
- 14 **Pelage JP et collaborateurs :** Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle.
Gynéco-obstétrique, Biologie Reproduction 1999; 28: 55-61.
- 15 **Suzanne Fy et collaborateurs:** Hémorragies obstétricales graves (du post-partum immédiat)
Encyclopédie Médecine chirurgicale.
Précis d'obstétrique 1982 ; 10- 12- S103A.
- 16 **Le système de référence/ contre référence de l'hôpital de mère de l'enfant Lagune (Homel) de Cotonou :** R.X,
PERRIN, G.D, KOMONGUI, T. DOGUE, K. GBEDEZE, S, A.

GBAN GBADE

Congres de Cotonou, édition 2004

- 17 **Sangaret M et Collaborateur** : Problèmes obstétricaux d'urgence au CHU de Treicheville. Med 1974 ; 3 : 137-145.
- 18 **Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune I . archives 2004**
- 19 **Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune IV. archives 2004**
- 20 **Thiero M** : Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré thèse de Médecine Bamako 1995 ; 17 .
- 21 **Traoré A F** : Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd BAMAKO 1989 ; 46.
- 22 **Koné S** : Etude de la mortalité maternelle liée à la gravido- puerpéralité dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital régional de Ségou de janvier 1993 à Décembre 1998. Thèse médecine Bamako 1999 ; 63.
- 23 **Diarra Moussa Balla** : Evacuation obstétricales au service gynéco- obstétrique du CHU du point G. Thèse Médecine FMPOS 2008.
- 24 **Mamadou Katilé** : Evacuation du système de référence évacuation dans la zone sanitaire de Selingué du 21 Juillet 2005 au 30 Juin 2006.

Thèse Médecine Bamako FMPOS 2008.

25 Coulibaly A B : référence évacuation gynéco- obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

26 Macalou B : Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine FMPOS N°142.

27 Altanata S.A : Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako de novembre 2003 à octobre 2004 à propos de 371 cas. Thèse méd 2005.

28 Sinaba Faran : La référence/évacuation gynéco obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse med, 2008.

29 Fodé SIDIBE : problématique de la référence/évacuation dans le centre de santé de référence de Yanfolila.

Thèse med, 2008.

Annexes

FICHE SIGNALITIQUE

Titre : Problématique de la référence /évacuation par rapport aux urgences obstétricales dans le district sanitaire de Kéniéba.

Auteur : Taré COULIBALY

Année : 2009 – 2010

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMPOS

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynéco- obstétrique, santé publique

Numéro téléphonique : 66 66 85 02.

Résumé : Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2009.

L'objectif principal était d'étudier les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/ évacuation au niveau du district sanitaire de Kéniéba.

Au cours de cette étude, la fréquence de la référence / évacuation était de 15,73%.

La tranche d'âge 20 à 35 ans était la plus représentée soit 62,50%.

Toutes les femmes avaient parcouru une distance supérieure à 15 km et dans 43,33% des cas évacués, la durée moyenne entre le départ de l'ambulance et son retour était de 6 h.

Toutes les évacuations étaient effectuées gratuitement par l'ambulance.

Le motif de référence / évacuation le plus fréquent était l'hémorragie avec 6,30%.

Il y a concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CSRéf dans 40,15%.

La césarienne gratuite était le mode thérapeutique le plus utilisé avec 58,91%.

Nous avons enregistré 35,80% de morts nés et 4 cas de décès maternels soit 3,70% dont les principales causes étaient la septicémie, l'hémorragie et la CIVD.

Les principaux obstacles au bon fonctionnement du système de référence / évacuation sont :

- L'enclavement du cercle de Kéniéba,
- Le non paiement des quotes parts par certaines ASACO et certaines mairies,
- Le non fonctionnement de certains CSCOM,
- Le manque d'agents qualifiés dans les CSCOM et le non fonctionnement de certains RAC.

Mots clés : référence / évacuation, urgences obstétricales, grossesses à risque, CSRéf de Kéniéba.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hypocrate, 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.