

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

=====□=====

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2009-2010

Thèse N° / ___ /

**ETUDE DES BESOINS OBSTETRICAUX
NON COUVERTS
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 200...
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
De l'Université de Bamako

Par Mr. TRAORE Massédou

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

Jury:

Président : Professeur Sanoussi Konaté

Membre : Professeur Saharé Fongoro

Codirecteur : Docteur Moustapha Touré

Directeur : Professeur Salif Diakité

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

Dédicaces

Au nom d'Allah, clément et miséricordieux.

Après avoir loué et rendu gloire à ALLAH qui m'a donné la santé et

l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son

prophète MOHAMED (Paix et salut sur lui).

A mon père feu ELHADJ Djedani Traoré

Oui tu es parti pour l'éternité .J'ai appris de vous l'amour du prochain, l'honnêteté, le pardon, le respect de la dignité. Ce travail est le fruit de votre engagement auprès de nous ; je regrette profondément ton départ prématuré, puisse ALLAH le tout Puissant t'accueillir dans son paradis.

A ma mère Fatoumata Konaké

Dieu seul sait les liens entre une mère et son fils. Les mots ne sauraient les traduire ; vous avez guidé mes premiers pas et voila enfin que je suis devenu ce que vous avez toujours voulu que je sois. Que le tout Puissant vous accorde longue vie et la santé auprès de nous. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs

Sachez que rien de beau ; rien de grand n'est possible sans l'union dans la famille .Gardons les valeurs fondamentales de notre papa et les sages conseils qu'il nous a prodigué.

Ce travail est les vôtres.

A mon frère Sékou Traoré dit <<Tallaye Sékou>>

J'ai été façonné par votre rigueur dans le travail, votre engagement constant, le souci de bien faire. Aucun mot ne saurait traduire votre bienfaisance. Recevez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Sachez que le bien fait n'est jamais perdu, que Dieu vous accorde longue vie et la bonne santé auprès de nous. Permettez-moi par ce travail de remercier votre femme et la famille pour toute l'affection apportée à mon égard ; merci infiniment.

A mes frères Sidiki et Mama Traoré

Vous m'avez prodigué des sages conseils ; vos conseils ne m'ont pas fait défaut durant ce parcours si long. Puisse la spontanéité et la sincérité avec lesquelles nous nous sommes partagés restent inébranlables.

A toute la famille **Konaké** à Mopti

Vous avez contribué par votre soutien moral ; matériel et votre affection sans faille.

Ce travail est l'expression de votre engagement .Merci pour tous ceux que vous avez fait pour moi

A mon beau frère **Mama sidi Traoré**

Trouve dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

A ma tante **Fatoumata Timbo** et à toute la famille **Cissé** :

Merci pour votre générosité.

A M'Pènè Diakité

Tu m'as toujours compris ; admiré ; surtout supporté mes caprices .Je te demande courage et persévérance ; ensemble nous vaincrons .Par ce travail je te témoigne toute mon affection sincère .Puisse Dieu nous accorde longue vie.

A mes amis : Mohamed Diakité, Boureima Dembélé, Bakary Sayon Keita, Issa illiassa Sidibé, Seydou nafanga Ouattara, DEM, Souleymane Coulibaly dit Botrio ; Boureima Diarra.

Vous m'avez toujours compris, conseillé et entouré d'affection. Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez tous contribué .Que ce travail soit pour vous l'expression de mon attachement amical. Les amis sont irremplaçables.

A l'ETAT Major « **LES INNOVATEURS** »

Un groupe dans lequel existe la solidarité, l'amour du prochain.

Ensemble nous vaincrons.

Bonne chance pour les autres.

A tous les collègues de la faculté en souvenir des années universitaires

A tous les membres de la famille dont les noms n'ont pas été cités.

A toutes ces **mères** qui ont perdu la vie au moment de l'accouchement.

Remerciements

A Docteur **TOURE Moustapha** et à tout le personnel socio-sanitaire du CSRéf Commune IV, merci pour tout.

A DOCTEUR GUINDO OUMAR

Merci de votre accompagnement.

A Docteur Ibrahim Traoré

Vos qualités d'homme de science, de responsable exemplaire ne nous laissent pas indifférent. Vous avez accordé une importance particulière à notre formation hospitalière durant notre séjour au CSREF de la CIV, soyez en remercié.

A Mme Sidibé Fanta Koné et Mme DIALLO Aminata Konaté :

Votre humanisme, votre bonté et votre savoir vivre font de vous des femmes au dessus des espérances. Soyez rassurées de toute ma reconnaissance, puisse ALLAH vous accorde longévité et bonheur.

A Mr Famalé Dionsan

Tout ce que je pourrai dire ne suffirait pas, soyez certains et rassurés de mon indéfectible amitié. Que Dieu nous accorde sa grâce.

A Docteur Adama Nanko Bakayoko, Dr Salam Diarra, Sory Ibrahim Doumbia

Un grand merci

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

PROFESSEUR SANOUSI KONATE

Professeur en Santé Publique

Ancien chef de D.E.R de la Santé Publique

HONORABLE MAITRE

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury

Les mots nous manquent pour témoigner notre reconnaissance à votre égard.

Qu'il nous soit permis ici cher maître de vous présenter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

PROFESSEUR SAHARE FONGORO

Maitre de conférences en NEPHROLOGIE

Praticien hospitalier en NEPHROLOGIE et d'HEMODIALYSE au CHU du Point G

Chevalier de l'ordre de mérite de la Santé

HONORABLE MAITRE

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur et votre sens élevé de l'humanisme font de vous un Homme au dessus des espérances.

Médecin exemplaire, vous nous avez marqués par vos conseils et votre souci du travail bien fait.

Trouvez dans ce travail, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

PROFESSEUR SALIF DIAKITE

Professeur titulaire de Gynéco- obstétrique à la faculté de Medecine,
de Pharmacie, et D'Odonto-Stomatologie du MALI.

Gynécologue accoucheur au CHU Gabriel Touré.

HONORABLE MAITRE

Vous avez bien voulu accepter la direction de ce travail, nous en sommes honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement ont forcé notre admiration.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations font de vous un exemple à suivre.

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE :

DOCTEUR TOURE MOUSTAPHA

Diplômé de gynécologie obstétrique,

Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest,

Titulaire d'un certificat du cours Européen d'épidémiologie tropicale de Bâle en
Suisse,

Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne,

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune IV du district de
Bamako.

Chevalier de l'ordre National,

HONORABLE MAITRE

La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

La clarté de vos explications, ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour notre formation.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

BONC : Besoins Obstétricaux Non Couverts

BGR : bassin généralement rétréci

CIVD : coagulation intra veineuse disséminée

CSCOM : centre de santé communautaire

CSREF : centre de santé de référence

CIV : commune IV

CNAM : centre national d'appui à la lutte contre la maladie

CMLN : comité militaire de libération nationale

DFP : disproportion fœto- pelvienne

DNSI : direction nationale de la statistique et de l'information

EDS : enquête démographique et de santé

HRP : hématome retro placentaire

HTA : hypertension artérielle

IMA : indication maternelle absolue

IOM : intervention obstétricale majeure

OMS : organisation mondiale de la santé

PP : placenta prævia

RU : rupture utérine

RGPH : recensement général de la population et de l'habitat

SFA : souffrance fœtale aigue

TA : tension artérielle

NA : naissance attendue

NV : nouveaux nés

USAC : unité de soin d'accompagnement et de conseil

DAT : dispensaire antituberculeux

PRODESS : programme de développement social et sanitaire

CHU : centre hospitalier universitaire

TABLE DES MATIERES:

I- Introduction	1-2
II- Objectifs	3
-Objectif Général.....	3
-Objectifs spécifiques.....	3
III- Généralités	4-21
A-Etude des besoins obstétricaux	4
-Etude de besoin	4
-BONC.....	4
B- Indications maternelles absolues	4-17
- Rupture et Pré-rupture	4-6
- Placenta-prævia.....	6-10
- HRP.....	10-12
- Les hémorragies du post-partum	12-13
- Dystocies	14-17
- Présentation transversale.....	14-15
- Présentation de front	15-16
- Présentation de face	16-17
C- Les interventions obstétricales majeures	17-23
- La césarienne	17-19
- L'hystérectomie.....	19
- La craniotomie.....	20
-Version par manœuvre interne.....	20-21
IV- Méthodologie	22-28
-Cadre d'étude.....	22-25
-Type d'étude.....	25
-Période d'étude.....	26
-Population d'étude.....	26
-Echantillonnage.....	26
-Technique de mesure et collecte des données.....	27-28
V- Résultats	30-40
VI- commentaires et discussions	41-47
VII- Conclusion et Recommandations	48-49
VIII- Références	50-53
IX-Annexes	54-57

I- INTRODUCTION

Le droit à la santé est l'un des droits humains, mais un grand nombre de femmes et de nouveaux nés ne jouissent pas pleinement de ces droits notamment ceux de l'Afrique.

Selon le rapport mondial de la santé en 2005, la mortalité maternelle en Afrique est de 1.000 décès pour 100.000 nouveaux nés. Le risque de décès sur le continent est de 1 sur 16 contre 1 sur 3500 en Amérique du nord ; 1 sur 2400 en Europe ; 1 sur 160 en Amérique latine et dans les caraïbes et 1 sur 100 en Asie (1).

La mortalité maternelle se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison ; quel qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés ni accidentelle, ni fortuite (17).

Malgré la volonté politique des différents Etats, la santé de la mère et de l'enfant reste précaire.

Selon les dernières estimations de L'OMS ce sont 536.000 femmes qui ont perdu la vie en 2005 du fait d'une grossesse difficile ou des complications à l'accouchement. En effet, le taux de mortalité maternelle sur le plan mondial est de 400 décès pour 100.000 nouveaux nés, ce taux est de 450 dans les pays en développement et de 900 en Afrique subsaharienne, ce qui veut dire : selon l'OMS que 99% des femmes qui meurent en suites de couches ou du fait de leurs grossesses vivent dans les pays en développement soit plus de la moitié en Afrique subsaharienne et près du tiers en Asie (2).

Ces décès sont causés dans 80% des cas à cinq causes principales directes : l'hémorragie, l'infection, l'éclampsie, le travail obstrué et l'avortement à risque, à ceux-ci peuvent s'ajouter des causes indirectes : le paludisme, et l'anémie. (18)

La politique et stratégie du Mali définies par le PRODESSII pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile portent sur : la disponibilité des médicaments essentiels, vaccins, consommables médicaux et des personnels qualifiés, l'extension de la couverture des soins primaires dans les zones les plus pauvres, le développement du partenariat avec des prestataires du secteur privé, le développement des stratégies alternatives dans les zones enclavées et peu peuplées, lutte contre les maladies infantiles, maternelles et contre le paludisme, la gratuité de la césarienne, la gratuité du traitement du paludisme pour enfant.

Cependant malgré des résultats encourageants, la situation sanitaire reste préoccupante, selon l'EDS IV en 2006 le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100.000 naissances vivantes ; la mortalité néonatale est de 46 pour 1000 naissances vivantes ; la mortalité infantile est de 96 pour 1000 nouveaux nés et infanto juvénile 191 pour 1000 naissances vivantes.

Ces décès sont causés à la mauvaise santé de la mère ; à des soins inadéquats ; à la faiblesse de la prise en charge de l'accouchement et à l'insuffisance des soins essentiels aux nouveaux nés. Le taux élevé de la mortalité lié à la grossesse explique encore la nécessité de la prise des mesures importantes pour réduire l'ampleur du problème. (3)

L'approche des besoins obstétricaux non couverts fondée sur les interventions obstétricales majeures (césarienne, laparotomie pour la suture utérine ou hystérectomie, manœuvre de version, craniotomie) pour une liste restreinte des indications maternelles absolues (hémorragie anté-partum sévères, hémorragie post-partum incoercible, rupture utérine, pré-rupture utérine, disproportions fœto-pelviennes et présentations vicieuses) dont l'importance ne laisse aucun doute constituent une alternative et une opportunité pour les pays en voie de développement.

Pour connaître l'importance des besoins obstétricaux non couverts au CSREF de la CIV, nous avons réalisé cette étude dont les objectifs sont :

II-OBJECTIFS

a-Objectif Général :

Evaluer les besoins obstétricaux non couverts au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako de janvier à Décembre 2008.

b-Objectifs spécifiques :

- 1-Déterminer les indications maternelles absolues de Janvier à Décembre 2008.
- 2-Déterminer les interventions obstétricales majeures de Janvier à Décembre 2008.
- 3-Préciser le déficit en IOM/ IMA de Janvier à Décembre 2008 au CSRéf de la commune IV du district de Bamako.

III- GENERALITES :

A-ETUDE DES BESOINS OBSTETRICAUX :

1. Notion de besoins :

Dans l'approche de planification classique, les besoins sont exprimés en termes de problèmes à réduire. Dans le cas de la santé maternelle ; le problème est mesuré par les ratios de mortalité maternelle. Mais lorsque le système d'information de routine ne permet pas de mesurer ces ratios et qu'il n'existe pas d'enquête systématique sur les décès maternels, connaître les ratios de mortalité maternelle à travers une enquête ne sert qu'à faire un constat sommes toutes assez abstrait.

2-Besoins obstétricaux non couverts :

Ils sont constitués par les parturientes qui exigent des soins obstétricaux et qui n'en ont pas bénéficiés. Certaines de ces femmes (et ou/ leurs enfants) atteintes d'une de ces complications obstétricales directes vont en mourir. Les causes directes sont responsables de 75 à 80% de toutes les morts maternelles rapportées dans les pays en développement (Abou Zarh and Royston 1991). D'autres en subiront les conséquences et en souffriront. Par exemple d'anémie chronique et de fistule vesico-vaginale ou de stérilité secondaires (6).

B- Les Indications maternelles absolues : IMA

1. Rupture utérine et pré rupture : (7)

La rupture est une urgence obstétricale. C'est un accident qui doit normalement être évité par la surveillance du travail. C'est l'une des complications les plus dangereuses de l'accouchement, elle entraîne encore beaucoup de décès maternel dans les pays en développement.

Causes :

- cicatrice utérine
- l'obstacle à la progression

- injection de trop de stimulant pour l'utérus (l'injection abusive de l'ocytocine)
- la manipulation instrumentale.

Signes cliniques :

❖ pré rupture utérine

- Détérioration de l'état général
- Travail n'évolue pas
- L'utérus se verticalise, devient dur, se contracte de façon permanente
- L'anxiété, l'agitation
- L'ascension de l'anneau de rétraction perçu à la palpation dit anneau de Bandl, l'utérus en forme de sablier.

❖ RU : Rupture-Utérine

- rarement on assiste à un tableau classique : la parturiente ressent une douleur subaiguë, suivie d'une sensation de liquide chaud qui s'écoule dans l'abdomen, les contractions ont disparu et la palpation met en évidence le fœtus sous la paroi abdominale.
- C'est le plus souvent une femme en état de choc intense, sans présentation au toucher vaginal et la palpation du fœtus sous la peau.
- Les bruits du cœur fœtal ont disparu.
- L'hémorragie externe s'installe d'intensité variable (en général pas abondante) et la mère montre tous les signes d'anémie aigues graves (causée par l'hémorragie intense)

Traitement prophylactique : (8)

- reconnaître une dystocie
- savoir conduire l'épreuve de travail pour l'arrêter opportunément ;
- savoir manier les ocytocines
- pas de dilation forcée du col.
- Pas de forceps au détroit supérieur

- Pas de version si l'utérus est rétracté
- Pas d'intervention par voie basse avant la dilation complète

Curatif : (8)

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le traitement chirurgical à lui seul est insuffisant. Il doit être complété par le traitement du choc et par celui de l'infection. Après coeliotomie, deux interventions sont possibles.

- hystérectomie
- hystérorraphie (suture de la rupture)

2-Placenta Prævia

a) Définition : on appelle placenta prævia lorsque le placenta se s'insère en partie ou entier sur la région de l'utérus qui deviendra, pendant la dilatation du col le segment passif (segment inférieur). On parle aussi d'insertion basse du placenta (7)

b) Types: (9)

- Placenta prævia recouvrant qui obstrue entièrement l'orifice cervical et empêche toute possibilité d'accouchement par voie basse.
- Placenta marginal
- Placenta latéral

c) Signes cliniques : (9)

Hémorragie soudaine inopinée, plus ou moins abondante de sang rouge accompagnée de contractions utérines souvent non ressenties par la femme dans les derniers mois de la grossesse.

Palpation : la présentation est souvent élevée, refoulée par le placenta l'utérus est souple,

L'auscultation : les bruits du cœur fœtal sont perçus,

L'examen au spéculum confirme l'origine du sang par l'orifice cervical,

Toucher vaginal : on sent une masse spongieuse appelée le matelas placentaire

d) Examens complémentaires : (19)

-L'échographie pelvienne : faite en urgence l'échographie précise la localisation.

-Le bilan général : NFS ; hémostase ; groupe rhésus.

e-classification : deux types (19)

Anatomique : correspond à la situation du placenta pendant la grossesse et comprend trois (3) variétés

- Dans la variété latérale, le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col
- dans la variété marginale, il arrive au bord supérieur du canal cervical
- dans la variété centrale, le placenta recouvre l'orifice cervical.

Clinique : envisage la situation du placenta pendant le travail elle comprend deux variétés.

- Variété non recouvrante dans laquelle le bout placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.
- Variété recouvrante dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilation du col.

f- Etiologie : (19)

Les conditions étiologiques du PP sont assez incertaines. On peut retenir l'influence des :

- antécédent de PP
- la grossesse multiple
- la malformation utérine
- les antécédents chirurgicaux ou infections ayant entraîné de lésions de la muqueuse
- une cicatrice de la délivrance
- séquelles de curetages mal exécutés

g) Traitement : (8)

Dans chaque cas déterminé, on peut avoir à choisir la méthode de traitement convenant le mieux à la femme envisagée suivant les signes et le moment

(pendant la grossesse ou pendant le travail). On observe dans certains cas l'expectative et le conservatisme ; dans d'autres on prescrit une intervention d'urgence et même la césarienne.

➤ **Pendant la grossesse**

A cette époque, les hémorragies dues généralement à une insertion latérale restent souvent modérées et s'arrêtent d'elles mêmes .On ne peut prévoir, au début, quelles seront leur fréquence et leur abondance, le col étant fermé, les membranes inaccessibles.

L'expectative et la surveillance sont les premiers moyens de la conduite. La surveillance ne peut être bien assurée qu'en milieu hospitalier .Le traitement médicamenteux se résume à l'usage des sédatifs utérins et avant des bêtamimétiques en connaissant les risques de ces derniers contre indiqués en période hémorragique en raison de leur effet vasodilatateur.

Le traitement général consiste à compenser la spoliation sanguine par la transfusion de sang.

Le plus souvent, l'expectative permet d'attendre sans grave inconvénient la survenue du travail. Quelque fois l'importance et surtout la répétition des hémorragies ne permettent pas d'attendre le terme parfois encore éloigné .La pâleur, la tachycardie, la baisse tensionnelle et surtout la chute du taux des hématies au dessous de 3 millions, celle du taux de l'hématocrite à moins de 35% en dépit de transfusion répétée sont l'indication de la césarienne segmentaire dont l'exécution technique peut être rendue difficile par la mauvaise formation du segment inférieur.

La césarienne est encore au voisinage du terme et avant l'existence d'une insertion centrale.

➤ **Pendant le travail :**

Traitement obstétrical : dans l'insertion latérale ou marginale, la dilation du col laisse à découvert le pole membraneux. La rupture des membranes ; large mais

prudemment exécutée en modérant l'écoulement du liquide est le premier temps et souvent suffisant du traitement. Les formes légères et moyennes guérissent par ce simple procédé qui facilite et permet d'attendre la terminaison de l'accouchement par la voie naturelle.

Celui-ci pouvant être aidé par la méthode d'accouchement.

La césarienne est indiquée quand la rupture des membranes est inefficace ou s'il existe des signes de SFA. Elle est indiquée d'emblé en cas de placenta recouvrant. Certains y recourent également lorsqu'il s'agit d'une présentation de siège.

L'intervention elle-même peut être difficile en raison du risque d'hémorragie per opératoire important. La voie d'abord se fera de préférence par coeliotomie médiane.

La césarienne suivie d'hystérectomie peut donner une sécurité d'hémostase plus grande que la simple césarienne au cours d'une hémorragie particulièrement grave. Elle ne concerne que de très rares indications. Chez la femme ayant eu plusieurs accouchements lorsque le segment apparaît de mauvaise qualité, impropre à assurer l'hémostase, même avec des moyens médicamenteux.

Traitement général : son importance n'est pas moindre que celle du traitement obstétrical. C'est même surtout grâce à lui que le pronostic s'est amélioré, et le traitement obstétrical simplifié, il doit être entrepris dès que la malade est atteinte dans son état général et immédiatement s'il s'agit d'une urgence. Ainsi le plus souvent il précède ou accompagne le traitement obstétrical, il comprend :

- Les soins de réanimation en particulier les transfusions sanguines
- L'oxygénation large de la mère pendant le travail ou pendant l'intervention
- La prévention de l'infection par l'usage des antibiotiques

3- Hématome rétro- placentaire (HRP)

a) Définition : l'HRP est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique

allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser (8).

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré, lors du troisième trimestre de la grossesse ou lors du travail ; contrairement à l'éclampsie ; ce syndrome occupe une place à part dans les syndromes vasculo-rénaux.

b) Etiologies : (7)

- l'HTA dans la pré-éclampsie et l'éclampsie; ou dans les lésions rénales chroniques.
- les traumatismes sont rarement en cause.
- la carence à l'acide folique au début de la grossesse qui entrainerait un manque de développement du trophoblaste.

c) Signes clinique : (7)

- métrorragie peu abondante, de sang noir parfois absent.
- Douleur brutale, intense en << coup de poignard >> dans la partie inférieure de l'abdomen, continue, permanente.
- état de choc
- utérus contracté en permanence, dur dit «de bois »
- Souvent disparition des bruits du cœur fœtal
- le tableau clinique parfois incomplet, métrorragie minime, sans contracture avec enfant vivant.

d) Traitement : (8)

Le traitement dépendra de l'examen clinique

-Les formes bénignes et de gravité moyenne

Elles englobent au moins les trois quarts des cas et doivent être divisées suivant que le fœtus est mort ou vivant :

- ✓ Le fœtus est mort : cas le plus fréquent ; habituellement le travail a commencé. L'état général reste relativement bon. Un moyen obstétrical très simple, depuis longtemps classique ; permet à la fois de diminuer la

pression intra-amniotique et de favoriser la marche du travail, c'est la rupture artificielle des membranes. En même temps, on utilise les spasmolytiques, de préférence la pethidine, en raison de son action calmante sur la douleur. Si le travail progresse mal on peut fort bien y adjoindre la perfusion veineuse lente d'ocytocine même dans les premières étapes de la dilatation. En revanche, l'emploi des tocolytiques est exclu, de même celui de l'anesthésie péridurale en raison des troubles potentiels de la coagulation et de l'hypovolemie.

L'échec est rare et doit conduire à la césarienne

- ✓ Le fœtus est vivant, diagnostic confirmé par les ultrasons. Le but est alors de terminer l'accouchement le plus tôt possible.

-Les formes graves

Qu'elles le soient d'emblées ou qu'elles soient aggravées, prolongeant les formes moyennes qu'on n'a laissées trop longtemps évoluer, elles devraient rester assez rares. Ici, au traitement curatif s'ajoute la prévention des complications.

Moyens médicaux :

D'abord le traitement de choc : transfusion de sang avec les précautions réglementaires actuelles, rétablissant la masse sanguine circulante sous contrôle de la pression veineuse centrale, de préférence aux solutés à grosses molécules. La pethidine est utile en ce qu'elle calme la douleur, laquelle aggrave le choc.

Les troubles de la crase sanguine lorsqu'ils existent, doivent être traités pour eux-mêmes. La transfusion de concentrés plaquettaires est nécessaire si le nombre de plaquettes est inférieur à 50000/mm. Malgré l'existence d'une CIVD, l'adjonction d'héparine est controversée en raison des risques d'aggravation de l'hémorragie. De même l'emploi des antis fibrinolytique est très contesté car ils inhibent spécifiquement une activité qui constitue une défense contre la CIVD.

Moyens chirurgicaux :

Quand ils sont indiqués, ils doivent suivre immédiatement la mise en place des soins de réanimation.

C'est de la césarienne qu'il s'agit ; ici c'est la vie maternelle qu'il faut protéger. L'opération est accompagnée des soins de réanimation, du rétablissement de la masse sanguine et de la correction des troubles de la coagulation.

La césarienne doit être conservatrice et l'hystérectomie n'a que d'exceptionnelle indication, ces utérus infiltrés retrouvent après leur évacuation, même lorsqu'ils ont cet aspect bigarré auquel on attachait jadis une mauvaise réputation, leur totale valeur fonctionnelle.

4- les hémorragies du post partum : hémorragie de la délivrance (8)

a) Définition :

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire sûrement dues au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500 ml) et leurs effets sur l'état général.

b) Symptomatologie :

b-1 Signes locaux :

- l'hémorragie est en elle-même le signe le plus important. Lorsque l'hémorragie est externe ; l'utérus non distendu reste cependant trop gros ; mou et atome.

Après l'expulsion du placenta ; la palpation ne perçoit pas le globe dur de « sécurité » qui est la marque d'une bonne hémostase. L'hémorragie intra-utérine distend de la cavité d'où des modifications de la morphologie ; de la situation et de la consistance de l'utérus.

Il augmente de volume ; s'incline à droite et son fond remonte vers l'hypochondre droit. Il s'étale transversalement vers le flanc

b-2 Signes généraux :

- la femme se plaint de soif, de manque d'air, de vertiges, de lipothymie
- la pâleur est souvent extrême
- le pouls est rapide, mal frappé

- le nez et les extrémités sont refroidis
- la TA baisse.

b-3-Etiologies :

- les retentions placentaires ;
- troubles de la coagulation sanguine ; l'afibrinogénémie aiguë acquise
- l'atonie utérine
- l'inversion utérine ; retournement de la surface interne de l'utérus vers l'extérieur ;
- une expression utérine maladroite.

b-4-Traitement curatif :

Il a un double objet : le premier est d'assurer l'hémostase en supprimant la cause de l'hémorragie, le deuxième ; réparer les conséquences de l'hémorragie par les soins de réanimation et le traitement de choc.

Hémostase et réanimation sont d'égale nécessité. Elles peuvent se succéder lorsque l'état général est peu altéré ; elles doivent être simultanées si l'hémorragie a été importante.

-Le placenta est encore dans l'utérus : l'hémostase physiologique par rétraction utérine ne peut se faire qu'après l'évacuation de la cavité utérine. C'est la condition sine qua non qui permet de réaliser une opération : la délivrance artificielle.

-Le placenta n'est plus dans l'utérus : La femme saigne après la délivrance ; la première précaution est de s'assurer que l'uterus est complètement vide si le placenta a été expulsé spontanément .L'examen du placenta peut laisser présumer la rétention d'un cotylédon, mais il n'est pas toujours concluant .Le doute sur l'intégrité placentaire impose une intervention : la révision utérine
Lorsque l'uterus est sûrement vide le traitement hémostatique est effectué soit comme complément d'une des deux interventions précédentes, soit à titre isolé.
Il dispose de médicament efficace, les ocytociques : la méthylergobasine, l'ocytocine, les prostaglandines

5-Dystocie (8)

On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. La période de dilatation et d'expulsion se prolonge exagérément. Cela peut concerner la mère (le bassin) et le fœtus (la position ; la présentation ; le volume) ou la contraction utérine (insuffisance de contraction).

La vieille méthode clinique d'exploration du bassin conserve toute sa valeur, principalement pendant le travail ; car elle seule permet d'étudier l'ensemble des éléments qui interviennent dans l'appréciation du pronostic de l'accouchement. Mais pour l'étude de l'élément statique isolé c'est-à-dire du bassin Obstétrical, la radiopelvimétrie apporte une précision dont l'examen clinique est dépourvu.

Causes :

- Les DFP majeures dues :
 - Au bassin (BGR, bassin limite, bassin asymétrique)
 - Au fœtus (macrosomie, hydrocéphalie)

Leur conséquence en cas d'intervention tardive est la pré-rupture ou la rupture utérine.

- les présentations du front et transversale.
- La présentation de face mento-sacrée.

❖ Présentation transversale (8)

Définition :

Lorsque pendant la grossesse ou pendant le travail, l'aire du détroit supérieur n'est occupé ni par la tête, ni par le siège du fœtus celui-ci, au lieu d'être en longueur, se trouve en travers ou en biais, il est en position transversale ou plus souvent en position oblique .Ces faits sont décrits sous le nom de <<Présentation de l'épaule>>.L'expression est consacrée mais critiquable.

Diagnostic :

Le foyer des battements cardiaque fœtaux se trouve un peu au dessus de l'ombilic du coté du pole céphalique

Toucher vaginal =l'excavation pelvienne est vide .Le doigt n'atteint aucune présentation.

Le toucher profond permet parfois d'atteindre

- Le gril costal
- l'omoplate

Elle est toujours due à une anomalie d'accommodation foeto-uterine :

- grossesse gémellaire
- placenta prævia
- disproportion foeto-placentaire
- prématurité

Signes cliniques (10)

- L'utérus est très large à axe transversal.
- La hauteur utérine inférieure 30 cm à l'approche du terme
- A l'examen la tête dans le flanc ; le siège dans l'autre flanc, l'excavation est vide.

❖ Présentation de front : (8)**Définition :**

On dit que la tête fœtale se présente par le front lorsque sa position est intermédiaire à celle du sommet et à celle de la face, intermédiaire à la flexion et à la déflexion. La présentation du front est de beaucoup la plus dystocique des présentations céphaliques

Repère =le nez.

Diagnostic

Le toucher seul qui permet le diagnostique d'autant plus facilement que le segment inférieur est plus mince, les membranes rompues, et qu'il n'existe pas de bosse sero-sanguine. Le nez repère essentiel facile à reconnaître par la présence des deux orifices des narines.

On atteint parfois le maxillaire supérieur et même la bouche, tout à fait à l'opposé du bregma et très loin du centre du bassin, mais on ne perçoit jamais le menton

Etiologies : [11]

- DFP
- Hydramnios
- Grande multiparité

Signes cliniques : (11)

- au toucher vaginal ; on perçoit le front séparant la racine du nez on perçoit également la grande fontanelle avec ses quatre cotés et ses quatre angles ; on ne sent ni le menton, ni la petite fontanelle.

❖ **Présentation de face :**

Définition :

C'est la présentation de la tête défléchie ; de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face toute entière ; menton compris. C'est lui qui sert de repère pour designer la variété de position.

Cette déflexion ; le contraire de l'attitude normal ; n'est pas localisée à la tête. Tout le corps du fœtus participe à ce mouvement paradoxal ; la colonne vertébrale est en forte lordose. L'attitude persiste longtemps après l'accouchement (8)

Repère= C'est le menton

Il existe deux variétés selon la position du menton ;

-La variété postérieure où le menton est dirigé vers le sacrum, cette variété qui n'est pas compatible avec l'accouchement par voie basse impose donc une césarienne.

-La variété antérieure où le menton est dirigé vers le pubis ; dans ce cas l'évolution est favorable et un accouchement par voie basse peut être observé ; la présentation de face est due à tout ce qui augmente ou empêche l'engagement du fœtus. (11)

Signes cliniques :

Les données de l'examen abdominal sont celles d'une présentation céphalique ; pour laquelle les signes évocateurs d'une réflexion sont très marqués.

Au toucher vaginal : on perçoit les orbites et le nez ; on sent le menton d'un coté et l'arcade sourcilière plus le front de l'autre coté. La grande fontanelle n'est jamais touchée [11].

La radiographie du contenu utérin est le meilleur moyen de diagnostic en cas de doute surtout si le fœtus est vu de profil.

Facteurs favorisants : [12]

- fœtaux : sont ceux qui gênent l'accommodation : macrosomie (4000g) et circulaire serré du cordon
- maternels : la multiparité (60-70%) et le rétrécissement pelvien.

C- Les interventions obstétricales majeures IOM :

a. La césarienne [7]

Définition :

C'est l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus pour évacuer le produit de conception. Elle nécessite un équipement chirurgical complet en milieu hospitalier ; car elle peut à tout moment provoquer des difficultés ou des complications très graves pour la mère et l'enfant.

Indications (16)

Il y'a plusieurs classifications de l'indication de la césarienne mais la plus utilisée est celle de MAILLET

Cette classification fait intervenir la notion d'indications absolues, de prudence, de nécessité et d'indications abusives.

-Les indications absolues : Elles concernent toutes les situations pathologiques de la grossesse ou de l'accouchement où une parturition normale est impossible ; l'absence d'intervention expose à la mort maternelle ou à des séquelles très grave (BGR, présentation du front, placenta prævia hémorragique etc.)

-Les indications de nécessité : Il s'agit des pathologies obstétricales, accessibles au traitement mais l'évolution peut conduire à des complications nécessitant une intervention de sauvetage maternel ou fœtal (prééclampsie, diabète mal équilibré).

-Les indications de prudence : Elles concernent des situations où l'accouchement par voie basse est théoriquement possible, mais l'intervention apporte un meilleur pronostic néonatal et prévient certaines complications (présentation du siège, primiparité âgée).

-Les indications abusives : Elles désignent toutes les indications de césariennes par excès ou qui auraient pu être évitées (dystocies dynamiques non traitée correctement, bassin limite sans épreuve de travail correcte)

CAUSES : (7)

Elles sont multiples :

Les causes maternelles

- bassin très rétréci
- obstacle prævia (placenta prævia central ; tumeurs).
- Certaines dystocies dynamiques (sclérose du col).
- les antécédents de Plusieurs césariennes
- Graves maladies maternelles (éclampsie, diabète).
- les causes fœtales ou annexielles :
- présentation gravement dystocique (transversale ; front, face en mento-postérieure) ;

- excès de volume fœtal (ou hydrocéphalie) entraînant une disproportion même avec un bassin normal
- Placenta prævia.
- HRP
- Souffrance fœtale aigue avec col peu ou pas dilaté.
- Procidence du cordon battant.

Les complications de la césarienne [20]

Les complications per-opératoires.

- L'hémorragie, la plaie intestinale et les plaies urinaires.

Les complications post-opératoires

- infectieuses : urinaire, endométrites ou infection du site opératoire
- les hémorragies du post-opératoire.
- La Maladie thromboembolique : rare (1%).
- Mortalité maternelle

Morbidité maternelle

La première cause est la maladie trombo-embolique ensuite les complications infectieuses et anesthésiques.

Morbidité néonatale :

Il existe une morbidité directement liée à l'indication de la césarienne (souffrance fœtale aigue ou chronique) : la détresse respiratoire idiopathique par inhalation du liquide pulmonaire.

b- L'hystérectomie :

Définition :

L'hystérectomie consiste en l'exérèse chirurgicale de l'utérus accompagnée ou non de l'ablation de ses annexes.

Elle peut s'effectuer par voie abdominale ou être exécutée par voie basse vaginale [13]

Indications (31)

Les indications sont nombreuses, dans notre cas nous nous sommes intéressés aux indications en situation d'urgences qui sont :

- Hémorragies par inerties utérines
- Placenta accreta
- Troubles de la coagulation
- Rupture utérine compliquée

c- la craniotomie(14)

Définition :

Elle consiste simplement à perforer la voûte du crâne dans le but d'en éliminer le volume à la suite de l'issue de la matière cérébrale.

Elle s'effectue à l'aide du perforateur de BLOT.

Indication_:

- rétention de la tête dernière chez le fœtus mort
- hydrocéphalie

d -La version par manœuvres internes avec grande extraction du siège [8]

Définition :

On appelle version par manœuvres internes une opération manuelle exécutée in-utéro qui consiste à transformer la présentation primitive en présentation du siège en saisissant l'un des pieds ou les deux pieds du fœtus. La version est donc toujours podalique. Elle est habituellement suivie de l'extraction immédiate du fœtus.

Indications :

Il ne reste guère aujourd'hui qu'une seule indication indiscutable ; la situation transversale : soit de la présentation de l'épaule pendant le travail ou la présentation transverse d'un deuxième jumeau.

Conditions :

- la condition majeure est l'absence de rétraction de l'utérus (poche des eaux intactes ou écoulement récent des eaux).
- dilatation complète du col.

- Le bassin doit être normal.
- la présentation ne doit pas être engagée.
- fœtus de poids normal
- Pas de SFA
- Dans les conditions d'asepsie
- **Technique :**

La version comprend l'introduction de la main et la saisie des pieds du fœtus, puis son évolution, et un temps complémentaire : son extraction ; suivie de révision utérine

La position du fœtus étant précisée, on introduit la main qui ira le plus commodément vers le pieds ,sans avoir à exécuter de gestes à contresens .la main ,les doigts en cône ;franchit l'orifice vulvaire ,puis le col utérin c'est-à-dire très loin ,l'avant bras pénètre tout entier dans les voies génitales .En même temps l'autre main,dont l'action est essentielle par-dessus le champs stérile , empaumant solidement le fond de l'utérus,l'abaisse pour amener les pieds vers la main utérine.

Les pieds qu'on trouve le plus aisément, ou mieux les deux pieds sont saisis à pleine main. Ce temps doit être conduit sans précipitation, mais aussi sans trop de lenteur, à cause de la tendance de l'utérus à se rétracter sur le fœtus. L'évolution du fœtus, dans les cas simples se fait sans difficulté. On tire doucement le ou les pieds qu'on amène à la vulve et de lui-même le fœtus se verticalise en présentation de siège : si l'évolution offre quelques difficultés ; la tête fœtale devrait être directement repoussé vers la main utérine ou attirer vers le haut à travers la paroi abdominale.

L'évolution doit donc avoir amené la tête dans le fond de l'utérus, le siège en bas, les genoux à la vulve, les pieds hors des voies génitales.

IV- METHODOLOGIE

1-cadre d'étude :

La commune IV du district de Bamako

Le district sanitaire de la commune IV comporte un Centre de Santé de Référence (CSRéf), neuf centres de santé communautaires (CSCOM), trente sept structures privées et un centre de recherche CNAM. Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

La commune IV elle même fut créée par l'ordonnance N°78-34/CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le nouveau Sibiribougou. Sa superficie était de 37,68km² pour une population de 245 421habitants en 2008 (sources DNSI, actualisation de la population selon le recensement RGPH Avril 1998).

b. Personnel du Centre de Santé de Référence de la commune IV

Le Centre de Santé de Référence emploie :

- un médecin gynécologue obstétricien, qui est le médecin chef du centre,
- un chirurgien
- un médecin ophtalmologiste,
- cinq médecins généralistes,
- vingt cinq sages-femmes,
- cinq assistants anesthésistes réanimateurs,
- sept infirmiers d'Etats,

- trois techniciens supérieurs et deux assistants de laboratoire,
- deux assistants en odonto-stomatologie,
- dix aides-soignants,
- une gérante de pharmacie,
- quatre manoeuvres,
- trois chauffeurs,
- sept comptables.

Au niveau des quartiers de la commune IV, à la date du 31 décembre 2008, il existait neuf Cscoms qui employaient :

- huit médecins,
- sept infirmiers d'état,
- dix sept infirmiers du premier cycle,
- vingt sages femmes
- dix manoeuvres.

c. Les locaux du Centre de Santé de Référence de la commune IV

Le Centre de Santé de Référence comporte :

- un bureau de consultation gynécologique,
- deux bureaux de consultation médicale,
- deux salles de consultation pédiatrique,
- un bureau de consultation ophtalmologique,
- un bureau des faisant fonctions d'internes (FFI),
- deux blocs opératoires,
- une salle d'accouchement,
- douze salles d'hospitalisation, dont :
 - * six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
 - * deux salles pour la chirurgie générale avec six lits,
 - * trois salles pour la médecine et la pédiatrie,
 - * et une salle pour l'ophtalmologie.
- une unité de consultation prénatale,

- une unité de consultation postnatale,
- une unité de consultation ORL,
- un cabinet dentaire,
- Un laboratoire,
 - DAT,
 - USAC,
- Deux salles de soins infirmiers, une morgue.

❖ **Les ressources matérielles du CSREF CIV** : le CSREF disposait en 2008 de :

- Une Ambulance
- Deux Blocs opératoires fonctionnels
- Deux Blocs opératoires réservés à l'obstétrique
- Vingt quatre Lits gynéco-obstétrique
- Deux Lits pour 1000 N.A
- Deux Boites de césarienne
- Deux Boites de la laparotomie
- Un Forceps non fonctionnel
- Une Ventouse non fonctionnelle
- Un Cranioclaste mais non fonctionnel
- Un Appareil d'anesthésie simple
- Deux Appareils d'anesthésie avec oxymètre de pouls
- Deux Appareils à tension
- Un Respirateur
- Une Boite de rachianesthésie
- Deux Boites d'intubation
- Deux Barboteurs pour le nouveau né
- Quatre Sondes d'aspiration
- Quatre Ambus
- Canules de quedel

❖ **Les ressources humaines et Le CSREF CIV dispose des personnels**

médicaux et paramédicaux qualifiés pour la prise en charge des besoins obstétricaux non couverts .La garde au niveau du service de gynéco-obstétrique est assurée par une équipe composée d'un CES de gynéco-obstétrique ,des médecins généralistes qui ont soutenu dans le service, les internes du service, la sage femme et son infirmière, les manœuvres, l'aide de bloc , un chauffeur et la pharmacie.

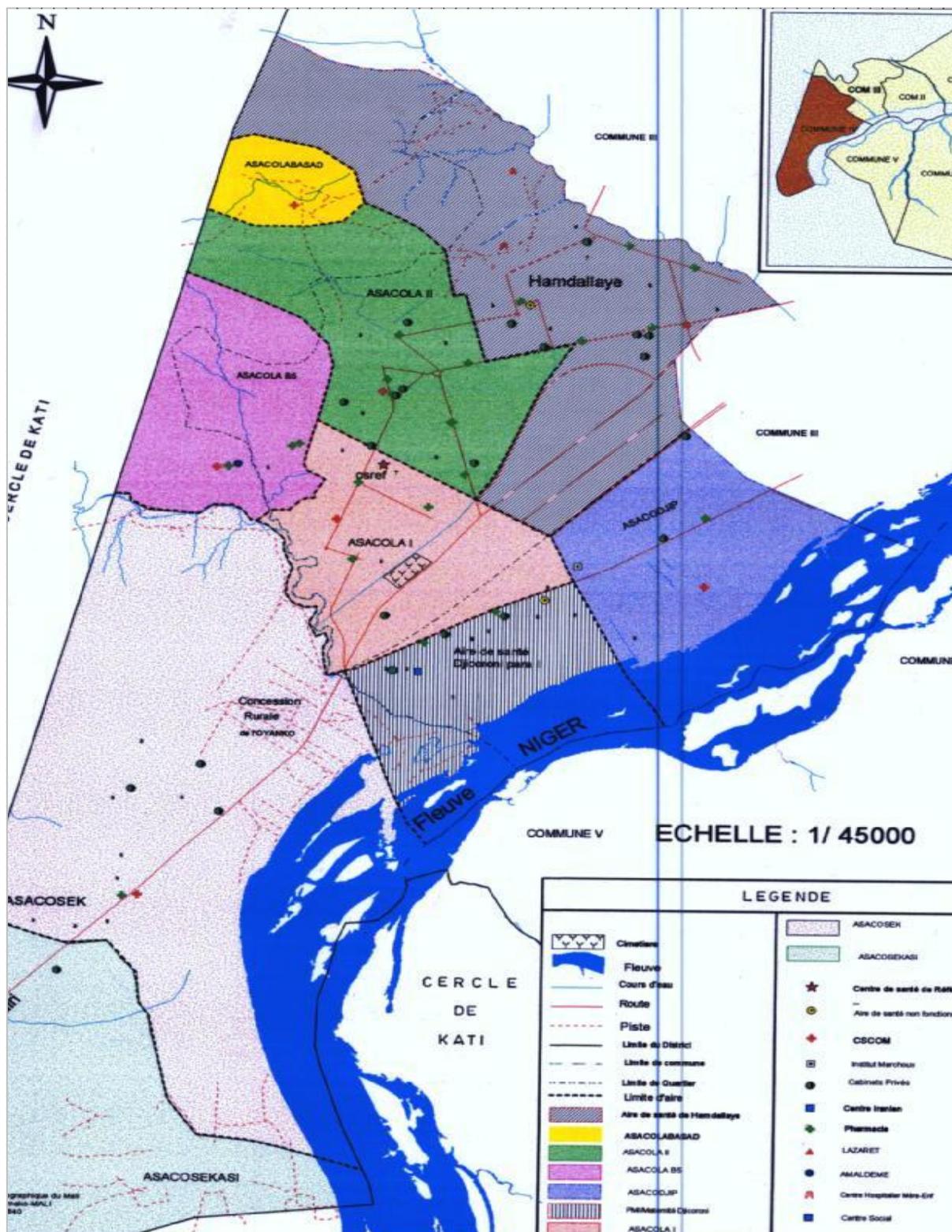
Pendant la garde le gynécologue du service est souvent sollicité.

Une fois le diagnostic d'IMA/IOM est posé toute l'équipe est mobilisée pour la prise en charge rapide de la parturiente du début jusqu'à la fin et une surveillance rigoureuse en hospitalisation.

Si les parturientes sont bien prises en charge à l'intérieur du service, il est à noter que le service rencontre d'énormes difficultés pour les évacuations vers les CHU ou venant des CSCOM par manque d'un moyen de transport suffisant, le CSREF CIV ne dispose qu'une seule ambulance pour toutes les évacuations

Si le personnel est qualifié et disponible pour la prise en charge des besoins obstétricaux non couverts des difficultés existent :

- Dans la salle d'accouchement : les matériels de réanimation sont insuffisants.
- Au bloc opératoire : il y a seulement deux boites de césariennes et une boite de laparotomie qui sont mauvaises qualités.
- A l'hospitalisation : certains matelas et lits sont de mauvaises qualités.



2-type d'étude :

-Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive

3-période d'étude :

Elle a duré douze mois ; de janvier à Décembre 2008

4- population d'étude :

L'étude concernait les femmes enceintes habitant dans la CIV du district de Bamako et qui sont prises en charge par le CSREF de la commune.

5-Echantillonnage :**5-1- critère d'inclusion :**

-Femmes admises dans la maternité ayant subi une intervention obstétricale majeure à partir de la 28ème semaine de grossesse suivie jusqu'au 42 ème jour après l'accouchement.

-Femmes décédées à la suite d'un problème de santé lié à l'accouchement ou aux suites de couches.

5-2. critères de non inclusion :

Certaines interventions n'ont pas été incluses dans l'étude car elles peuvent être pratiquées en dehors du centre de santé de référence ou qu'il n'est pas possible d'en estimer le nombre attendu, il s'agit des femmes ayant subi :

- un avortement
- une intervention pour grossesse extra-utérine
- une injection d'utero tonique
- de traitements médicaux et chirurgicaux pour les autres pathologies associées à la grossesse.
- Une épisiotomie

- Accouchement après induction du travail.
- Accouchement après application de ventouse ou du forceps
- Une suture pour déchirure des parties molles.
- Les femmes non enceintes

6-technique de mesure :

6-1. Indicateur du besoin obstétrical :

Les indications maternelles choisies pour construire l'indicateur ont été limitées aux indications maternelles absolues (IMA) pour lesquelles une intervention obstétricale majeure est absolument nécessaire. C'est-à-dire des problèmes obstétricaux pour lesquels, si une intervention obstétricale n'est pas réalisée, la probabilité pour la parturiente de mourir est très élevée.

6-2- les indications maternelles absolues sélectionnées : IMA.

- les hémorragies anté-partum sévères (pour placenta prævia ou hématome retro-placentaire)
- les hémorragies incœrcibles du post-partum (hémorragie de la délivrance)
- des disproportions fœto-pelviennes majeures dues à un bassin étroit ou une hydrocéphalie ou une macrosomie.
- les présentations transverses et du front.
- rotation de la face en mento-sacré

6-3-intervention obstétricales majeures : IOM.

Ces interventions ont été choisies ; non seulement parce qu'elles sont sensées empêcher une femme de mourir (pour les indications mentionnées) mais aussi parce qu'elles ne peuvent être pratiquées qu'en institution hospitalière. Ce sont :

- la césarienne ;
- la laparotomie pour suture de brèche utérine.
- l'hystérectomie
- la craniotomie/ embryotomie.
- la version par manœuvre interne

6-4-Collecte des données : La collecte des données a été réalisée à partir :

- Du registre d'accouchement
- Du registre des hospitalisations en maternité et chirurgie
- Du protocole opératoire
- Des Fiches d'évacuation
- Du Dossier des parturientes
- Le partogramme d'évacuation

L'implication du personnel est un facteur essentiel de réussite. Une interview approfondie du personnel ; major du bloc opératoire la sage femme et le chargé SIS (système d'information sanitaire) a lieu en cas de besoins ou si les informations contenues dans le support sont incomplètes.

Pour la collecte des données deux questionnaires sont élaborés :

- Le questionnaire « femme » (voir annexe)
- Le questionnaire « formation sanitaire (voir annexe)

La saisie, l'analyse et le traitement des données ont été réalisés sur logiciels :

- world 2007
- SPSS 12.0

7- Pour l'analyse des résultats voici quelques définitions opératoires de l'indicateur:

BONC= Besoins Obstétricaux non couverts

$BONC = (NA \times \text{taux de référence}) - (\text{nombre d'IOM/IMA})$

NA= naissances attendues dans une population = 5% de la population

Taux de référence national : obtenu en faisant la moyenne des taux des zones où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence présente moins de barrières ; il s'agit principalement des taux retrouvés dans certains districts sanitaires ou communes urbaines.

- Commune V district de Bamako en 1997- 1,2%
- District sanitaire de kolondieba en 1997 -1,3%

- District sanitaire de Bougouni en 1998- 1,1%

Le taux moyen dans ces trois zones ; soit 1,2% à été pris comme taux de référence national (4)

- Nombre d'IOM/IMA attendu = au taux de référence national qui multiplie le nombre de naissance attendue (1,2% de naissances)

Nombre déficit = calculé en soustrayant du nombre d'IOM/IMA attendu ; le tout multiplié par 100.

V- RESULTATS

Au CSREF de la CIV sur un total de 4550 parturientes nous avons recensés 111 cas soit une fréquence de 2,44%

I - Caractéristiques sociodémographiques

TABLEAU I : Répartition des parturientes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectif absolu	Fréquence(%)
15-19	32	28,82
20-24	27	24,32
25-29	16	14,41
30-34	14	12,61
35-39	12	10,81
40-45	10	9,00
Total	111	100%

La tranche d'âge 15-19 était la plus représentée avec 28,82%.

TABLEAU II: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Fréquence(%)
Mariées	98	88,29
Célibataires	13	11,71
Total	111	100%

Les femmes mariées étaient majoritaires avec 88,29 %

TABLEAU II I: Répartition des parturientes par rapport au mode d'accès

mode d'admission	CIV	Fréquence (%)
Admission directe	29	26,13
Evacuées	82	73,87
Total	111	100

Les évacuations ont représenté 73,87%

TABLEAU IV: Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectif absolu	Fréquence(%)
Primipares	37	33,33
Pauci pares	28	25,23
Multipares	27	24,32
Grande		
Multipares	19	17,12
Total	111	100%

Les primipares prédominaient avec 33,33%.

TABLEAU V: Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectif absolu	Fréquence(%)
-------------------	------------------------	---------------------

Ménagère	83	74,77
Commerçante	12	10,81
Etudiante	4	3,60
Aide Domestique	10	9,00
Non Précisé	2	1,80
Total	111	100

Les ménagères étaient prédominantes avec 74,77%

TABLEAU VI: Répartition des parturientes selon le lieu de provenance

Quartier	Effectif absolu	Fréquence(%)
Lafiabougou	34	30,63
Hamdallaye	22	19,82
Djicoroni-Para	17	15,31
Sebenicoro	14	12,61
Taliko	13	11,71
Lassa	8	7,20
Koyanbougou	3	2,70
Total	111	100

Lafiabougou a représenté 30,63% de la provenance

TABLEAU VII : Le reste des activités de la maternité durant la période d'étude

Année 2008	CSREF CIV	Fréquences(%)
Nombre d'accouchements		
Eutociques	4322	94 ,99%
Nombre d'accouchements		
Dystociques	228	5,01%
Total	4550	100%

L'accouchement eutocique a représenté 94,99%.

II - Interventions obstétricales majeures :

TABLEAU VIII : Total des IOM/IMA et déficit en 2008.

	CIV
population.	245421
Nombre N.A	12271
Nbre IOM/IMA attendu	147
Nbre IOM/IMA réalisé	111
Déficit en IOM/IMA	24%

La Commune IV a un déficit de 36 IOM / IMA soit un taux de 24 %

TABLEAU IX : Répartition selon la fréquence des IOM / IMA en 2008.

Interventions	CIV	Fréquence (%)
Césarienne	94	84,68
Laparotomie pour suture de brèche utérine	14	12,61
Hystérectomie	3	2,70
Total IOM	111	100

La césarienne a représenté 84,68 % des IOM / IMA.

TABLEAU XI : Fréquence des IMA qui ont bénéficié d'une IOM au CSREF de la CIV en 2008.

Indications maternelles absolues	Nombre	Fréquence (%)
Disproportion fœto- pelvienne	23	20,72
Rupture utérine	17	15,32
Pré rupture utérine	12	10,81
Placenta prævia	22	19,82
Hématome rétro placentaire	9	8,11
Présentation transverse	20	18,09
Présentation du front	6	5,41
Présentation de la face en mento- sacré	2	1,80
Total	111	100

Les DFP ont été l'IMA la plus représentée avec 20,72 %.

TABLEAU XII : les interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues au CSREF CIV.

IMA	Césarienne	Hysterroraphie	Hystérectomie	Total
Syndrome de Pré- rupture	12	-	-	12
Rupture utérine	-	14	3	17
Placenta prævia	22	-	-	22
Hématome Rétro-Placentaire	9	-	-	9
Disproportion Foeto-Pelvienne	20	-	-	20
Présentation Transverse	23	-	-	23
P front	6			6
Face en mento-Sacré	2	-	-	2
Total	94	14	3	111

La présentation transverse l'indication de la césarienne la plus pratiquée des IMA avec 23 cas.

TABLEAU XIII: Décès maternel chez les parturientes admises pour IOM.

Admission	CSREF CIV	Fréquences (100000 naissances)
Vivantes	790	
Décédées	3	
Total parturientes	793	
Taux desces maternel		378 pour 100000

Le décès maternel a représenté 378 pour 100000 naissances.

TABLEAU XIV : Répartition selon l'étiologie des décès maternels.

Etiologie	CSREF CIV	Fréquence(%)
Choc hémorragique	2	66,67%
Septicémie	1	33,33%

Le choc hémorragique a représenté 66,67 % de la cause des décès maternels.

TABLEAU XV : Mortalité néonatale précoce chez les enfants de mères admises pour IOM en 2008.

Nouveaux nés	CIV	Fréquence(%)
Nouveaux nés vivants	101	87,82

Mortalité néonatale précoce	14	12,17
Total enfant	115	100

La mortalité néonatale précoce a représentée 12, 17% des nouveaux nés.

TABLEAU XVI : Répartition des IOM par groupe d'indication maternelle (absolue et non absolue).

	IOM	NON IOM	Nbre IM	Fréquence (%)
IMA	111	1	112	14,12
Non IMA	681	0	681	85,88
Total	792	1	793	100

14 ,12 % des parturientes sont admises pour IMA.

NON IOM=Décédée avant l'intervention.

TABLEAU XVII: Moment de décès maternel par rapport à la période de l'acte opératoire

Moment	CIV	Fréquence (%)
Dcd avant intervention	1	33 ,33%
Dcd après intervention	2	66 ,67%
Total décès	3	100%

66 ,67 % des décès maternels sont survenus après l'intervention.

TABLEAU XVIII : Fréquence des non IMA dans le CSREF de la CIV en 2008.

Non IMA	Nombre	Fréquence(%)
Souffrance fœtale aiguë	122	17,89
Dystocie dynamique	109	15,98
Césarienne prophylactique	107	15,68
Défaut d'engagement	103	15,10
Césarienne itérative	84	12,32
Procidence du cordon	53	7,77
HU excessive	42	6,16
Dépassement de terme	38	5,57
Grossesse rapprochée	12	1,76
Rétention 2 ^{ème} jumeau	7	1,02
Rétention tête dernière	4	0,59
Eclampsie	1	0,15
Total	682	100

La souffrance fœtale aiguë a représenté 17, 89 % des non IMA.

TABLEAU XIX : Répartition des types d'IOM par groupes d'indication

	Nbre d'IMA	Nbre de non IMA	Total	Fréquence(%)
Césarienne	94	682	776	97,86
Laparotomie	14	0	14	1,77
Hystérectomie	3	0	3	0,38
Total	111	682	793	100

94 césariennes ont été faites pour IMA contre 682 pour non IMA

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A/ Selon les activités :

1 - Les accouchements

En 2008, 4550 accouchements ont été enregistrés dans la maternité du CSREF de la CIV et la césarienne a représenté 17,05% des accouchements

2-Les interventions obstétricales majeures (IOM)

En 2008 sur un total de 793 parturientes admises dans le CSRéf de la CIV pour IMA ou non IMA, un(1) n'a pas subi d'IOM et la césarienne a représenté 97,86% d'IOM (776 /792), la laparotomie 1,77% (14/792) pour suture de brèche utérine, l'hystérectomie 0,38% (3/792).

Durant 12 mois la version par manœuvre interne et la craniotomie n'ont pas été réalisées.

2.1 La Césarienne :

Par rapport aux interventions obstétricales majeures la césarienne a représenté 97,86%(776/792).

Elle a représentée 84,68 % des IOM / IMA soit 94 cas.

A Niono et Koutiala la césarienne a représenté respectivement 92,4%(5) et 71,51% (4) des interventions obstétricales majeures et

Cette fréquence de la césarienne était 79,30% des IOM pour environ 62% des IMA au Niger(22).

Au Mali en 1998 la césarienne représentait 87 % des interventions obstétricales

majeures [15]. Dans la région de Ségou la césarienne a représentée 73,7 % des IOM en 1998 [23].

En 2001 dans la région de Koulikoro la césarienne représentait 82,23 % des IOM [24].

A L'hôpital du point G [25] ainsi que dans le centre de santé de référence de la commune V (26) la césarienne a représenté respectivement 62 et 69,01 % des urgences obstétricales. Au Burkina Faso la césarienne représentait 68,3 % de l'ensemble des IOM/IMA [27].

Ces différents résultats prouvent que la césarienne reste encore la plus pratiqué des interventions obstétricales majeures

Les DFP ont été les principales indications de la césarienne avec 23cas sur 111, soit (20,72%) des indications maternelles absolues ; ensuite viennent, le PP avec 22cas, la présentation transversale avec 20 cas ; la rupture utérine avec 17 cas soit (15,32), le syndrome de pré-rupture avec 12 cas soit (10,81%), l'HRP 9 cas soit (8,11%), la présentation de front et de face avec respectivement 6 cas et 2 cas.

Dans la région de Koulikoro, les DFP, la présentation transverse et le PP viennent loin devant les autres indications maternelles avec des fréquences respectives de 33,79%, 13,85% et 9,69% (24).

A Niono la DFP occupait 62,06 % des indications [5] alors qu'elle était de 33,79% à Koulikoro [24] .et de 19,64% à Koutiala (4)

Les DFP occupent la première position des IMA au Mali (10).

Dans notre étude les DFP sont les premières causes de la césarienne

Au Maroc les DFP étaient les plus pratiquées en 1989 (23).

2.2 Les autres interventions obstétricales majeures

2-2-1 Laparotomie pour suture de brèche utérine et hystérectomie

Le CSREF de la CIV a enregistré au cours de notre étude 14 cas de laparotomie (1,77 % des IOM) et 3 cas d'hystérectomie pour rupture utérine soit respectivement 12,61 % et 2,70 % des IOM/ IMA.

Ce résultat peut s'expliquer par la connaissance des urgences obstétricales et la rapidité de la prise en charge au niveau du CSREF CIV

Les 3 cas d'hystérectomies peuvent s'expliquer par un retard d'évacuation par les cscom des parturientes vers le CSREF donc un déficit de

Référence/Evacuation

Dans le CSRéf de Niono 19 cas de laparotomie contre 3 cas de d'hystérectomie, (5) contre 40 cas de laparotomie et 9 cas d'hystérectomie dans le cercle de Ségou [17].

Dans le cercle de Koutiala 44 cas de laparotomies et 1 cas d'hystérectomie (5)

2.2.2 Craniotomie et version par manœuvre interne

Aucun cas de craniotomie et de version par manœuvre interne n'a été réalisé durant notre étude au CSREF CIV

En 2003 le cercle de Koutiala a enregistré 3 cas de version par manœuvre interne et aucun cas de craniotomie(4)

A Koulikoro, 5 cas de version et 3 cas de craniotomie ont été réalisés [24]

Dans la province de Butare au Rwanda 1,4% des IOM était occupé par la craniotomie [28].

Ce taux nul peut s'expliquer par la vieille pratique abandonnée par l'obstétricien moderne

3. Les indications maternelles absolues et non absolues (IMA et non IMA)

Sur 793 admissions à la maternité du CREF de la CIV en 2008 pour Indications maternelles, 112 cas étaient des IMA soit (14,12%) et 681 cas des non IMA soit (85,88%)

Les IMA ont occupé 12,11% des césariennes (94/776)

Un cas d'hémorragie n'a pas bénéficié d'IOM (parce qu'elle est décédée avant l'intervention)

4- Décès maternelles

Le CSRéf a enregistré 3 décès maternels après les IOM/IMA dont 1 cas avant l'intervention ,2 cas après l'intervention .Le taux de décès maternel en 2008 est de 378 pour 100000 naissances alors que pour la période d'étude l'ensemble de décès maternels recensés à la maternité était 4 cas en 2008.

Sur les 3 cas de décès maternels observés 2 cas sont attribués aux hémorragies sévères du post partum, et 1cas de septicémie.

A Ségou en 1998, 71 décès maternels intra hospitaliers ont été constatés avec un pourcentage de 12,28% ; ces décès ont été attribués aux hémorragies sévères en première position, aux ruptures utérines, et aux infections sévères. Alors qu'à Koulikoro, il a été observé les mêmes situations que celles de Ségou (24).

Au Mali le taux de décès maternels après les IOM est de 2,8% ; les causes de décès maternels en milieu rural sont représentées par les ruptures utérines et les hémorragies en seconde place; alors que dans les zones urbaines, c'est l'inverse (10).

Le taux de décès maternel est de 161 pour 100 000 NV au Bénin tandis qu'au Gabon il est de 152 pour 100 000 NV (6).

Au Burkina Faso en 1998, sur 940 IOM réalisées, 94 décès maternels ont été observés soit 1 000 décès maternels pour 100 000 urgences obstétricales réalisées (31).Alors qu'à Bouafle (Côte d'Ivoire), 4 décès maternels sur 112 femmes ont été constatés soit 3,6% (12).

Cette étude confirme de plus que la première cause de mortalité maternelle est liée aux hémorragies.

5-Décès néonatal :

Il s'agit des morts- nés et des nouveau-nés décédés dans les 24 heures après l'intervention.

Pour l'ensemble des parturientes admises ayant subi une IOM le centre de santé de référence de la CIV à enregistré 18 cas de mortalité néonatale précoces soit 12,17% des IOM. La majorité des décès sont dus à une évacuation tardive des parturientes vers le CSREF.

B- Profil sociodémographique des parturientes :

La tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 15-19 ans, soit 28,82% suivie de la tranche d'âge 20-24 ans pour cette étude.

Cela montre que l'activité génitale est très élevée pour ces tranches d'âge.

A Ségou comme au Maroc la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 20-24 ans avec respectivement 23,52% et 20,5%.

Dans la région de Koulikoro la tranche d'âge ayant subi la plus d'IOM se situe entre 20-24 avec 23,91%.

Les 74,77% des parturientes étaient des ménagères soit 83 en valeur absolue.

Nous disons que 98 parturientes étaient mariées et 13 célibataires, soit 88,29% mariées et 11,71% célibataires et cela s'explique par le mariage précoce dans notre pays.

Pour l'étude de Ségou, 97,4% des parturientes étaient des ménagères,; et 93,67% étaient mariées tandis que 6,32% étaient célibataires (31).

A Niono la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 15-19 ans, suivie de la tranche d'âge 20-24 ans, les 85,5% des parturientes étaient des ménagères(5)

C-Répartition selon les ressources

C-1 Ressources matérielles et infrastructures

Le CSREF de la CIV dispose, **24 lits** pour la maternité et le service de gynéco-obstétrique, 2 blocs opératoires, 6 salles pour l'hospitalisation et une ambulance répondent aux normes.

Dans la région de Ségou et Koulikoro, les capacités d'accueil des maternités par rapport aux naissances attendues sont faibles qu'à Koutiala (3 lit pour 1000 NA) avec respectivement 1,5 et 2,62 lits pour 1 000 N.A.

Dans le CSRéf de Niono comptait 42 lits, un bloc opératoire et une ambulance alors que dans la région de Ségou 10 salles d'opération ont permis la prise en charge de 440 IOM/IMA en 1998. [31]

Le CSREF de la CIV dispose des stocks de sang pour les urgences transfusionnelles. Cependant le plasma frais congelé n'est pas disponible et cela est une nécessité en cas d'hémorragie de la délivrance par trouble de la coagulation

Le CSREF CIV a un système d'information très organisé avec les autres centres de santé de la commune qui permet une prise en charge rapide des urgences obstétricales et une réduction de la mortalité maternelle.

C-2 Ressources humaines :

Le CSREF de la CIV disposait en 2008 de deux gynécologue-obstétriciens et vingt cinq sages femmes qui s'occupent des urgences obstétricales, en plus de cela il y a 7 infirmières obstétriciennes, répondant aux normes qui prévoient deux gynécologues ou médecin généraliste à tendance chirurgicale pour 20 lits de la maternité et deux ou trois sages femmes par structure sanitaire de référence (5).

Par contre pour l'ensemble de la région de Ségou il y avait 12 médecins dont un gynécologue, trois chirurgiens et huit médecins généralistes à tendance chirurgicale en 1998, et avec moins d'une sage femme pour 1 000 naissances attendues (31), alors qu'on disposait de 15 médecins dans la région de Koulikoro dont un gynécologue et 14 médecins généralistes et il y avait trois sages femmes pour 10 000 naissances attendues.

En 1998 au Niger le ratio gynécologue ou médecin généraliste à compétence gynécologue pour 10 000 naissances attendues était de 0,60 (22).

Le CSREF de Koutiala disposait 2 MGCC et 6 sages femmes pour la prise en charge des urgences obstétricales soit un ratio respectif de 1MGCC/10 000 N.A 2 sages femmes pour 10 000 N.A 2003(4).Alors que le CSREF de Niono

disposait de trois médecins généralistes à tendance chirurgicale et cinq sages femmes qui s'occupent des urgences obstétricales(5)

D-Selon le déficit :

Le CSREF de la CIV a eu un déficit de 36 soit 24% cela peut s'expliquer la politique de prévention des pathologies obstétricales et l'effectif des ressources disponibles et suffisantes au CSREF de la CIV.

Par contre la région de Ségou présentait en 1998 un déficit de 50,35% suivi de Sikasso avec 51%; alors qu'à Niono le déficit était à 50% (23).

En 1998, la région de Koulikoro qui présentait un déficit de 58%, se retrouve avec 67,88% en 2001 (6), Pendant la même période le déficit de l'ensemble du Mali était à 76%(10).

Au Burkina Faso en 1998, le déficit était de 87,5% à Titao en milieu rural dans la région d'Ouahigouya (5).

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

❖ CONCLUSION

Les activités

- Sur un total de 793 parturientes admises 792 ont subi une IOM, soit (99,87%).Un cas n'a pas bénéficié car elle est décédée avant l'intervention,
- 14,12% des femmes étaient admises pour IMA contre 85,88% des non IMA ;
- la césarienne a été la plus pratiquée des IOM avec 97,86% soit 776 cas dont 94 étaient pour IMA.

Les ressources (humaines matérielles) et infrastructures

Le CSRéf dispose de deux Gynécologues obstétriciens, 25 sages femmes, deux (2) salles opératoires et une ambulance pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Déficit en IOM/IMA

L'analyse des résultats de notre étude a montré qu'il existe au CSREF de la CIV un déficit en interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues de 24 %.

❖ RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées :

- Equiper la salle de réanimation du CSREF de la CIV pour une meilleure prise en charge des urgences obstétricales et néonatales.
- Renforcer les moyens d'évacuation avec la mise à la disposition du CSRéf de la CIV d'une seconde ambulance.
- Suivre régulièrement la collecte et l'analyse des données au niveau de tous les cscom avec plus de rigueur
- Redynamiser le système de retro-information aux différents cscom en cas d'évacuation.
- Renforcer la surveillance des parturientes dans la salle d'accouchement avec le partogramme.
- Mettre l'accent auprès des femmes sur les consultations prénatales qui permettent d'identifier les grossesses à risque et orienter les gestantes vers les centres de prise en charge.
- Suivre régulièrement les consultations prénatales.
- Participer aux séances d'éducation.
- Respecter les conseils donnés par les agents socio-sanitaires

VIII-Références

1- OMS

Rapport mondial 2005

2- OMS

Rapport mondial 2008

3-EDSIV :

Enquête démographique et de santé Mali 2006

4-THESE A DIALLO

Etude des besoins obstétricaux non couverts dans le centre de santé de référence de Koutiala, thèse médecine Bamako 2006, N° 06M240

5 -THESE M COULIBALY

Etude des besoins obstétricaux non couverts dans le centre de santé de référence de Niono, thèse médecine Bamako 2005, N° 05M247

6-Vincent De B – Wim Van Larberghe.

Les Besoins Obstétricaux Non Couverts. L'Harmattan, 1998, ISBN 2-7384-6882-9.

7--Courte joie J. Rotsart de Hertaing I.

Maternité et Santé. Imprimerie Société Missionnaire St Paul, Kinshasa, 1988, 461p.

8 - MERGER R. / LEVYJ. / MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique 5ème édition Masson 1986.

9-RIGAL J.M.

Obstétrique en situation isolée. Hatier Paris, Mai 1992, 221p

10-Commission Européenne DG VIII.

L'approche des Besoins Non Couvert pour les Interventions Obstétricales Majeures, Etudes de cas du Mali, 1998, p43.

11-Body G. Lansac J. Marred H. Parroting F.

Pratique de l'accouchement 3ème Ed. Masson, Paris, 2001, 525p.

12-THOULON J.M, PUECH F, BOOG.

L'obstétrique, édition ELLIPSES, Paris 1995

L'obstétrique, édition ELLIPSES, Paris 1995

13-CONTAMIN R./ BERNARD P./ FERRIEUX J. :

Gynécologie générale partie 2 VIGOT édition Paris 1977.

14-MANDROFF K. , ERWI M.T.

Manœuvre obstétricales et complications. J. Gynécol. Obsté.Boil. Réproduct. 1985.

15-SANGARE M. Bah, BAMBA S. I., SIDIBE D., DNSP/DSFC,.

Approche des besoins obstétricaux non couverts au Mali : présentation des résultats mars

2000 75p thèse méd. n 003M00

16- Césarienne itérative : indications et pronostic materno-fœtal au CSREF de la commune V de Bamako, Mali

Thèse méd. 2003 n06M4

17-OMS

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé

connexe. 10^{ème} révision. Genève 1997

18-BANQUE MONDIALE, OMS, UNICEF :

Rapport mondial sur le développement humain durable, 2003

19-TOURIS H.de et R. Henrion :

Abrégé de gynécologie et d'obstétrique, Masson et Cie.

20-PAPIERNIK E., CABOL D., PONS J.C.

L'obstétrique, édition FLAMMARION, Paris 1995

21-UZAN M., HADDAD B. et UZAN S.

HRP. Encycl. Med Chir. (Elzévir, Paris) obstétrique, 5-071-A-10, 1995, 8 pages

22-Rooney C.

Soins prénatals et santé maternelle : Etude d'efficacité. OMS,

Programme de santé maternelle et maternité sans risque. WHO. MSM/92.4: 72P

23-MAIGA A:

Etude des BONC dans la région de Ségou (1998). Thèse médecine 2000.

n° 00 M 103.

24-TRAORE D.

Etude des BONC dans la région de Koulikoro 2001, thèse médecine 2003,

n° : 03 M 41.

25-DIARRA O.

Urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du point G (1998) , , thèse médecine 2000 n 00M204

26-DISSA L.

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1205 cas ;

Thèse médecine Bamako 2005, N° 05M110

27-OUEDRAGO L.T, THIEBA B.B.

Etude des BONC : expérience de Burkina Faso, présentation faite à la réunion des pays francophones du réseau de recherche sur les BONC, Abidjan du 29 février au 02 mars 2000.

28-BASINGA P., CONDO J., MUSANGO L., et NTAGANIRA J.

Etude des BONC dans la province de Butare (RWANDA) Thèse méd. 2000 64P

29-Alioune E. Takpara L.

Mortalité maternelle en République populaire du Bénin ; cause et stratégie de lutte. Actes du séminaire <<Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement >>, Centre international de l'enfance, octobre, édition INSERM, 1996.

30-DIARRA N. ANGBO O. WEFFENS Ekra

Mortalités et morbidités liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouafle en Côte d'Ivoire, 1999, 201p. Thèse Médecine n 03M34

31-KONE S.I.

Etude de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerpérale dans le service gynéco-obstétricale de l'Hôpital Régional de Ségou. Thèse, médecine, Bamako, 1999, n° 6.

IX-ANNEXES

**Annexe I : QUESTIONNAIRE SUR LES BESOINS OBSTETRICAUX NON COUVERTS :
INTERVENTIONS OBSTETRIQUES MAJEURES POUR INDICATIONS MATERNELLES
ABSOLUES**

Date de l'enquête : ____/____/ ____/	Enquêteurs :
Questionnaire N° _____	

Q0- Commune IV du District de Bamako.....

Q1 – catégorie de formation sanitaire / ____/

1 = centre de santé de cercle

2 = centre de santé d'arrondissement avec bloc opératoire

3= autres, préciser :

Q2- Numéro du dossier : / / /

Q3- Nom et prénom de la parturiente

Q4- Date d'admission : ____/____/____/

Q5- Age de la parturiente :

Q6- Ethnie de la parturiente :

Q7- Situation matrimoniale / ____/

1 = mariée

2 = célibataire

3 = autres, préciser :

Q8- Profession : / ____/

1 = ouvrière 4 = employée de bureau

2 = ménagère 5= étudiante
3 = commerçante 6= autres, préciser :

Q9- Profession du mari : / ____/

1 = ouvrier 4 = employé de bureau
2 = cultivateur 5 = étudiant
3 = commerçant 6= Autres

Q10- Zone de provenance

1 = commune IV 2 = hors commune

Q11 – Nom du lieu de provenance (aire de santé du Cscm) :.....

Q12- Type d'accès à la maternité

1 = directement 2 = référence de santé (évacuation du Cscm vers le CSRéf)
3 = réadmission

Q13- Date d'intervention : ____/____/____/

Q14- Type d'intervention / ____/

1 = césarienne 2 = la laparotomie pour suture de brèche utérine
3 = hystérectomie 4 = craniotomie
5 = version par manœuvre interne 6 = autres, préciser :

Q15- Indication de l'intervention / ____/

1 = rupture utérine 2 = syndrome de pré-rupture utérine
3 = placenta prævia 4 = hématome rétro placentaire
5 = hémorragie du post-partum sévère 6 = disproportion fœto-pelvienne
7 = présentation transversale 8 = présentation du front
9 = rotation de la face en mento-sacrée 10 = autres :

Q16- Si l'hémorragie post-partum sévère, préciser la cause :

.....

Q17- Si disproportion fœto-pelvienne, préciser: / ____/

1 = bassin rétréci
2 = hydrocéphalie
3 = macrosomie (gros fœtus)
4 = autres, préciser :

Q18- Etat de la mère à la sortie

1 = vivante sans complication 2 = vivante avec complication
3 = décédée 4 = non précisé

Q19- Si complication, préciser la nature :

Q20- Etat de l'enfant / ____/

1 = vivant 2 = décédé dans les 24 heures
3 = mort-né 4 = réanimé vivant
5 = non précisé

Q21- Si mère décédée, préciser le moment du décès / ____/

1 = avant l'intervention 2 = pendant l'intervention
3 = dans les 24 heures après l'intervention 4 = 2-3 jours après l'intervention

5 = plus de 3 jours après l'intervention 6 = non précisé

Q22- cause du décès de la mère / ____/

1 = complication HTA

2 = hémorragie

3 = infection

4 = inconnue

5 = rupture utérine

6 = autres, préciser

Si autres alors préciser

Q22A- Si complication HTA / ____/

1 = éclampsie

2 = AVC

Q22B- Si hémorragie sévère / ____/

1 = Hématome Rétro Placentaire

2 = Placenta prævia hémorragique

3 = Hémorragie du post-partum

Q25- Durée de séjour en jours : / / /

**Annexe II : QUESTIONNAIRE SUR LA FORMATION SANITAIRE
PARATIQUANT DES IOM /IMA**

Date de l'enquête : ____/____/
Questionnaire N° _____

Enquêteurs :

Identification de la formation :

Q1- Cercle

Q2- Commune.....

Q3- Catégorie de la formation sanitaire / _1____/

1 = centre de santé de cercle

2 = centre de santé d'arrondissement avec bloc opératoire

3= autres, préciser :

Moyens matériels

Q1- Nombre de lits à la maternité :.....

Q5 – nombre de lits gynéco-obstétrique :

Q6- Nombre de lits total de la formation sanitaire :

Q7- Nombre de salle d'opération

Q8- Nombre de salle d'opération réservée à l'obstétrique :.....

Q9- Nombre de ventouse mécanique fonctionnelle :

Q10- Nombre de ventouse électrique fonctionnelle :

Q11- Nombre de forceps fonctionnel :.....

Q12- Nombre d'ambulance :

Moyens humains

Médicaux

Q13- Nombre de Gynécologue :

Q14- Nombre de chirurgien :

Q15- Nombre de médecin à compétence chirurgicale :

Q16- Nombre de stagiaire (gynéco-obstétrique) :

Q17- Si autres, préciser :

Paramédicaux

Q18- Nombre de sage-femme :

Q19- Nombre d'infirmière obstétricienne :

Q20- Nombre de matrone :

Q21- Nombre d'aide soignante :

Q22- Nombre d'anesthésiste :

Q23- Nombre d'aide chirurgien :

Activités

Q24- Nombre d'admissions en maternité :

Q25- Nombre total accouchements :

Q26- Dont nombre accouchements dystociques...../.....

Q27- Dont nombre total accouchements eutociques : .../.....

Q28- Nombre total mort-né :

Q29- Nombre total décès maternel :

Q30- Nombre total césarienne :

Q31- Nombre total rupture utérine :

Fiche signalétique

Nom : TRAORE

Prénom : Massédou

Titre de la thèse : Etude de la prise en charge des besoins obstétricaux non Couverts au centre de santé de référence de la commune IV

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Gynéco-obstétrique et Santé publique

Résumé

Etude des besoins obstétricaux non couverts est une approche qui s'adresse uniquement à la frange des problèmes obstétricaux qui nécessitent absolument une intervention en milieu hospitalier.

La fraction « non couvert » du besoin obstétrical en IOM pour IMA est calculée en déduisant le nombre d'interventions attendues du nombre d'interventions constatées dans la structure hospitalière.

Notre étude, rétrospective, a porté sur 793 femmes courant l'année 2008 dans la commune IV du District de Bamako.

Il ressort de cette étude que sur 792 IOM la césarienne a été la plus pratiquée (776/792). Les IMA ont représenté 111 cas (14,12%) contre 682 (85,88%) des non IMA.

Le déficit en IOM/IMA pour l'ensemble de la commune IV est de 36 IOM soit un taux de 24 %.

Les ressources (humaine et matérielles) sont suffisantes au CSREF de la CIV du District de Bamako car la présence de : 2 Gynécologues, 25 sages femmes, 2 blocs opératoires et 1 ambulance, répond aux normes.

Mots clés : besoins obstétricaux non couverts, interventions obstétricales majeures, indications maternelles absolues, naissance attendue, décès maternels, et déficit.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !