

**MINISTRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE**

République du MALI

**Un Peuple-Un But-Une Foi**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



**U.S.T.T.B**

**Faculté de Médecine et  
D'Odontostomatologie**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N° \_\_\_\_ /

**THEME/**

**CIRCUIT DES REFERENCES/EVACUATIONS  
GYNECO-OBSTETRIQUES REÇUES AU CENTRE  
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V  
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**THESE/**

Présentée et soutenue publiquement le...

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par : ABOUBACAR SIDIKI THIENTA**

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

**JURY/**

**PRESIDENT: M. MAMADOU SIMA (Maître de conférences)**

**DIRECTEUR DE THESE : M. SOUMANA O TRAORE (Maître de conférences)**

**CO-DIRECTEUR DE THESE: M. MAMADOU S TRAORE (Gynécologue-Obstétricien)**

**MEMBRE: M. AMADOU BOCOUM (Maître de conférences)**

# **DEDICACE ET REMERCIEMENTS**

**Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux. Louange à Allah Seigneur de l'univers, l'Omnipotent, l'Omniscient, L'Omniprésent qui m'a permis de mener à bien ce travail Je remercie Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce**

**Dieu;** Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoins de soins ; Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ; Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ; Donne à mes oreilles la patience d'écouter ; Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ; Donne à mon esprit le désir de partager ; Donne – moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent. Amen !

**A notre Prophète Mohamed ; Salut et Paix sur Lui, à toute sa Famille, tous ses Compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement.**

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

**A mon père : Thienta Oumar**

Aujourd'hui plus que jamais, nous apprécions la valeur de vos efforts, la justesse de votre éducation et la précocité de vos conseils ; homme de vertu, vous resterez pour nous un exemple à suivre. Je te suis reconnaissant pour toute la confiance que tu as placée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle.

**A La mémoire de ma mère Aïssata Dienta (paix à son âme) :**

Une étoile qui brille à jamais dans le ciel de mon cœur. Maman, ce mot si doux à mes oreilles, évoque une affection infinie, des souvenirs chaleureux et un amour sans fin.

**Qu'Allah le Tout Puissant, le Clément et le très Miséricordieux, t'accorde son jardin bénit (le Paradis). Amen**

**A ma mère : Oumou Dienta**

Vous avez toujours été une femme courageuse, brave et exemplaire. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez faits pour moi. Ce travail est le tien. Que le bon DIEU vous accorde encore une longue vie pour « goûter aux fruits de l'arbre que vous avez planté » et j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas et mes pensées.

**A mes mères: Dienta Oumou, Diallo Oumou, Thienta Fatoumata**

Femmes croyantes, loyales, dynamiques, joviales, généreuses et sociables. Vos conseils, vos encouragements, vos câlins ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez toujours su donner votre sein à vos enfants et aux enfants d'autrui sans aucune distinction. Vous avez été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Merci encore une fois pour vos très longues prières nocturnes afin que le bon DIEU m'apporte sa bénédiction. Vous

resterez toujours pour moi des mamans modèles, il n'est point nécessaire pour moi de vous dire ce que je ressens ; mais recevez à travers ces quelques lignes toute mon affection profonde et ma reconnaissance .Que le bon Dieu vous accorde encore une longue vie pour « goûter aux fruits de l'arbre que vous avez planté » et j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas et mes pensées.

**A Mes Frères Et Sœurs : Fatoumata Thienta Ahmed Thienta Sékou Thienta Cheick Oumar Thienta Kadidiatou Thienta**

Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

**Ma belle-famille :** Le mariage est un hasard, certes vous m'avez porté votre confiance en acceptant de me donner votre fille. Recevez ici mes remerciements les plus sincères.

**Mon Amour, ma bien aimée Néné Doumbia:**

Belle comme l'aurore Tu es ma reine au sourire éclatant et au regard doux. Tu es la lumière qui éclaire mon chemin dans l'obscurité et Tu as semé la joie dans mon cœur en tristesse. Femme de foyer, Femme brave, Tendre épouse, mon amie, ma complice, ma confidente. Forte de caractère, tu as surmonté toutes les épreuves sans tambour ni trompette.

Ton affection et ton attention à mon égard n'ont pas d'égal et m'ont réconforté. Ce travail est le tien. Ton soutien moral et tes encouragements ne m'ont pas manqué tout le long de ce travail. Que Dieu te donne l'heureuse opportunité de jouir des fruits de mon travail. Que DIEU te donne des enfants respectueux et obéissants. Les mots me manquent car il n'y a pas de prix pour tout ce que tu as fait. Je te serai toujours reconnaissant et à vie.

Je dis tout simplement qu'Allah le Tout Puissant, Clément et Miséricordieux, t'accorde son paradis, amen

**Mes cousins et cousines : Mamadou Katillé Fatoumata Katillé Kadiatou Katillé Bakary Dienta Aissata Dienta Aichata Diallo Bakary Makadji Aichata Diawara Daouda Djiré Fatoumata Sineta Yaya Lellenta Balaye Dembéle Awa Camara...**

Aucun mot ne traduirait ce que je pense de vous. Merci

**Tous mes maîtres du premier et second cycle fondamental ainsi que ceux du lycée, Merci infiniment.**

**Tous les professeurs de la FMPOS (Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie) Merci pour la qualité de l'encadrement.**

**Tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique du CS Réf CV.**

Circuit des références/évacuations gyneco-obstetriques reçues au centre de sante de référence de la commune v  
du district de Bamako

**Tous mes collègues du service. Vous n'avez ménagé aucun effort pour ma formation dans la pratique médicale. Merci infiniment.**

# **REMERCIEMENTS**

**A mes chers Oncles et chères Tantes :**

Vos sages conseils ont beaucoup contribué à ma réussite. Je vous dis merci.

**A Dr Traore Oumar :**

Chef de service de la gynécologie obstétricale du C S REF CV. Cher Maître, votre disponibilité a été un facteur important pour la réussite de ce travail. Nous vous réitérons ici notre profonde gratitude pour la qualité de l'accueil que vous nous avez réservé dans votre service. Merci cher Maître.

**A Madame Tounkara Fatoumata keïta**

Vous avez été pour moi une grande sœur, merci du fond du cœur pour tout ce que tu as fait pour moi.

**A Pr Idrissa Tounkara**

Vous avez été pour moi, un formateur consciencieux, engagée et ayant le souci du travail bien fait. Travailler à vos côtés a été une grande chance pour moi. Trouvez ici cher maître le témoignage de ma profonde reconnaissance. Que Dieu te prête encore une longue vie.

**A mes Maîtres formateurs du CS Réf C V, notamment Pr Soumana Oumar Traore Dr Oumar Moussokoro Traore Dr Saleck Doumbia Dr Tall Saoudatou Dr Niagale Sylla Dr Nouhoum Diakité Dr Mamadou Traore Dr Abdou Camara Dr Belco Tamboura Dr Wally Camara Dr Kassim Bagayogo Dr Hounnade-Zounennisse Romeo Dr Adama Sissoko Dr Ousmane Dembélé Dr Daouda Goita Dr Drissa Drame**

Merci pour l'encadrement et pour la disponibilité. Courage pour le reste du chemin laborieux.

**A tout le personnel sociale-sanitaire du CS Réf C V de n'avoir ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail.**

**A mes Aînés aux Internes du CS Réf C V de ma promotion et mes Cadets:** Toute ma reconnaissance.

**A toutes les sages-femmes et infirmières obstétriciennes du CS Réf CV:** Merci pour vos collaborations et conseils précieux. Soyez rassurées de ma reconnaissance.

**Aux anesthésistes et réanimations du CSREF CV :** Merci pour vos conseils.

**Aux aides de bloc du CSREF CV:** Merci.

**A tout le personnel de la clinique médicale guérison BAMA: Dr Fatoumata Keita Dr Bakary Dembélé Dr Mamadou Konate Dr Seydou Sangaré Dr Sékou**

**Soukouna Sf Diakité Assarata Inf Aichata Traore Abdoulaye Keita Inf Koita Int Mamadou Camara Ext Nouhoum Guindo Hamadi Traore: Soyez rassurées de ma reconnaissance.**

**A tous mes amis et camarades de promotion de la FMPOS sans oublier les autres :** Votre sens de l'amitié, du pardon et de l'écoute m'a été d'un grand apport durant ces derniers moments. Merci infiniment.

**A mes Camarades et Amis :Ahmed Camara Cheick Oumar Keita Sékou Soukouna Moussa Nimaga Mamadou Diakité Ibrahim Cissé Mathieu Doumbo Afouchatou Daniongo Balakissa Coulibaly Tahirou Bah Francis Dembélé Kalilou Sidibé Sine Diallo Fatoumata Sangaré.....**

Je n'oublierai jamais les moments partagés et les conseils prodigués.

Recevez ici ma sincère gratitude.

**A tous les membres de la mosquée Ousmane ibn afan de baco djicoroni ACI: Dr Seydou Baba Sylla Imam Oumar Bagayogo Ousmane Cissé ...**

Recevez ici ma sincère gratitude.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury :**

**Professeur Mamadou SIMA**

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CHU Point G**
- **Maître de conférences à la FMOS**

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Cela nous touche énormément et humblement. C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos étudiants. Votre simplicité, Votre droiture, votre souci de transmettre vos immenses connaissances font de vous un maître exemplaire à suivre. En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions de trouver en cet instant solennel l'expression de notre profonde gratitude. Qu'Allah vous accorde encore longévité et santé !

**A notre maître et Directeur de thèse**

**Professeur Soumana Oumar TRAORE**

- **Professeur agrégé en Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

**Cher Maître ;**

Vos qualités d'homme scientifique, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens de la perfection ainsi que votre accueil fraternel font de vous un maitre respecté et admiré de tous. Permettez-nous-en ce jour de vous adresser nos vifs remerciements. Qu'Allah vous accorde encore longévité et santé !

**A notre maitre et co-directeur de thèse**

**Professeur Mamadou S TRAORE**

- **Directeur général adjoint du CHU Gabriel Touré**
- **Gynécologue-Obstétricien au CHU Gabriel Touré ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Chargé de recherche ;**
- **Chargé de cours à l'INFSS ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.**

**Cher Maitre,**

Vous êtes resté toujours disponible malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre. Votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait nous ont fascinés, vous resterez pour nous une source d'inspiration. Recevez ici cher maitre nos remerciements les plus sincères. Qu'Allah vous accorde encore longévité et santé !

**A notre maître et membre du Jury**

**Professeur Amadou BOCOUM**

- **Maître de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire en cœlioscopie en gynécologie en France.**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie-obstétrique de l'université de Paris Descartes.**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SO. MA.GO)**

C'est un grand honneur cher maître et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de siéger à ce jury. Vos qualités d'homme scientifique, de formateur et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître aimé, respecté et admiré et de tous. Permettez-nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude. Puisse Qu'Allah vous accorder une bonne santé et une longue vie afin qu'on continue de profiter de vous.

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AMIU** : Aspirateur Manuelle Intra Utérine

**ASACO** : Association de santé Communautaire

**ATCD** : Antécédent

**BDCF** : Bruit du cœur foetal

**CAT** : Conduite à tenir

**CC** : Consultation Curative

**CPM** : Chef de Post Médical

**CPN** : Consultation Prénatale

**CPON** : Consultation Post Natale

**CSCOM** : Centre de santé Communautaire

**CSP** : Centre de santé périphérique

**CSREF** : Centre de santé de Référence

**CUD** : Contraction utérine douloureuse

**DCD** : Décédé

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**DFP** : Disproportion foeto pelvienne

**DRC** : Dépôt Répartitaire de Cercle

**DRDS-ES** : Direction Régionale du Développement Social et l'économie Solidaire

**DRS** : Direction Régionale de la Santé

**DV** : Dépôt de vente

**EDS** : Enquête démographique et de Santé

**EPH** : Établissement Public Hospitalier

**ESSC** : Équipe Socio Sanitaire de Cercle

**GATPA** : Gestion active de la troisième période d'accouchement

- GEU** : Grossesse extra utérine
- HDD** : Hémorragie de la délivrance
- HGT** : Hôpital Gabriel TOURE
- HRP** : Hématome retro placentaire
- HTA** : Hypertension artérielle
- HU** : Hauteur utérine
- IEC** : Information, éducation et la communication
- ME** : Médicament essentiel
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- PDE** : Poche des eaux
- PF** : Planification Familiale
- PMA** : Paquet minimum d'activité
- PO** : Plan Opérationnel
- PPH** : Placenta prævia hémorragique
- PTME** : Prévention de la transmission mère Enfant
- RAC** : Radio Administrative de Communication
- RPM** : Rupture prématurée des membranes
- SAGO** : Société africaine de gynéco-obstétrique
- SENN** : Soins Essentiels du Nouveau-Né
- SFA** : Souffrance fœtale aiguë
- SOU** : Soins Obstétricaux d'Urgence
- TA** : Tension artérielle
- TDC** : Technicien de Développement Communautaire
- TLP** : Technicien de laboratoire et de Pharmacie

**UNICEF** : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

**VIH** : Virus Immunodéficience Humaine

$<$  : Inférieur

$\leq$  : Inférieur ou égal

$>$  : Supérieur

$\geq$  : Supérieur ou égal

$=$  : Égal

## SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....	20
II-OBJECTIF :.....	23
IV-METHODOLOGIE .....	54
IV/RESULTATS .....	58
VI-DISCUSSION .....	71
CONCLUSION ET .....	78
RECOMMANDATIONS .....	79
REFERENCES .....	82
ANNEXES .....	84

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des référées en fonction de la période d'étude .....	58
Tableau II: Répartition des référées en fonction des aires de sante .....	58
Tableau III : Répartition des femmes référées en fonction de type de structure sanitaire .....	58
Tableau IV:Répartition des référées selon les structure sanitaire de transit et les moyens de transport emprunter .....	59
Tableau V : Répartition des référées en fonction du motif de référence/évacuation .....	60
Tableau VI:Répartition des référées en fonction de heure admission sur la fiche de référence .....	61
Tableau VII:Répartition des référées en fonction de heure décision sur la fiche de référence .....	61
Tableau VIII : Répartition des référées en fonction de heure de départ sur la fiche de référence .....	61
Tableau IX: Répartition des référées selon le type de structure sanitaire et l'agent référant .....	62
Tableau X:Répartition des référées en fonction de leurs gestités .....	62
Tableau XI:Répartition des référées en fonction de leurs parités .....	63
Tableau XII : Répartition des référées en fonction de leurs antécédent médical .....	63
Tableau XIII:Répartition des référées en fonction de leur antécédent chirurgical .....	64
Tableau XIV:Répartition des référées selon l'état général et le taux d'hémoglobine à l'admission .....	64
Tableau XV:Répartition des référées en fonction de l'âge gestationnel .....	65
Tableau XVI: Répartition des référées en fonction du diagnostic retenu .....	66
Tableau XVII: La proportion des référées en fonction de concordance entre motif de référence et du diagnostic retenu .....	66
Tableau XVIII:Répartition des référées en fonction de leur complication au cours de la prise en charge .....	68
Tableau XIX:Répartition des référées en fonction du devenir des grossesses .....	68
Tableau XX:Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence en néonatalogie .....	69
Tableau XXI:Répartition des naissances selon le décès périnataux .....	69

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Répartition des référées en fonction de leur tranche d'âge .....	59
Figure 2: Répartition des référées en fonction du moyen de transport utilisé .....	62
Figure 3: Répartition des référées en fonction de la transfusion .....	65
Figure 4: Répartition des référées en fonction de leur prise en charge .....	67

# **INTRODUCTION**

## **I. INTRODUCTION**

Si la majorité des grossesses et des naissances se déroulent sans incident, toutes les grossesses présentent néanmoins des risques. Environ 15 % des femmes développent une complication susceptible de mettre leur vie en danger, ce qui nécessite la prestation de soins par du personnel qualifié et, dans certains cas, une intervention obstétricale majeure [1].

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité maternelles, fœtales et néonatales élevées [1].

L'Organisation mondiale de la santé (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 [2].

Le taux de mortalité maternelle est un indicateur de santé important qui présente une grande disparité entre les pays industrialisés et les pays en développement. Les causes médicales sont mieux connues depuis une dizaine d'années, mais les causes non médicales doivent être étudiées pour développer des stratégies appropriées [2].

Les causes socio-économiques jouent un rôle important, mais les mauvaises performances des services de santé maternelle sont directement responsables de la grande majorité des décès [2].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié des données sur la mortalité maternelle dans le monde. En 2020, près de 800 femmes par jour sont mortes de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Un décès maternel est survenu presque toutes les deux minutes en 2020.

Les soins prodigués par des professionnels de santé qualifiés avant, pendant et après l'accouchement permettent de sauver des femmes et des nouveau-nés [3].

Les causes socio-économiques telles que la pauvreté, l'analphabétisme, l'accès limité aux soins de santé, la discrimination et les inégalités de genre sont des facteurs clés qui contribuent à la mortalité maternelle. Les mauvaises performances des services de santé maternelle sont également un facteur important. Les services de santé maternelle doivent être améliorés pour réduire la mortalité maternelle [3].

La mise à disposition des pays de la région d'outils flexibles et d'utilisation facile pour l'évaluation rapide et efficace des SONU permettra de lever l'obstacle majeur rencontré par ces pays pour mesurer l'efficacité et les changements quantitatifs et qualitatifs opérés dans l'offre des SONU [3]. 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 [4]. Dans les pays en développement en général et au Mali en particulier, ces évacuations sont une composante de l'organisation du système sanitaire à Bamako.

Ces complications obstétricales justifient la référence/évacuation des maternités périphériques vers les centres plus équipés [4]. Le centre de santé de référence de la commune V existe depuis 1994 et reçoit la totalité des références de la rive droite du district de Bamako et souvent des évacuations de l'intérieur du pays. Depuis 2006 une étude fait par Coulibaly A sur les références évacuations gynéco-obstétriques au centre de santé de référence de la commune v a enregistré 216,6 décès maternel pour 100 000 naissances vivantes [5]. raison pour laquelle il nous est paru important de faire une étude circuit des référencess/évacuations gynéco-obstétriques reçues.

# **OBJECTIF**

## **II-OBJECTIF :**

### **1- Objectif général :**

Etudier l'incidence du parcours sur le pronostic materno-foetal des références/évacuations

### **2- Objectifs spécifiques :**

1. Décrire les aspects cliniques et prise en charge.
2. Déterminer les conditions d'évacuation.
3. Déterminer le pronostic maternel et néonatal.

# **GENERALITES**

### **III-GENERALITES:**

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 au 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) [6].

La déclaration de politique sectorielle de santé et de population du Mali retient parmi ces principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle (le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS). Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et l'offre des soins est assurée par 2 échelons complémentaires :

- le 1er échelon représenté par les centres de santé communautaires offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et géré par les associations de santé communautaire (ASACO), composé des délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie;
- le 2ème échelon, le centre de santé de cercle ou l'hôpital de district pour les soins de santé de référence[7].

#### **1-Définition des concepts :**

**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 [8].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[8].

**Contre-référence :** C'est le processus mis en place pour assurer la retro information d'un centre de santé ayant reçu un malade pour des soins plus spécifiques vers le centre de santé l'ayant adressé le malade. La fiche de retro information doit évoquer : la genèse du transfert, le diagnostic retenu, les soins reçus et la suite du traitement et les recommandations par rapport aux insuffisances relevées lors de la prise en charge au niveau de la structure périphérique [9].

**Evacuation obstétricale :** C'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation[9].

**Urgences obstétricales :** Ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestres de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42ème jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme [9].

**Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) :** Ils constituent les soins obstétricaux et néonataux essentiels destinés à prendre en charge les complications inattendues et urgentes liées à la grossesse et à l'accouchement. Les soins obstétricaux d'urgence (SONU) sont classés en deux catégories ; les soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) et les soins obstétricaux et néonataux complets (SONUC) [10]. Soins réalisés aux patientes et aux nouveaux nés en SONUB et SONUC sont :

Chez la mère, Antibiothérapie IV ou IM ; Ocytociques IV ou IM ; Anticonvulsivants IV ou IM ; Délivrance artificielle ; Évacuation du contenu utérin ; Accouchement vaginal instrumenté ; Chirurgie obstétricale ; Transfusion sanguine et chez enfant Réanimation ; Hygiène et lutte contre l'hypothermie ; Allaitement précoce & exclusif ; Antibiothérapie ; Corticothérapie ; Photothérapie [10]

**Système de Référence/Évacuation :** C'est l'ensemble des ressources organisées et mises en place pour assurer une prise en charge rapide et adéquate des urgences obstétricales en agissant efficacement sur les trois retards[9].

**Référence justifiée :** La référence est dite justifiée si le centre de santé qui réfère ne dispose pas de plateau technique adéquat pour prendre en charge un problème obstétrical.

**Référence opportune :** Une référence est opportune si elle est réalisée à temps c'est-à-dire dans un délai de moins de 4 heures pour les urgences obstétricales[9].

**Référence adéquate :** Une référence est adéquate lorsque les modalités de la référence ont été correctes : prise en charge au CSCOM correct, information donnée aux patients et lieu de référence correcte[9].

## **2-Description de l'organisation et fonctionnement du système de référence/évacuation**

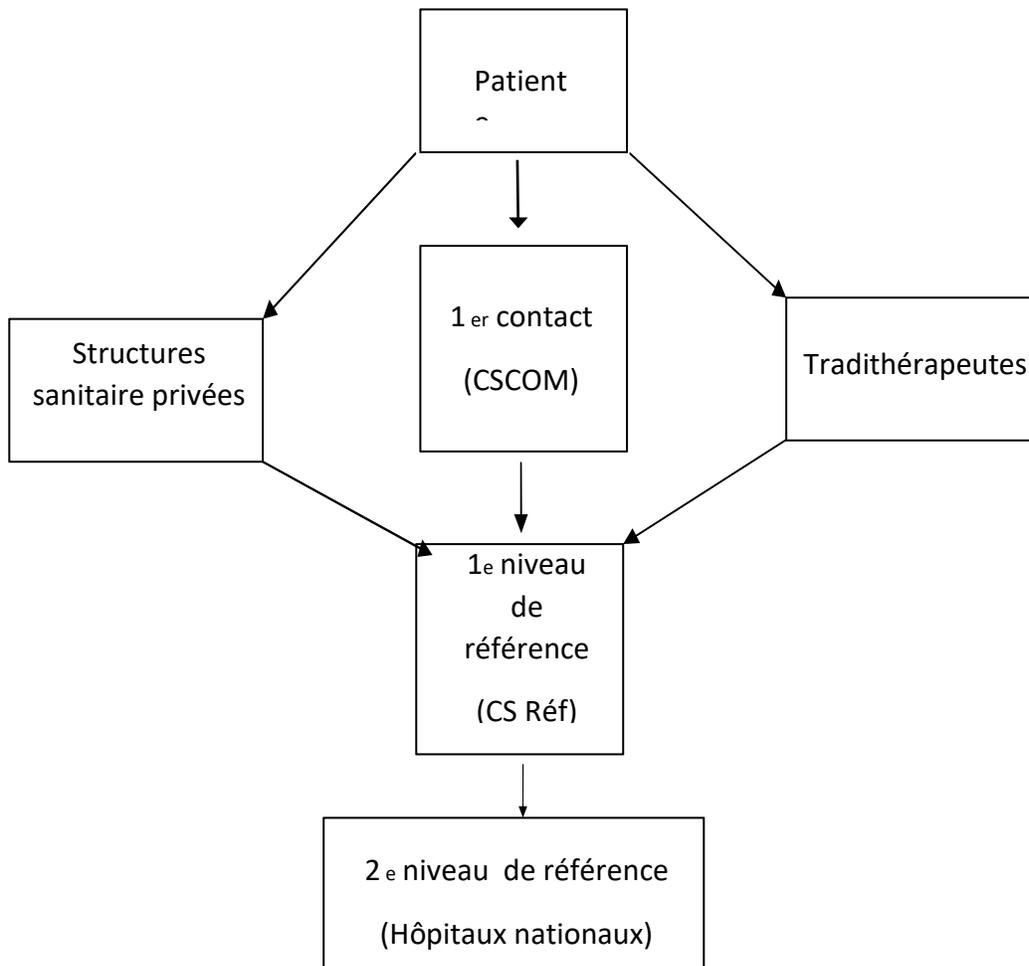
### **2.1 Organisation du système de Référence /Évacuation :**

Le système de Référence/Évacuation est un processus de gestion des services de santé d'un District pour une prise en charge efficace et efficiente des malades. La

performance du système dépend des moyens de communication entre les différents niveaux de compétence du personnel et du plateau technique. Le cadre conceptuel de la Référence/Evacuation par l'alimentation de la caisse de solidarité a pour but d'une part d'assurer la rapidité et le confort du transport de la parturiente et d'instaurer la gratuité du transport d'autre part. Le système de Référence/Evacuation a pour fonction la prise en charge correcte du malade envoyé à un niveau plus spécialisé avec ou sans notion d'urgence. Les dispositions sont prises en faveur d'une bonne organisation des activités de Référence/Evacuation parmi lesquelles on peut citer :

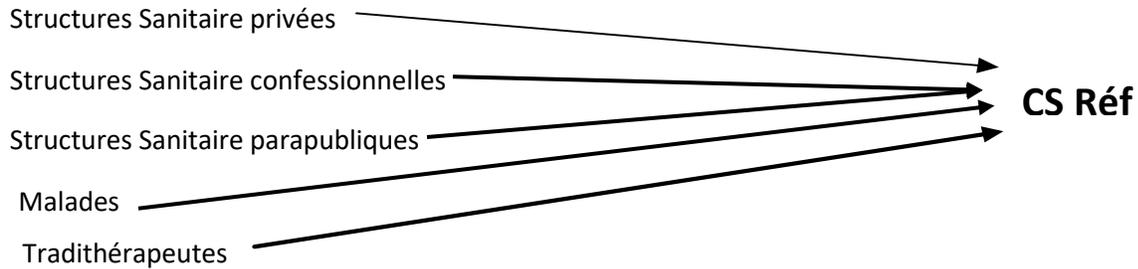
- Le développement de leaderships par rapport au cadre conceptuel de référence/évacuation (les Collectivités, la FELASCOM, les CS Réf,)
- Le personnel qualifié.
- L'équipement/matériel technique dans la plupart des unités du Centre de Santé de Référence
- L'informatisation de données par les outils informatiques
- Le dépôt de vente de médicaments essentiels génériques.
- La prise en charge gratuite de la césarienne et ses complications (Kit, bilan préopératoire, acte, hospitalisation)
- Le dépôt de pharmacie de garde
- Le bureau des entrées
- La tarification acceptable et accessible des actes
- La prise en charge des autres urgences
- Le comité de gestion fonctionnel
- La dynamique de monitoring du système
- La mise en place d'un mécanisme de suivi / évaluation
- Le mécanisme de communication interpersonnelle
- En matière de personnel pour les activités de Référence/Evacuation la Commune V dispose d'un personnel suffisant formé en périnatalité[9].
- Les infrastructures existent.

La patiente a plusieurs possibilités pour accéder aux structures des soins. Au niveau de la Commune V, on note la présence des structures privées, confessionnelles et parapubliques à côté des CSCOM et du CS Réf. Le circuit normal de patiente que nous proposons de promouvoir à travers le cadre conceptuel de Référence/Evacuation est le suivant : Figure 1 et 2



**Figure 1** : Circuit normal de la patiente

Circuit des références/évacuations gyneco-obstetriques reçues au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako



**Figure 2 :** Autres circuits possibles des malades

## 2.2 Fonctionnement du système de Référence/Evacuation :

Les patientes qui arrivent au niveau des CSComs reçoivent tous les soins du PMA : préventifs, curatifs et promotionnels selon leur plateau technique.

Les cas référés ou évacués doivent être conditionnés et accompagnés par un agent qualifié. Les cas dont le plateau technique ne permet pas une prise en charge correcte sont référés ou évacués au niveau du Centre de Santé de Référence avec tous les supports nécessaires (fiches de Référence/Evacuation...). Les patientes référées ou évacuées sont reçues directement par les médecins ou tout autre agent qui a la compétence requise sur présentation de la fiche de référence ou d'évacuation[9].

La décision d'évacuer ou de référer une patiente étant d'ordre technique, elle relève de la compétence du médecin ou tout autre agent responsable du CSCom ou du CS Réf. Pour la prise en charge au niveau du CS Réf, plusieurs cas de figure peuvent se présenter parmi lesquels :

### 2.2.1 Les patientes sollicitant directement les services du CS Réf :

Ce sont les patientes qui se présentent directement au niveau du Centre de Santé de Référence pour des consultations du 1er niveau de contact ou des consultations spécialisées (gynécologique, chirurgicale, ophtalmologique, odontostomatologie, pédiatrique, laboratoire). Ces patientes doivent être prises en charge par une unité jouant le rôle de premier niveau de contact au niveau du CS Réf qui assure les consultations et l'orientation des patientes.

### **2.2.2 Les patientes référées par les CSComs ou autres structures :**

Ces patientes doivent bénéficier d'une orientation par l'unité du 1er échelon du CS Réf en vue d'une prise en charge directe par les médecins ou techniciens supérieurs spécialisés sur présentation de la fiche de référence. Les malades se présentant avec une fiche de référence bénéficieront du demi-tarif de la consultation[9].

### **2.2.3 Les patientes évacuées par les CSComs ou autres structures :**

Ces patientes sont reçus et orientées par le service de garde du jour en vue d'une prise en charge par les médecins ou techniciens supérieurs spécialisés sur présentation de la fiche d'évacuation et des autres fiches de renseignements qui l'accompagnent (partogramme , bulletin de consultation ...) Les malades se présentant avec une fiche d'évacuation bénéficieront du demi-tarif de la consultation ou de la gratuité s'il s'agit de la césarienne[9].

### **2.3 Modalités de la prise en charge des malades référés ou évacués :**

Le CS Réf est responsable de l'accueil et de l'orientation des malades ainsi que la retro-information. Pour chaque cas de figure les éléments suivants de la prise en charge doivent être à jour : fiche d'évacuation, carte d'adhésion, bulletin de visite, cahier de visite, fiche d'attestation du chef de service, certificat d'indigence, carte professionnelle, carnet de santé pour les personnes âgées[9].

#### **➤ Le financement du système Référence/Evacuation :**

Les objectifs de financement du système :

-Assurer l'équilibre financier du Centre de Santé de Référence en vue d'une offre durable des soins.

-Augmenter l'accessibilité financière des usagers référés ou évacués par les structures de 1er niveau de contact à des soins de qualité

-Promouvoir la participation communautaire à la gestion du système de Référence/Evacuation.

Le partage des coûts entre les différents acteurs du système vise à amoindrir les charges liées à l'évacuation pour la parturiente/malade ou sa famille. Il est nécessaire d'identifier les actes qui doivent être couverts par le partage des coûts ainsi que le

nombre attendu d'actes et de calculer le coût moyen pour chacun de ces actes. Les éléments pouvant entrer en ligne de compte sont les frais de :

-Carburant pour les ambulances, entretien des ambulances, médicaments consommables, frais d'hospitalisation, médicaments pour soins postopératoires[9].

-En ce qui concerne la césarienne l'initiative de la gratuité prend en compte les frais des médicaments, les consommables, l'hospitalisation, l'acte chirurgical, les examens préparatoires et les soins post opératoires.

Le mécanisme de financement du système de Référence /Evacuation est basé sur un principe de solidarité pour assurer la prise en charges correcte et gratuite des urgences en général et obstétricales en particulier. Cette solidarité nécessite la participation de tous les acteurs du système. De façon consensuelle, ce financement se fera trimestriellement ou annuellement par la Mairie (collectivités), les ASACO, le CS Réf etc.

➤ **Le scénario de prise en charge des femmes en difficulté retenu dans le présent cadre conceptuel est le suivant:**

- Le CS Réf prend en charge 25%
- L'ensemble des ASACO 10 %
- La Mairie 65 %

#### **2.4 Le système de Référence/Evacuation comprend deux organes :**

Un comité de gestion de la caisse de solidarité composé d'un président, un trésorier, un secrétaire administratif, deux commissaires au compte et des membres de droit.

Un comité technique composé du Médecin Chef, du Chef du SDSSES, de la Sage-femme maîtresse du CS Réf, du Chef de la Brigade d'hygiène et de l'équipe technique du bloc

Les types de suivi/évaluation du système sont basés sur le monitoring trimestriel sur la situation des recettes et dépenses, le bilan des activités du trimestre, le taux de couverture des activités, la disponibilité des médicaments, le nombre de cas évacués/référés (reçus et les problèmes rencontrés), le niveau d'exécution des recommandations[9].

### **3 Diagnostic étiologique des urgences obstétricales:**

**Les principales urgences obstétricales selon les normes internationales sont de**

**7 catégories :**

- Les hémorragies : Selon l’OMS les hémorragies sont des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml. Mais des pertes moindre peuvent dangereuses être chez une femme enceinte[11].
- Les infections : Les plus fréquentes : l’endométrite, la pelvipéritonite, la rétention infectée du post-partum, l’infection ovulaire et la pyélonéphrite.
- L’avortement : C’est une interruption de grossesse avant le terme théorique de 180 jours soit 28 semaines d’aménorrhée. Ce sont les complications de l’avortement provoqués qui sont le plus souvent fâcheuses.
- La Pré-éclampsie / éclampsie :
- La pré-éclampsie : est la survenue d’une hypertension artérielle avec protéinurie et / ou œdème des membres inférieurs entre la 20ème semaine d’aménorrhée et le 42ème jour des suites de couches chez une femme enceinte sans antécédents d’HTA.
- L’éclampsie : c’est un syndrome vasculo-rénal caractérisé par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d’un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail d’accouchement ou plus rarement les suites de couches [11] .
- Le travail dystocique / prolongé : C’est une anomalie de l’accouchement dû aux présentations irrégulières, aux rétrécissements pelviens, la dystocie dynamique (anomalie de la contraction utérine, anomalie de la dilatation cervicale) [11].
- Les maladies intercurrentes : l’anémie, le paludisme et la drépanocytose

#### **3.1 Urgences au cours du premier trimestre:**

##### **3.1.1Hémorragies:**

- **L'avortement:**

Il se définit comme l'expulsion du produit de, conception avant 28 semaines d'aménorrhée [12].

On distingue :

- La menace d'avortement : les métrorragies sont parfois minimales, parfois abondantes faites de sang rouge, noirâtre ou rosé, survenant sur une aménorrhée inférieure ou égale à 14 semaines. Le saignement peut être accompagné de douleurs pelviennes ou lombaires à type de colique, ou de contractions utérines douloureuses. L'examen au spéculum confirme l'origine du saignement. Au toucher vaginal, le col est peu modifié [12].
  - L'avortement en cours : les métrorragies sont importantes, faites de sang rouge avec des caillots, les douleurs à type de contractions ou de coliques expulsives sont de plus en plus intenses. L'examen au spéculum met en évidence des débris ovulaires ou des produits de conception dans le vagin. Au toucher vaginal, le col est court, ouvert aux deux orifices ; le corps utérin, rétracté, a un volume inférieur à l'âge gestationnel [12].
- Les **avortements compliqués** sont redoutables. **Ils ne concernent que les avortements provoqués.** Certaines complications sont encore mortelles : septicémies à perfringens ou bacilles Gram négatifs, infarctus utérin, embolie gazeuse et plus rarement tétanos. Les séquelles sont fréquentes : douleurs, troubles du cycle, stérilité secondaire, accidents obstétricaux divers, troubles psychiques [12].

### 3.1.2 La grossesse extra-utérine:

La grossesse extra-utérine (GEU) se définit comme la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Deux situations sont possibles : la GEU non rompue et la GEU rompue.

Les signes sont fonction de la situation clinique [12].

#### - GEU rompue

La rupture de grossesse extra-utérine réalise, chez une femme ayant des troubles du cycle, une inondation péritonéale qui se manifeste par des douleurs syncopales, des métrorragies, une pâleur, un pincement du nez, une baisse de la tension artérielle, un pouls filant et imprenable, des extrémités froides. La conscience est altérée, la patiente à soif. L'abdomen est sensible, météorisé. On peut noter des douleurs scapulaires (++++), et le toucher vaginal est douloureux : c'est le cri du Douglas [12].

#### - GEU non rompue

Elle se manifeste par des douleurs pelviennes, des métrorragies et des troubles du cycle ; il n'y a pas de choc hypovolémique [12].

### 3.1.3 Vomissements:

Les vomissements gravidiques (qui surviennent pendant la grossesse) ne sont pas dus à des causes organiques. Il en existe deux types :

Les vomissements gravidiques simples, qui ne sont pas une urgence le plus souvent.

- Les vomissements gravidiques graves, dits incoercibles, mettent en jeu le pronostic vital maternel en raison de leur retentissement sur l'état général de la patiente [8].
- L'examen clinique montre :
- Une intolérance gastrique : c'est le signe essentiel. La malade vomit immédiatement tout ce qu'elle tente d'absorber par la bouche, même les liquides.
- Une altération de l'état général avec des signes de déshydratation : soif, langue sèche, plis cutanés persistants et, dans les formes graves, oligurie, signes de dénutrition. Celle-ci apparaît en quelques jours et se caractérise par un amaigrissement, un faciès émacié, des yeux excavés et cernés. Il existe une asthénie extrême [12].

### 3.2 Urgences au cours du deuxième trimestre:

Elles sont dominées par l'avortement molaire lors d'une grossesse a priori normale. La grossesse molaire, ou môle hydatiforme, se caractérise par une prolifération anormale des villosités chorales [12].

#### ➤ Signes fonctionnels:

- Hémorragie : faite de sang rouge, parfois mêlé de caillots, et d'importance variable. L'abondance et la répétition de ces hémorragies vont entraîner une anémie [8].
- Exagération des signes sympathiques de grossesse : sialorrhée, nausées, vomissements. Ceux-ci sont graves ou incoercibles, ou ils persistent au-delà du troisième mois.
- Atteinte rénale : œdème, oligurie, albuminurie.
- Signes discrets d'atteinte hépatique : subictère [12].

➤ **A l'examen physique:**

L'état général est souvent altéré. L'utérus est mou et, surtout, il est plus gros que ne le voudrait l'âge présumé de la grossesse. Il n'y a ni mouvements actifs ni bruit du cœur du fœtus. L'examen au spéculum permet de noter un col violacé ou, en cas d'avortement molaire, des vésicules. Au toucher vaginal : l'utérus est mou et il peut exister des kystes ovariens souvent bilatéraux. Les  $\beta$  HCG (très élevées) et l'échographie (qui montre des images en flocons de neige) permettent de faire le diagnostic [12].

### **3.3 Urgences au cours du troisième trimestre:**

#### **3.3.1 Hémorragies:**

➤ **Hématome rétroplacentaire:**

L'hématome rétroplacentaire, qui correspond au décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, résulte d'une désinsertion accidentelle de tout ou d'une partie du placenta avant l'accouchement, avec formation d'un hématome plus ou moins volumineux [12].

Les signes fonctionnels sont :

Une douleur abdominale constante : elle est brutale, "en coup de poignard", intense, localisée au niveau de l'utérus et, contrairement aux contractions utérines douloureuses, elle est permanente ;

Une hémorragie génitale variable : habituellement peu abondante, constituée de sang noirâtre incoagulable, parfois absente ;

Enfin, un état de choc plus ou moins marqué. L'examen général peut montrer des signes de choc débutant avec pâleur et accélération du pouls maternel :

La tension artérielle peut être variable, soit déjà diminuée dans les formes graves, soit encore élevée en cas d'hypertension artérielle gravidique connue ;

Les urines sont rares et il existe une protéinurie massive [12].

- **L'examen gynécologique:**
- Il révèle une hypertonie utérine permanente, l'utérus est dur et douloureux au palper. Il existe une véritable contracture.

- Au toucher vaginal, le segment inférieur est dur, tendu, témoignant de la contracture utérine. Le col est comme cerclé. Les complications sont, pour la mère : les troubles de la coagulation, la nécrose corticale rénale et la mort [12].

➤ **Rupture utérine:**

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine. Elle peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Elle est caractérisée cliniquement par une douleur intense, syncopale, suivie d'une sensation de bien-être apparent : les contractions utérines disparaissent. A la palpation, le fœtus est perçu sous la paroi abdominale. Ces ruptures se manifestent par un état de choc progressif, contrastant avec une hémorragie vaginale souvent minime, et une disparition brutale des bruits du cœur fœtal [12].

➤ **Le placenta prævia:**

Le placenta prævia est défini comme l'insertion partielle ou totale du placenta sur le segment inférieur. Cette insertion entraîne des accidents hémorragiques [8]. Les signes sont dominés par l'hémorragie externe, d'apparition brutale, indolore, souvent au repos, faite de sang rouge, liquide, au début souvent modérée, mais ayant spontanément tendance à récidiver. Les signes généraux dépendent de l'importance des pertes sanguines. L'examen physique montre un utérus souple et bien relâché. Il existe souvent une présentation anormale (transversale, oblique, podalique, présentation céphalique anormalement haute et mobile), mal accommodée au détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal sont perçus. L'inspection de la vulve et la mise en place prudente d'un spéculum permettent de confirmer l'origine endo-utérine du saignement. Le toucher vaginal note un col souvent dévié, une présentation haute, et perçoit parfois la sensation de masse spongieuse correspondant au placenta. Les complications sont, entre autres, la souffrance fœtale, la mort fœtale, l'anémie et les infections du post-partum [12].

### 3.3.2 Infections:

➤ **Pyélonéphrite:**

La pyélonéphrite est la première cause de fièvre chez la femme enceinte. Elle complique 1 % des grossesses. La symptomatologie, le plus souvent bruyante, est marquée par une fièvre, des frissons, des signes fonctionnels urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles), douleurs lombaires siégeant le plus souvent à droite, avec une

douleur provoquée à l'ébranlement. Mais la symptomatologie peut être fruste et se limiter à une fièvre isolée [12].

La NFS note une hyperleucocytose et la CRP est élevée. L'échographie peut permettre de noter une dilatation des cavités pyélo-calicielles. L'ECBU et l'hémoculture sont importantes pour le diagnostic [12].

L'infection urinaire peut survenir à toute période de la grossesse et des suites de couches, mais s'observe surtout durant le dernier trimestre.

Les différentes formes cliniques de l'infection urinaire sont la cystite, la pyélonéphrite et la bactériurie asymptomatique, mise en évidence par l'examen cytologique et bactériologique des urines (ECBU) [12].

L'infection urinaire alourdit la morbidité fœto-maternelle et risque de provoquer :

- Pour le fœtus : un accouchement prématuré, une hypotrophie ou une mort in utero.
- Pour la mère : un choc septique ou une néphrite interstitielle après l'accouchement.

➤ **Paludisme grave:**

En Afrique, cette affection accroît la mortalité des femmes en période gravidopuerpérale et celle des nouveau-nés. Un paludisme pendant la grossesse est considéré comme un paludisme grave (voir article Paludisme grave) [12].

Cliniquement, on distingue :

- Le paludisme simple (voir l'article correspondant)
- L'accès pernicieux ou neuro-paludisme.

Le paludisme viscéral évolutif : il survient chez les sujets non prémunis, sans prophylaxie. Les signes sont une anémie, avec retentissement cardiaque, une asthénie, une splénomégalie, une élévation thermique à 38° C.

La fièvre bilieuse hémoglobinurique : son début est brutal, marqué par une lombalgie violente et un état de prostration. Les vomissements sont alimentaires puis bilieux, les urines sont rouge-noir, un ictère hémolytique apparaît, avec anémie et oligo-anurie. Le pronostic, qui est lié à la diurèse, est fatal dans 30 % des cas [12].

**Le diagnostic repose sur :**

La clinique : des accès épisodiques de fièvre élevée paroxystique avec céphalées et myalgies constituent les principaux signes.

La goutte épaisse, qui permet d'identifier le parasite au microscope.

Le test de diagnostic rapide, qui permet de diagnostiquer P.falciparum en quelques minutes et sans microscope [12].

### **Les complications liées au paludisme :**

La grossesse favorise la survenue des complications graves de la maladie paludéenne : accès palustre avec albumine et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique, psychoses diverses, myocardites palustres, rupture de rate paludéenne [12].

Le paludisme complique directement la grossesse, mais aussi indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant, au début de la grossesse, une accentuation des phénomènes "d'auto-intoxication" avec aggravation de tous les signes sympathiques de la grossesse ; plus tard, il peut provoquer des avortements, des accouchements prématurés, des morts in utero, et la naissance d'enfants hypotrophiques ayant parfois une hépatosplénomégalie [12].

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (aggravation d'une anémie préexistante) et les suites de couches (accès palustre, moindre résistance aux infections bactériennes).

Au cours du dernier trimestre, l'impaludation peut aboutir à l'infection du fœtus qui naîtra avec un paludisme congénital.

#### **➤ Dystocies :**

Les dystocies peuvent être dynamiques, par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine, mécaniques, en relation avec un rétrécissement de la filière pelvienne, un obstacle prævia ou une anomalie des parties molles. Elles se manifestent par un travail prolongé, un œdème du col et souvent une souffrance fœtale. Dans les cas de présentation céphalique, on peut noter une bosse séro-sanguine plus ou moins importante [12].

#### **➤ Hypertension artérielle et complications:**

On désigne par syndromes vasculo-rénaux de la grossesse l'association d'une hypertension artérielle, d'une protéinurie et d'œdèmes survenant à partir de la 2ème semaine d'aménorrhée. On dit qu'une gestante est hypertendue si la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou la pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg. Les complications liées à l'hypertension sont : l'éclampsie, le Hellp syndrome, la mort maternelle, la souffrance fœtale, la mort fœtale... Une bonne

surveillance de la grossesse et une prise en charge efficiente permettent d'améliorer le pronostic vital de la mère et du fœtus [12].

➤ **Hémorragie du post-partum:**

Définition : on appelle hémorragie du postpartum, toute hémorragie excédant 500 ml et survenant après l'accouchement. Mais l'estimation de la perte sanguine n'est pas facile et une perte minime peut avoir un retentissement important sur un terrain déjà anémié.

Clinique : apparition, après l'accouchement, de saignements abondants ou minimes mais prolongés.

L'examen clinique met en évidence un saignement provenant de la filière génitale, un utérus qui est soit mal rétracté, mou et gros (faisant penser à une atonie utérine) soit un utérus bien rétracté (faisant évoquer une déchirure des parties molles). Il existe une pâleur des conjonctives et des muqueuses, liées à la quantité de sang perdu, des vertiges, une dyspnée. Le pouls puis, secondairement, la tension artérielle s'effondrent. En l'absence d'une prise en charge adaptée, le risque est l'évolution vers un état de choc hypovolémique [12].

➤ **Souffrance fœtale aiguë:**

La souffrance fœtale aiguë se définit comme une détresse fœtale consécutive à une anoxie ou à une hypoxie au cours du travail. Les signes cardinaux de la souffrance fœtale aiguë sont des modifications du rythme cardiaque fœtal, ralentissement (bradycardie), accélération (tachycardie) - ou rythme irrégulier, une coloration verdâtre du liquide amniotique. Cette souffrance fœtale aiguë est due aux dystocies et/ou aux anomalies funiculaires [12].

## **4 Diagnostic étiologique des urgences gynécologiques**

### **4.1 Torsion d'annexe:**

La torsion d'annexe est une urgence gynécologique rare. Son diagnostic est souvent tardif, obligeant à un acte chirurgical irréversible : l'annexectomie [12].

Cliniquement : une douleur inopinée et brutale amène la patiente à consulter rapidement. La douleur, de siège hypogastrique, évolue par crises de durée variable. Des nausées, voire des vomissements accompagnent la douleur. La palpation abdominale pendant la

crise est douloureuse, avec une défense. Au toucher pelvien, on retrouve le plus souvent une masse douloureuse à la pression [12].

L'échographie, demandée en urgence, met en évidence une masse d'échogénicité homogène au début, plus tardivement hétérogène avec des zones kystiques correspondant à des zones de nécrose hémorragique. Il existe souvent un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas. Le diagnostic de torsion est souvent fait au cours d'une laparotomie [12].

#### **4.2 Fibrome douloureux:**

La patiente, qui se sait porteuse de fibrome, a une douleur hypogastrique, associée à une torpeur, une agitation, des vomissements et une fébricule [12].

#### **4.3 Les infections génitales hautes:**

Ce sont les salpingites, l'endométrite, l'annexite. Elles sont fréquentes. Bien traitées, ces infections évoluent vers la guérison. En cas de traitement insuffisant, elles peuvent évoluer vers la péritonite. Leur traitement repose sur l'antibiothérapie à large spectre [12].

#### **4.4 Cancer du col utérin hémorragique:**

Il est marqué par des métrorragies provoquées et récidivantes, responsables d'une altération de l'état général. Il existe des leucorrhées souvent fétides et une anémie plus ou moins marquée. L'examen au spéculum permet de voir un col bourgeonnant et hémorragique au contact. Le traitement dépend du stade de la maladie. La transfusion et l'antibiothérapie sont nécessaires en cas d'anémie et de surinfection [12].

### **5 Prise en charge**

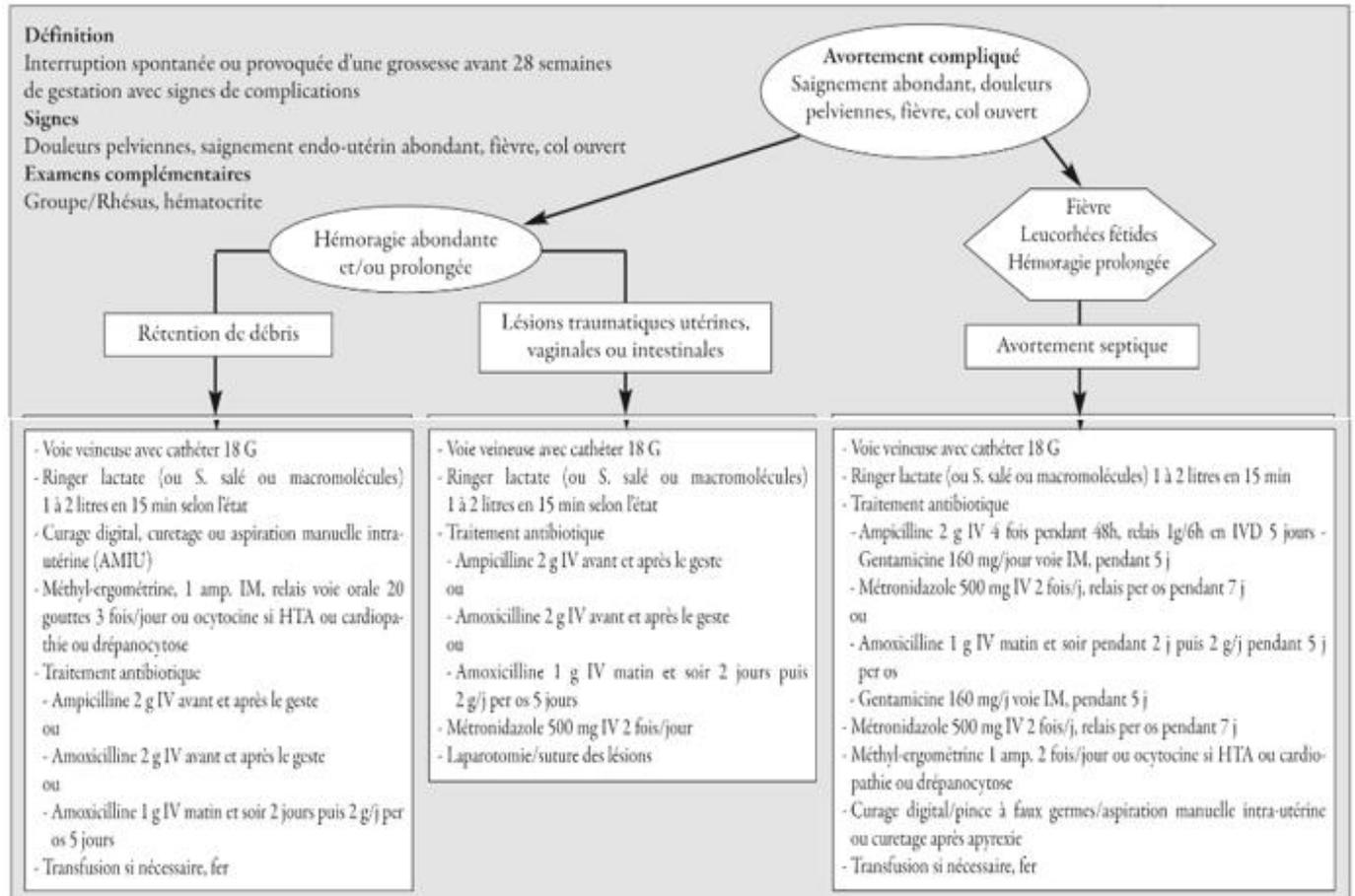
#### **5.1 Avortement**

Le traitement est étiologique et nécessite le repos en cas de menace d'avortement spontané.

Les antispasmodiques et/ou les bêtamimétiques, les myorelaxants utérins, en perfusion veineuses ou par voie intramusculaire, luttent contre les contractions utérines. Dans les hémorragies importantes engageant le pronostic vital immédiat, l'évacuation rapide par aspiration est indiquée. Les complications les plus graves (toxi-infection à perfringens, à germes Gram négatif, tétanos) sont la conséquence d'un curetage hâtif. Il ne faut

Intervenir qu'après un délai de 24 à 48 heures après un traitement anti-infectieux, la patiente étant apyrétique. A ces mesures s'ajouteront la thérapeutique antitétanique préventive et la prévention de l'iso-immunisation par l'injection de gammaglobuline anti D chez les femmes de groupe sanguin Rhésus négatif[12].

Figure 1 : algorithme de prise en charge des avortements compliqués



## 2. La grossesse extra-utérine rompue:

C'est une extrême urgence. La patiente est groupée ; elle est perfusée et opérée d'urgence.

Conduite à tenir:

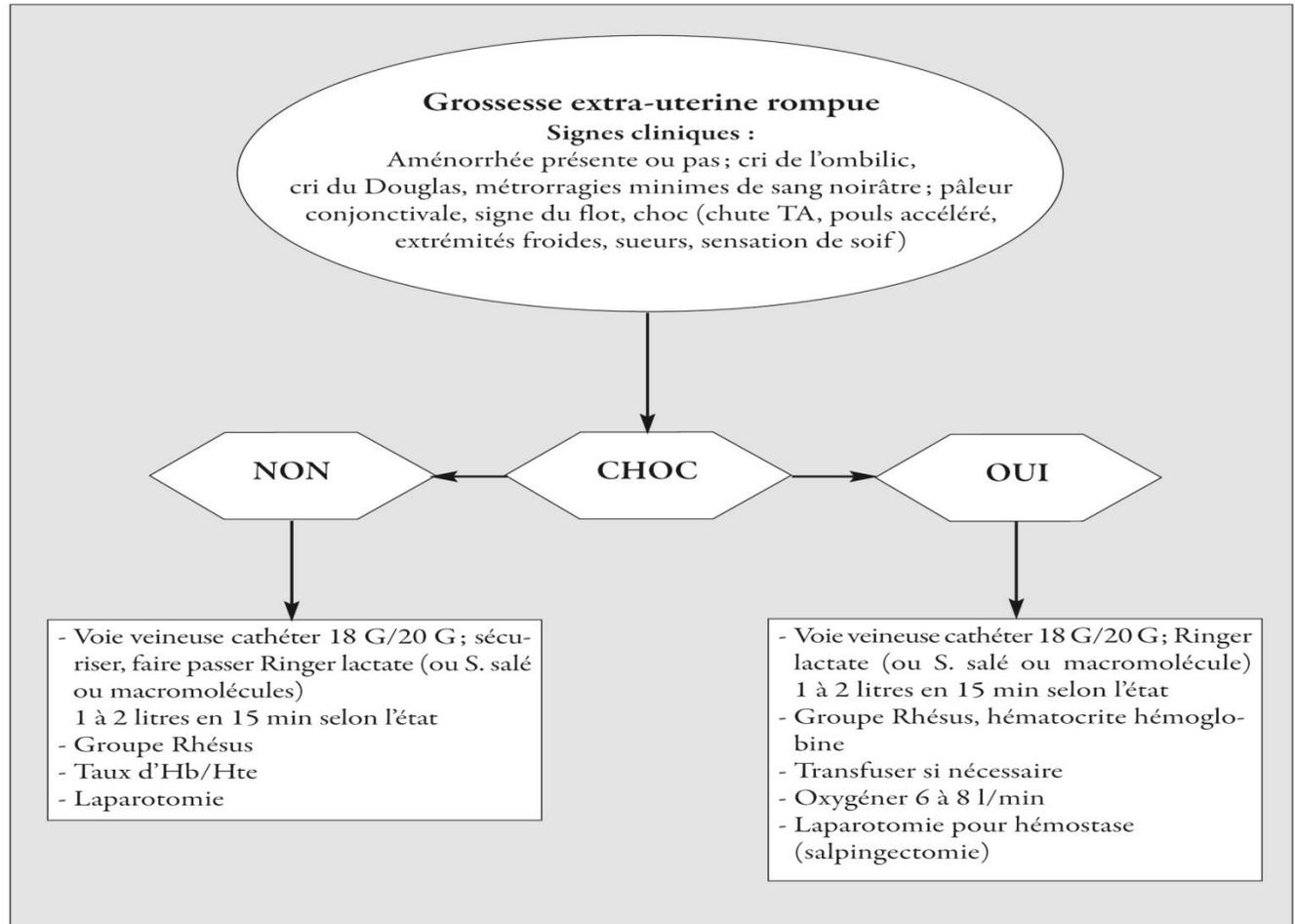
Voie veineuse sûre ou mieux deux, aux membres supérieurs de préférence. - Remplissage vasculaire avec macromolécules et sérum salé.

En urgence : groupe et Rhésus, hémoglobine.

Transfusion en cas d'état de choc ou si le taux d'hémoglobine est < 7g/dl. - Laparotomie et envoi de la pièce opératoire à l'anatomopathologie.

Surveillance de la tension artérielle, du pouls, de la conscience et de la diurèse dans la période post-opératoire [12].

Figure 2 : algorithme de prise en charge de la grossesse extra-utérine rompue



### 5.3 Vomissements gravidiques sévères:

Le but du traitement est d'arrêter les vomissements et de corriger les pertes hydro-électrolytiques.

Il faut hospitaliser la patiente et mettre en place :

Une réanimation : perfusion de sérum glucosé (2 à 3 litres) à laquelle on ajoutera des électrolytes, un traitement médicamenteux dont le but est d'arrêter les vomissements (antiémétiques), des mesures diététiques : il faut alimenter progressivement la patiente,

en commençant par les aliments tièdes. Le volume de perfusion sera progressivement diminué au fur à mesure que les vomissements s'amendent [12].

#### Éléments de surveillance

Au plan clinique : le degré de déshydratation, l'état de conscience, la présence d'ictère, le pouls, la température, la courbe de poids quotidien, le nombre de vomissements par jour, enfin la courbe de diurèse qui est un élément fondamental de surveillance.

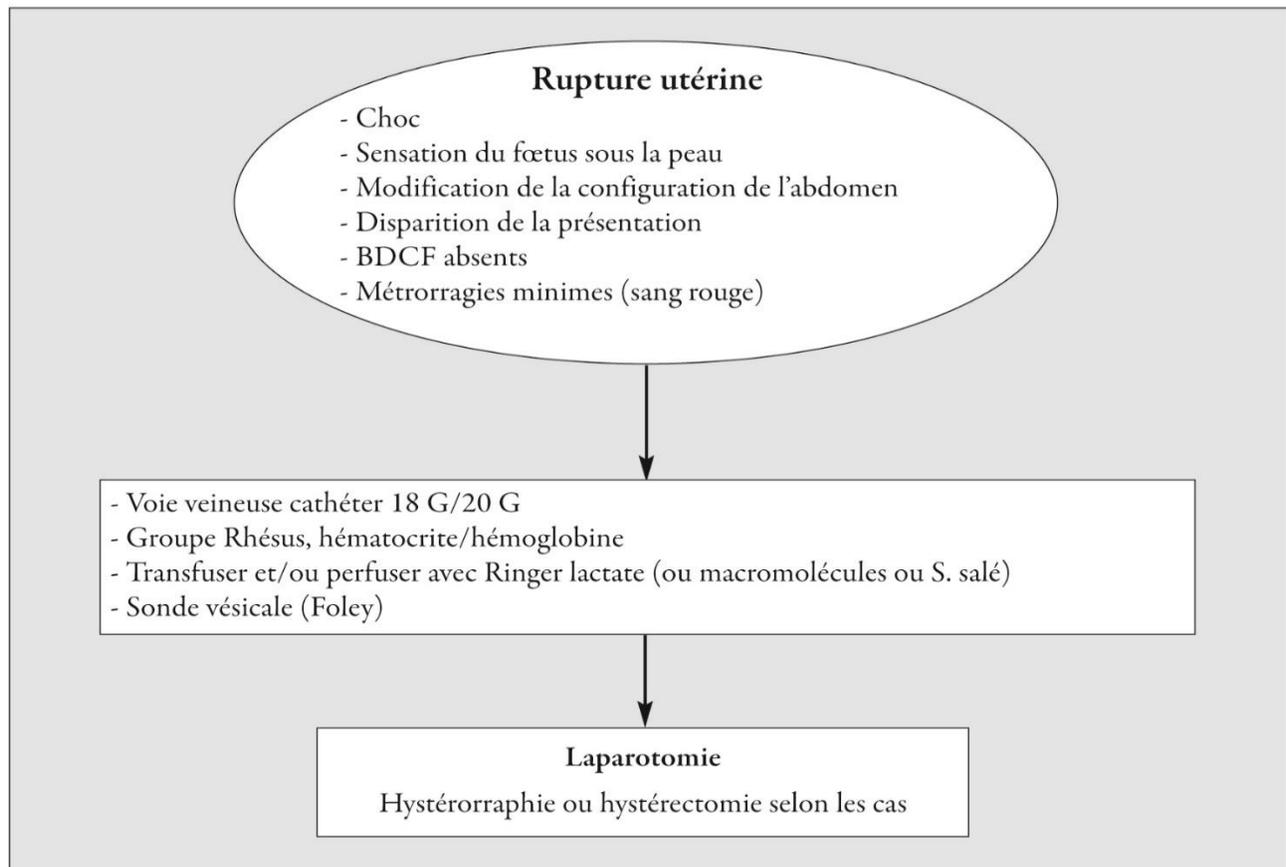
Au plan biologique : ionogramme sanguin, dosage des protides sanguins, urée sanguine dont l'élévation est un signe de gravité [12].

Bien traités, l'évolution est favorable. Dans le cas contraire, elle se fera vers les complications : tachycardie, ictère, oligurie et signes nerveux tels que la torpeur, le coma qui peut entraîner la mort.

#### **5.4 La rupture utérine (RU):**

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le traitement du choc hypovolémique et de l'infection. Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de décider du type d'intervention. On pourra réaliser une hystérectomie ou une hystérorraphie. Le traitement préventif repose sur le diagnostic et la prise en charge des dystocies[12].

Figure 3 : algorithme de prise en charge de la rupture utérine



### 5.5 Hématome rétro placentaire (HRP):

#### ➤ Traitement curatif:

Il a pour but immédiat de restaurer les pertes sanguines et d'assurer l'hémostase.

Conduite à tenir en urgence

Le traitement est mis en œuvre en urgence, en salle de travail.

Une voie d'abord veineuse est prise.

Une sonde urinaire est mise en place.

Le bilan sanguin initial comporte un groupage, une détermination de l'hématocrite et un bilan de la crase sanguine.

La patiente est déchoquée à l'aide de solutés de remplissage : sang frais, concentrés globulaires, plasma frais congelé [12].

#### ➤ Traitement obstétrical

La césarienne s'impose rapidement si le fœtus est vivant et si l'accouchement n'est pas imminent. Si le fœtus est mort, elle peut être utile en cas de gravité de l'état maternel.

L'accouchement par voie basse peut être accepté :

Quand le fœtus est vivant :

S'il n'y a pas de signe de choc ;

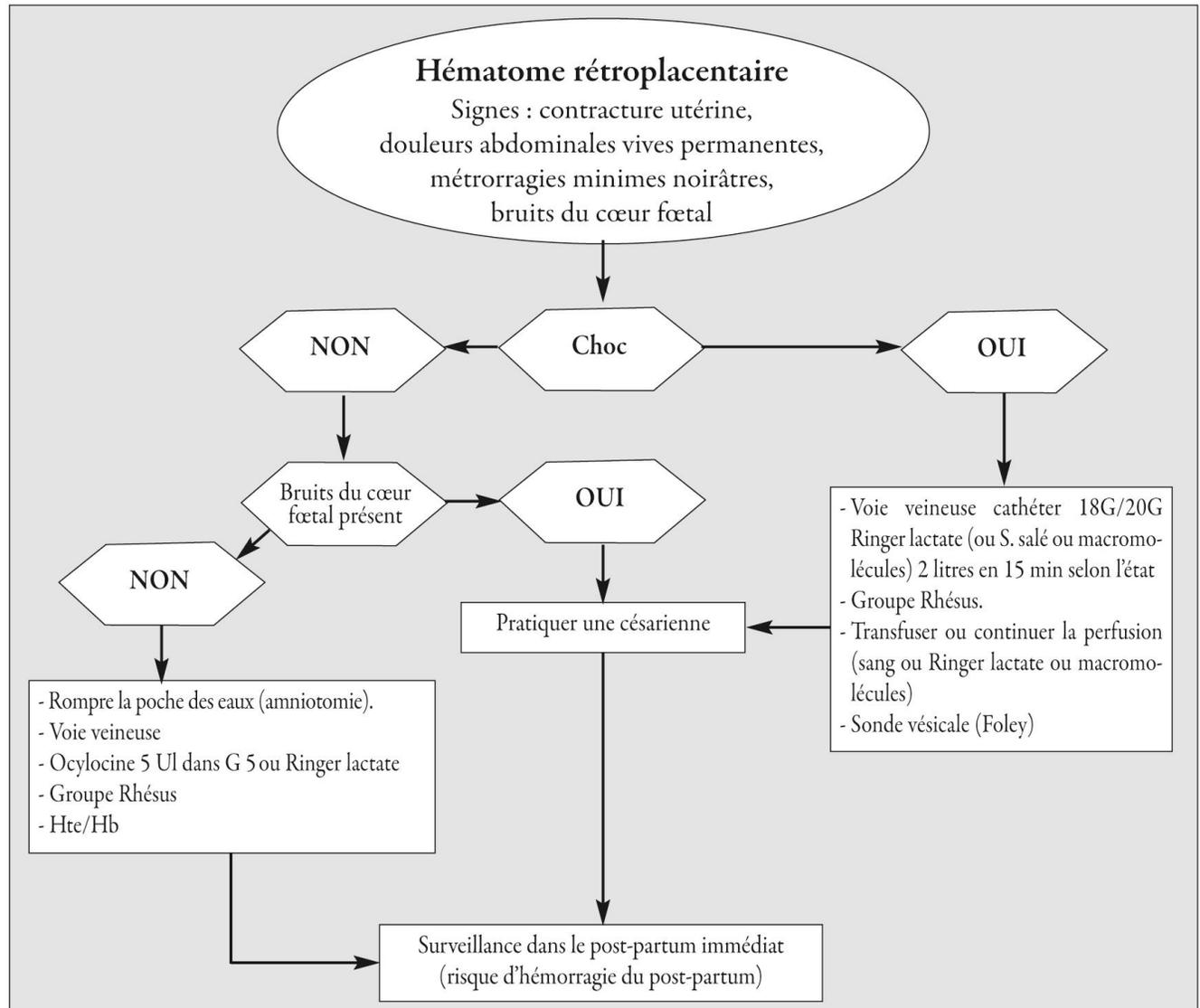
S'il n'y a pas de signe de souffrance fœtale ;

Si l'accouchement évolue rapidement après rupture des membranes et perfusion d'ocytocine. Quand le fœtus est mort ou non viable[12].

➤ **Prévention des récives:**

Chez les femmes ayant un antécédent d'hématome rétro placentaire ou de complication grave responsable d'une HTA gravidique, prévoir un traitement par acide acétylsalicylique entre la 14ème et la 35ème semaine d'aménorrhée [12].

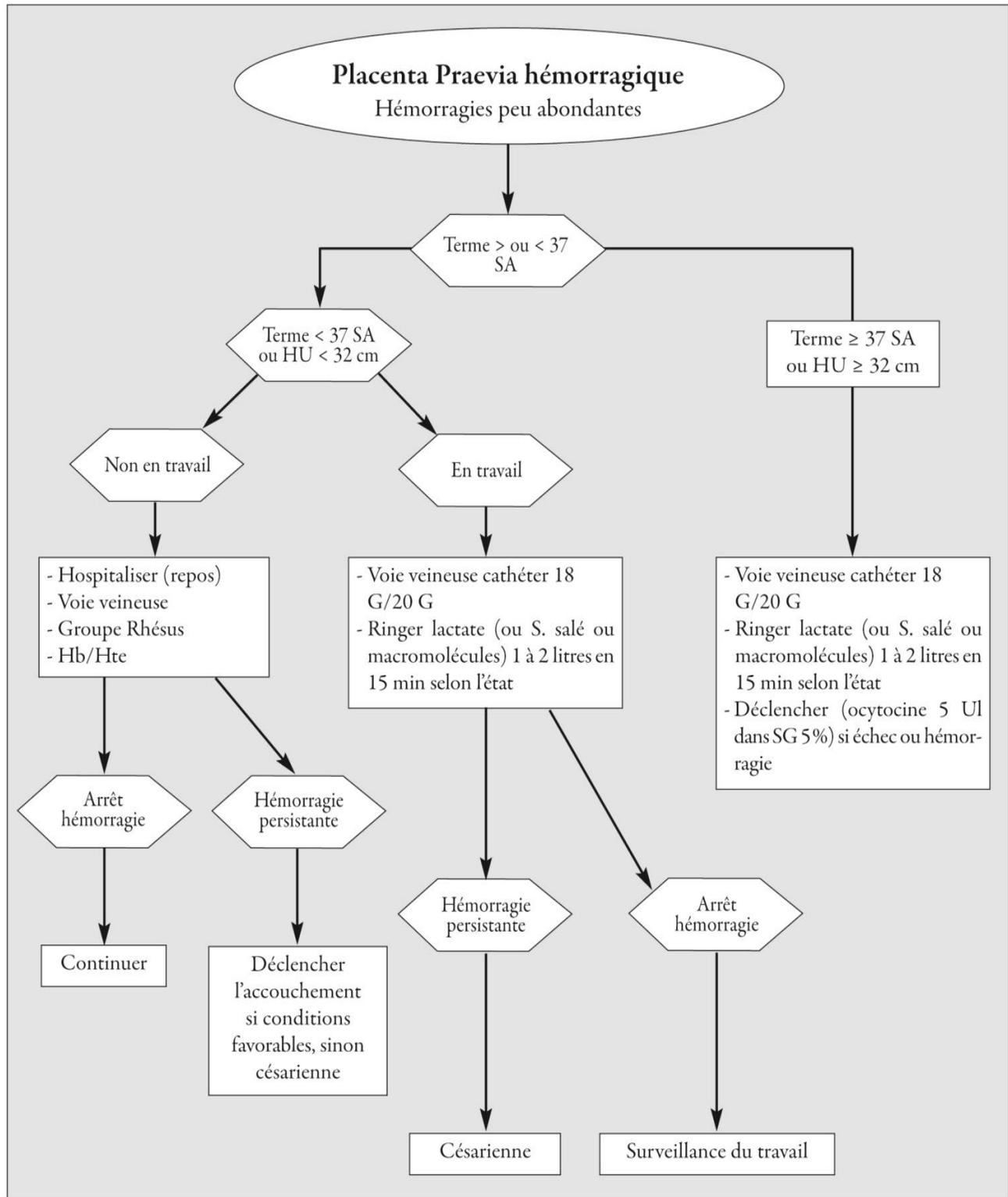
Figure 4 : algorithme de prise en charge de l'hématome rétroplacentaire



### 5.6 Placenta prævia hémorragique:

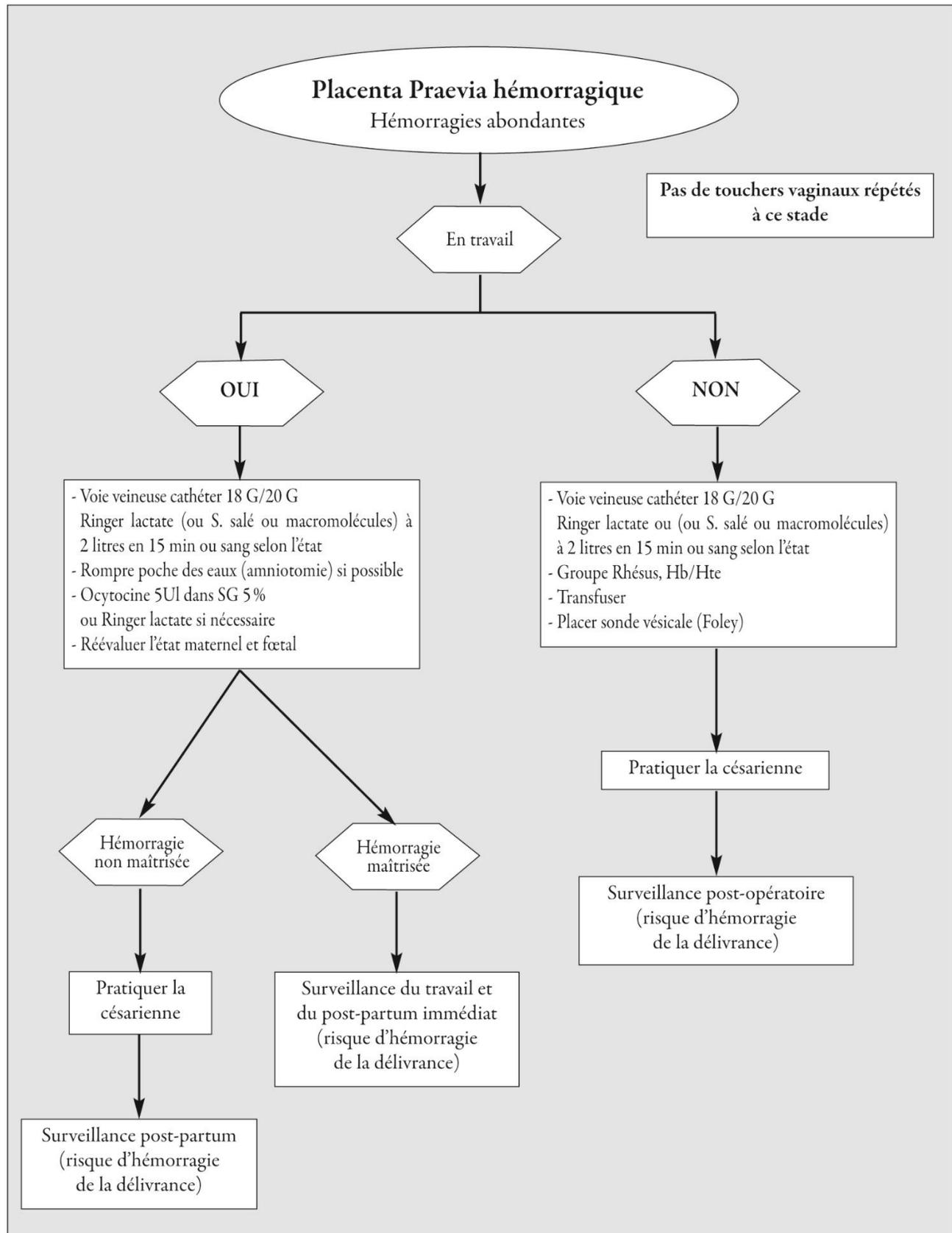
Comme pour tout syndrome hémorragique, on met en place une réanimation. La conduite à tenir est indiquée sur les figures 5 et 6.

Figure 5 : algorithme de prise en charge du placenta praevia hémorragique



HU : hauteur utérine

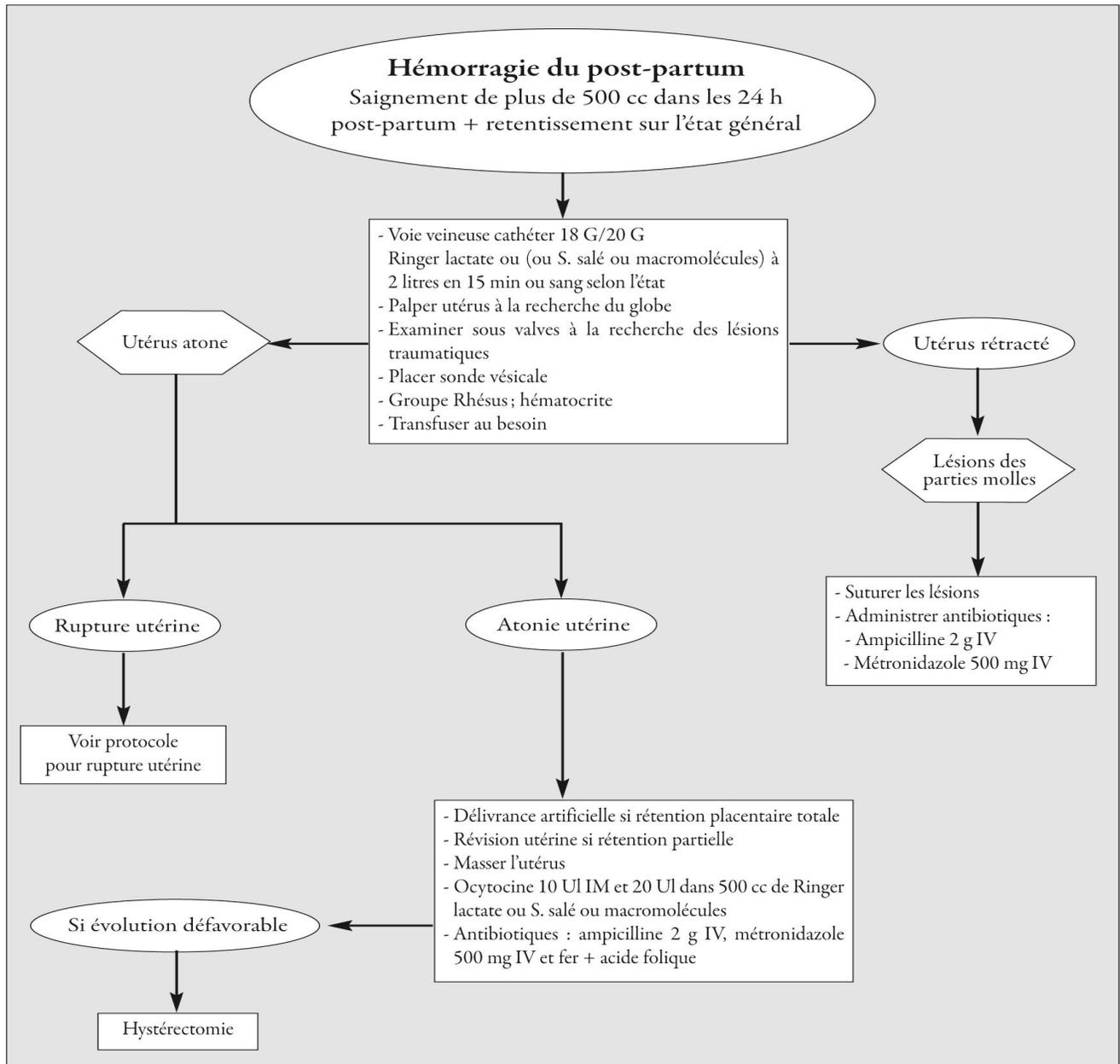
Figure 6 : algorithme de prise en charge du placenta praevia (suite)



### 5.7 Hémorragies du post-partum:

La prise en charge dépend de l'étiologie et se fera selon la figure ci-dessous. La prévention repose sur l'utilisation du partogramme afin de dépister le travail prolongé, et sur la prescription adaptée des ocytocines [12].

Figure 7 : algorithme de prise en charge de l'hémorragie du post partum



## 5.8 Les infections au cours de la grossesse:

### ➤ **Pyélonéphrite gravido-toxique:**

#### **Prévention:**

- Lutter contre la constipation.
- Faire correctement la toilette vulvaire.
- Boire beaucoup d'eau : 1,5 litre d'eau/j.
- Vider la vessie après les rapports sexuels.

#### **Traitement:**

- La bactériurie asymptomatique

Il faut instituer une antibiothérapie par voie orale pendant 10 jours et prescrire des mesures hygiéno-diététiques, contrôler l'ECBU 48 h après l'arrêt du traitement puis tous les mois jusqu'à l'accouchement.

- La pyélonéphrite aiguë :

Hospitalisation : repos, pose d'une voie veineuse, apport hydrique abondant ( $\geq 21/j$ ) et traitement antipyrétique.

ECBU et hémoculture.

Antibiothérapie à large spectre.

Éléments de surveillance : température, pouls, pression artérielle, douleurs, diurèse, NFS, CRP, créatininémie, mouvements actifs du fœtus, contractions utérines et enregistrement du rythme cardiaque fœtal [8].

### ➤ **Paludisme:**

Le traitement du paludisme est curatif et préventif.

Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité comme un paludisme grave (voir le numéro précédent et l'article sur le paludisme grave dans ce même numéro) [12].

Traitement curatif:

Le traitement médical consiste en l'administration de sels de quinine. Au cours des deux premiers trimestres, on peut associer un antipyrétique, un antiémétique, des antispasmodiques ou, en cas de contractions utérines, des bêtamimétiques [8].

#### **Traitement préventif:**

- Protection contre les piqûres de moustiques par moustiquaires imprégnées.
- Traitement intermittent avec SP deux fois au cours de la grossesse.

### **5.9 Hypertension artérielle sévère:**

Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique repose sur :

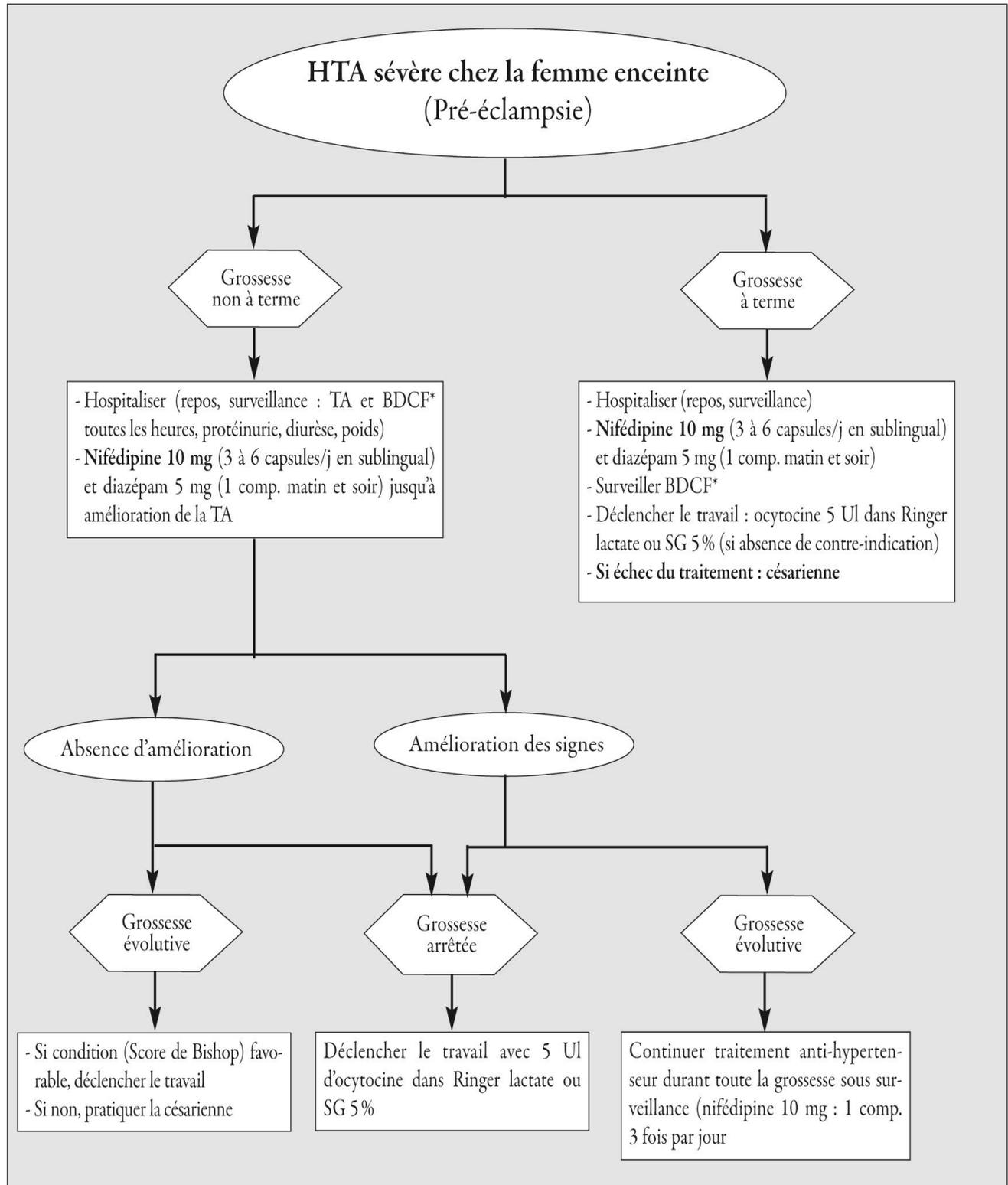
- La mise au repos.
- L'administration de sulfate de magnésie, qui agit sur la fonction neuromusculaire, s'oppose à l'œdème cérébral et améliore le flux utéroplacentaire.
- Les médicaments antihypertenseurs par voie parentérale.
- L'hospitalisation en cas de complication ou d'hypertension artérielle sévère.

Le traitement de l'**éclampsie** comporte :

- Traitement médical pour la mère.
- Arrêt des convulsions par le sulfate de magnésium.
- Réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral par le sulfate de magnésie et la dihydralazine (ou la clonidine).
- Traitement obstétrical : évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, généralement par césarienne.

Cependant, un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta [12].

Figure 8 : algorithme de prise en charge de l'hypertension artérielle sévère



\* BDCF : bruits du cœur fœtal.

# **METHODOLOGIE**

#### **IV-METHODOLOGIE**

➤ **Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans les services de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) du District de Bamako.

➤ **Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV:**

Il comporte :

Unité hospitalisation bloc opératoire,

Un hangar d'attente,

Unité de Consultation Périnatale (CPN),

Unité de grossesse pathologique.

Une unité de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME),

Une salle de travail avec deux lits,

Une salle d'accouchement avec 6 tables,

Une unité des suites de couche avec 18 lits,

Une salle de garde pour sages-femmes,

Une salle de garde pour les Internes,

Une salle de garde pour les Diplôme d'Études Spéciales (DES),

Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,

Un bureau pour la sage-femme maîtresse,

Sept salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 2 salles VIP (Very Important Person)

ou salle unique d'un lit avec commodité

Unité de Consultation Postnatale (CPON),

Unité de Gynécologie,

Unité de Soins Après Avortement (SAA),

Unité de Planification Familiale (PF),

Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,

Un laboratoire de compétence,

Unité de One Stop Center

➤ **Le Personnel du service de gynécologie obstétrique: IL comporte**

Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue  
Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique :

Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,

Une sage-femme maîtresse,

Quarante-quatre sages-femmes,

Quatre infirmiers d'état,

Treize infirmières obstétriciennes,  
Cinq instrumentistes,  
Un agent technique de santé  
Trois aides-soignantes,  
Six chauffeurs d'ambulances,  
Quatre manœuvres (dont deux techniciens de surface),  
Trois gardiens.

Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

➤ **Fonctionnement**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70. Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens. Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center). Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco-obstétricales (urgences et programmées). Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde. Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois. Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde

Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;

Trois sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;

Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en astreinte ;

Un technicien de laboratoire ;

Un instrumentiste ;

Un chauffeur d'ambulance ;

Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

➤ **Le type d'étude :** Il s'agit d'une étude transversale et analytique avec recueil prospectif et rétrospectif des données.

➤ **La période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 01/04/2023 au 30/ 09/ 2023 (soit 6 MOIS).

➤ **Critères d'inclusion :**

Tous les cas de référence évacuation reçu à la maternité avec une fiche de référence

➤ **Critères de non inclusion :**

Toute admission sans fiche de référence.

➤ **Supports et collecte des données :**

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête à partir des supports des données suivants :

- les dossiers gynéco- obstétricaux et néonataux ;
- le registre de référence ou évacuation reçues
- la fiche de référence
- le registre de décès néonataux et maternels

➤ **Analyse des données:**

Les données ont été portées, analysées en utilisant les logiciels wps office, Microsoft excel et IBM SPSS STATISTICS 20.

# RESULTATS

#### IV/RESULTATS

**Tableau I: Répartition des référées en fonction de la période d'étude**

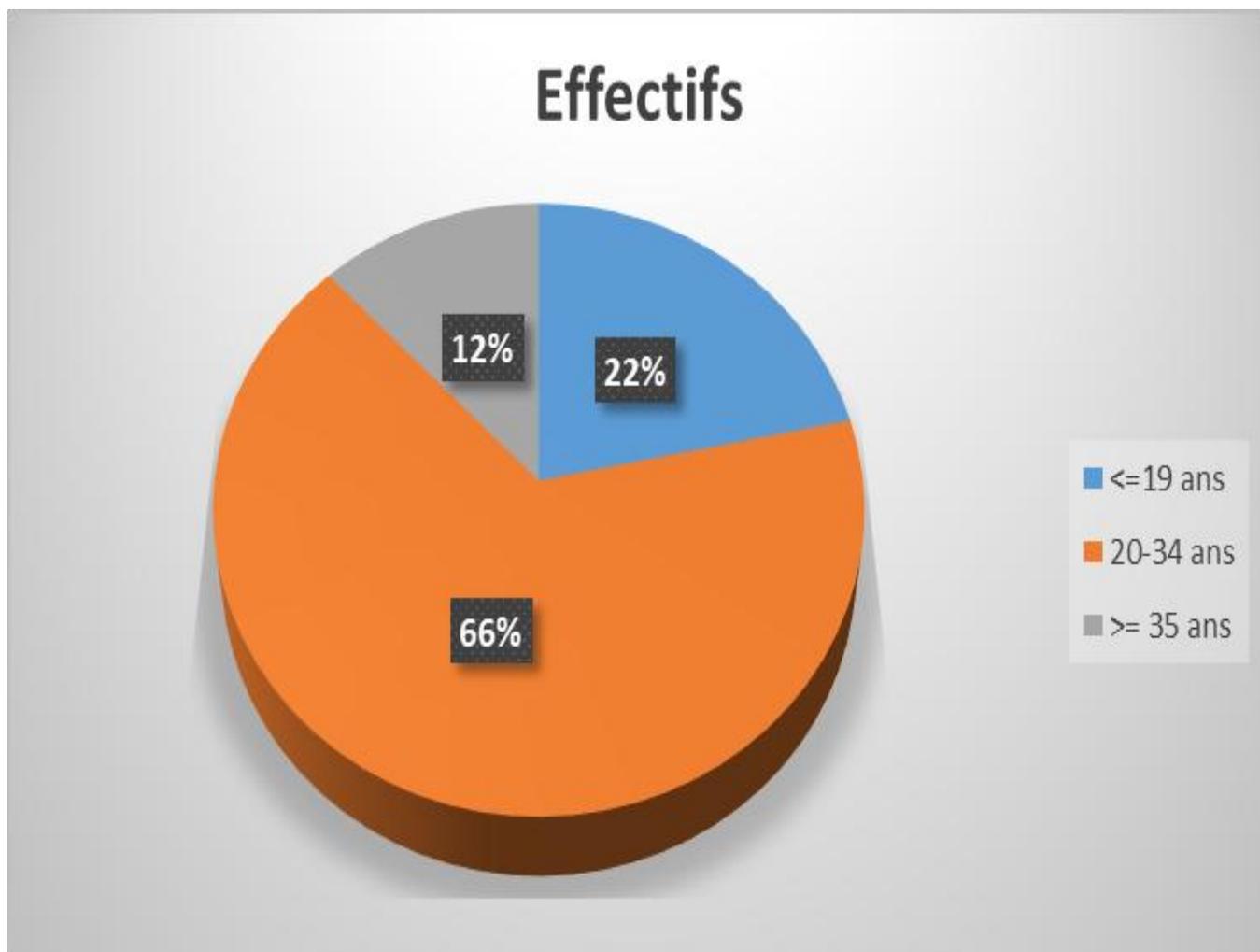


**Tableau II: Répartition des référées en fonction des aires de sante**

	Effectifs	Pourcentage %
<b>Aires de santé de la commune V</b>	<b>405</b>	<b>80,8</b>
Hors aire de santé	96	19,2
Total	501	100,0

**Tableau III: Répartition des femmes référées en fonction de type de structure sanitaire**

	Effectifs	Pourcentage %
Structure sanitaire privée	184	36,7
<b>Structure sanitaire public</b>	<b>317</b>	<b>63,3</b>
Total	501	100,0



**Figure 1: Répartition des référées en fonction de leur tranche d'âge**

**Tableau IV: Répartition des référées selon les structure sanitaire de transit et les moyens de transport emprunter**

	Ambulance	Moto	Taxi	Transport commun	Vehicule personnel	Total	P
Cabinet médical	16	1	<b>126</b>	2	<b>27</b>	172	
Clinique médicale	3	0	6	0	4	13	
Cscom	<b>226</b>	0	<b>84</b>	3	3	316	0,00
	245	1	216	5	<b>34</b>	501	

**Tableau V: Répartition des référées en fonction du motif de référence/évacuation**

	Effectifs	Pourcentage
<b>Anémie sur grossesse</b>	<b>11</b>	<b>2,2</b>
Avortement	5	1,0
Bassin amormal	7	1,4
Bilan non fait	15	3,0
Contraction utérine douloureuse	27	5,4
<b>Dilatation stationnaire</b>	<b>57</b>	<b>11,4</b>
Fièvre sur grossesse	11	2,2
Grande multipare	6	1,2
<b>Grossesse extra utérine rompue</b>	<b>7</b>	<b>1,4</b>
Hauteur utérine excessive	36	7,2
<b>Hémorragie du post partum immédiat</b>	<b>64</b>	<b>12,8</b>
<b>Hypertension artérielle sur grossesse</b>	<b>65</b>	<b>13,0</b>
Manque d'effort expulsifs	20	4,0
Presentation anormale	40	8,0
Procidence du cordon	7	1,4
<b>Rupture prématuré des membranes</b>	<b>41</b>	<b>8,2</b>
<b>Saignement sur grossesse</b>	<b>24</b>	<b>4,8</b>
<b>Souffrance foetale</b>	<b>35</b>	<b>7,0</b>
Suspicion de bassin limite	3	,6
<b>Uterus cicatriciel</b>	<b>20</b>	<b>4,0</b>
Total	501	100,0

**Tableau VI: Répartition des référées en fonction de heure admission sur la fiche de référence**

Heure admission	Effectif	Poucentage
Présence d'heure d'admission	168	33,5
<b>Absence de heure d'admission</b>	<b>333</b>	<b>66,5</b>
Total	501	100,0

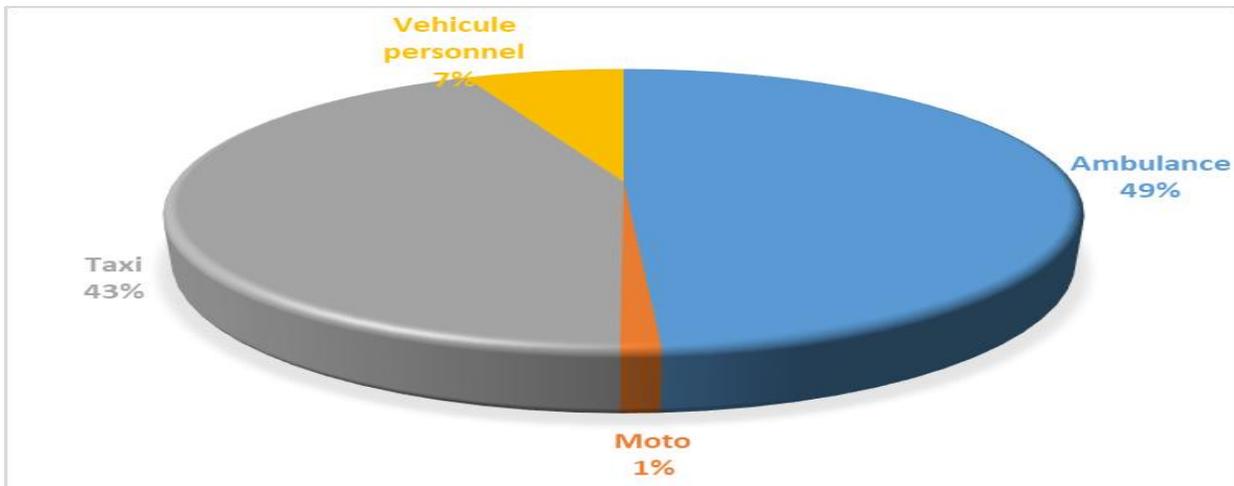
**Tableau VII: Répartition des référées en fonction de heure décision sur la fiche de référence**

Heure décision	Effectif	Purcentage
Présence d'heure de décision	172	34,3
<b>Absence d'heure de décision</b>	<b>329</b>	<b>65,7</b>
Total	501	100,0

**Tableau VIII: Répartition des référées en fonction de heure de départ sur la fiche de référence**

Heure de départ	Effectif	Pourcentage
Présence d'heure de départ	147	29,3
<b>Absence d'heure de départ</b>	<b>354</b>	<b>70,7</b>
Total	501	100,0

Circuit des références/évacuations gyneco-obstetriques reçues au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako



**Figure 2: Répartition des référées en fonction du moyen de transport utilisé**

**Tableau IX: Répartition des référées selon le type de structure sanitaire et l'agent référant**

	Medecin	Sage femme	Total	P	OR	ddl	IC
Structure sanitaire privée	68	116	184				
Structure sanitaire public	7	310	317	0,00	25,961	1	95%
	75	426	501				

Il existe un lien significatif entre le type de structure sanitaire et l'agent référant

**Tableau X: Répartition des référées en fonction de leurs gestités**

	Effectifs	Pourcentage
Grande multigeste	56	11,2
Multigeste	126	25,1
Paucigeste	146	29,1
<b>Primigeste</b>	<b>173</b>	<b>34,5</b>
Total	501	100,0

**Tableau XI: Répartition des référées en fonction de leurs parités**

	Effectifs	Pourcentage
<b>Grande multipare</b>	<b>50</b>	<b>10,0</b>
Multipare	70	14,0
Nullipare	185	36,9
Paucipare	111	22,2
Primipare	85	17,0
Total	501	100,0

**Tableau XII: Répartition des référées en fonction de leurs antécédent médical**

	Effectifs	Pourcentage
AgHBs	6	1,2
Asthme	1	,2
Drepanocytose	2	,4
HTA	8	1,6
Aucun antécédent médical	483	96,4
VIH	1	,2
Total	501	100,0

**Tableau XIII: Répartition des référées en fonction de leur antécédent chirurgical**

	Effectifs	Pourcentage
Utérus bicicatriciel	2	,4
Asthmatique	1	,2
<b>Utérus cicatriciel</b>	<b>35</b>	<b>7,0</b>
Hernie ombilical	1	,2
Myomectomie	2	,4
Aucun antécédent chirurgical	460	91,8
Total	501	100,0

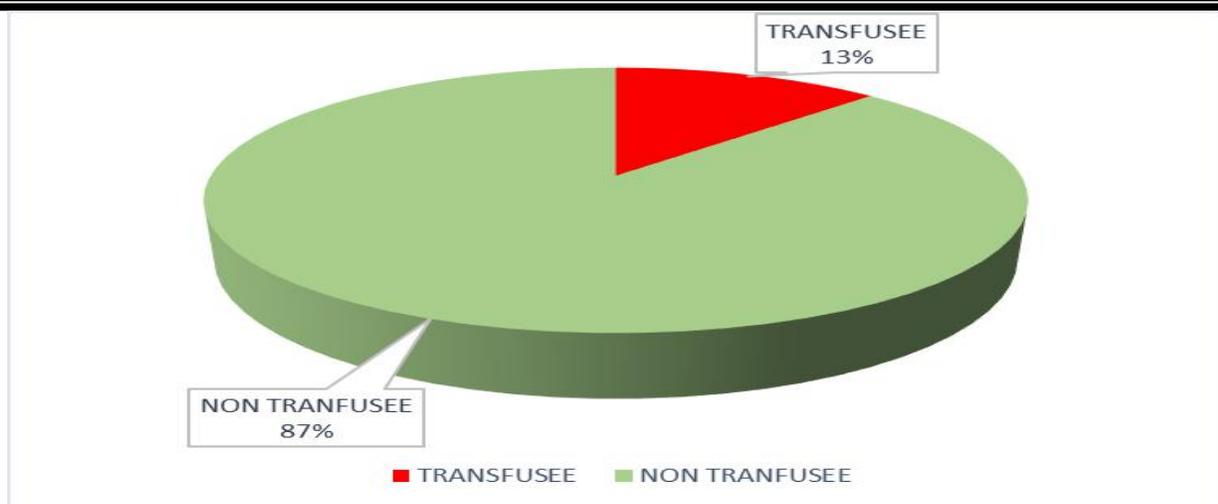
**Tableau XIV: Répartition des référées selon l'état général et le taux d'hémoglobine à l'admission**

	< 8 g/ dl	> 11g/ dl	8-11g/ dl	Non fait	Total	P	ddl
Bon	16	98	<b>362</b>	3	479		
Passable	4	4	7	0	15		
Mauvais	3	0	3	1	7	0,001	6
Total	23	102	372	4	501		

Il existe un lien significatif entre l'état général et le taux d'hémoglobine à l'admission

**Tableau XV: Répartition des référées en fonction de l'âge gestationnel**

Age gestationnel	Effectifs	Pourcentage
Dépassement de terme	6	1,2
Grossesse à son debut	18	3,6
<b>Grossesse à terme</b>	<b>427</b>	<b>85,2</b>
Grossesse non à terme	41	8,2
Grossesse prolongée	9	1,8
Total	501	100,0



**Figure 3: Répartition des référées en fonction de la transfusion**

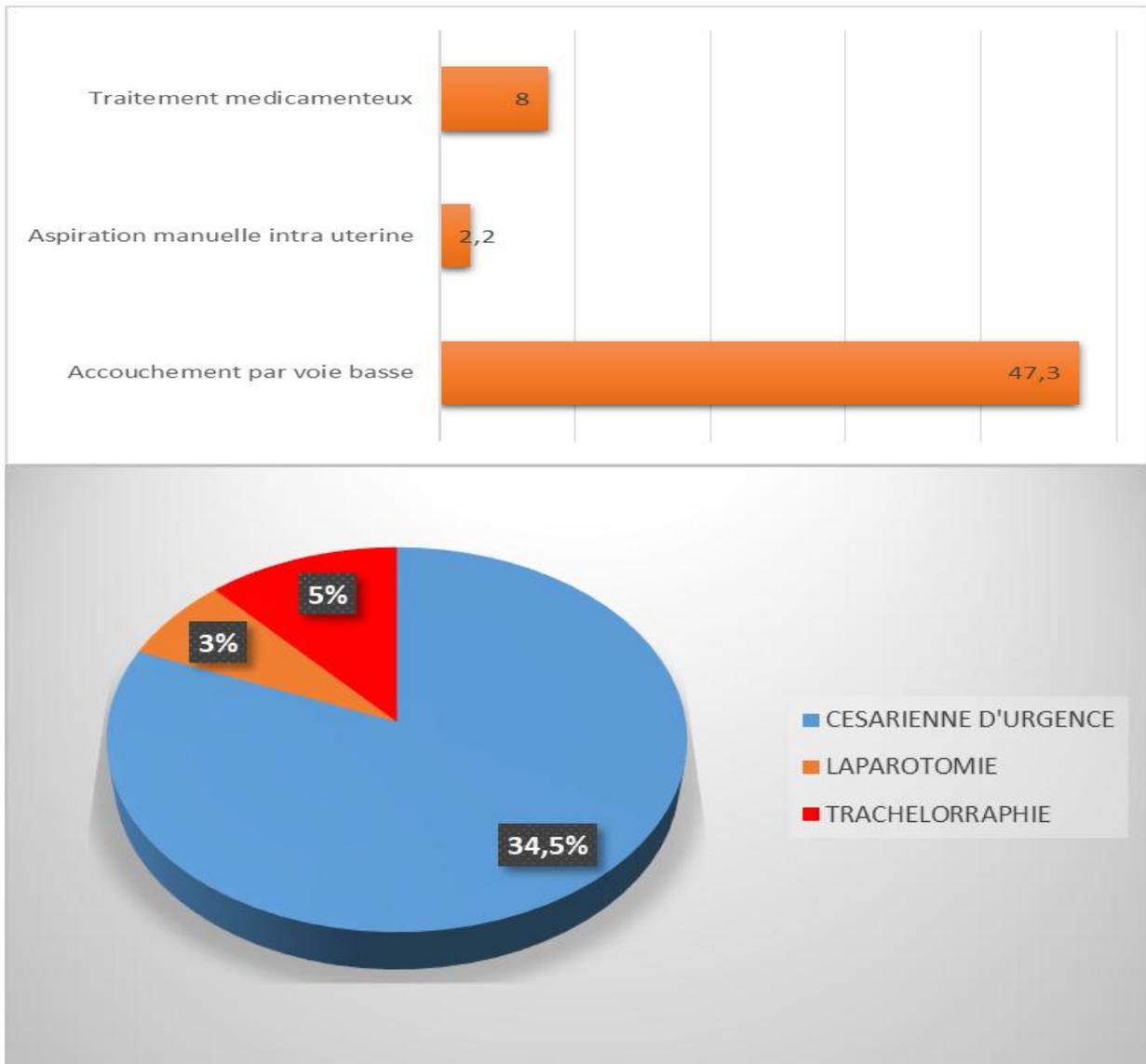
**Tableau XVI: Répartition des référées en fonction du diagnostic retenu**

	Effectifs	Pourcentage %
<b>Asphyxie fœtale aiguë</b>	<b>48</b>	<b>9,6</b>
<b>Avortement</b>	<b>17</b>	<b>3,4</b>
Chorioamniotique	4	,8
<b>Dystocie</b>	<b>85</b>	<b>17,0</b>
<b>GEU rompue</b>	<b>9</b>	<b>1,8</b>
<b>Hémorragie sur grossesse</b>	<b>16</b>	<b>3,2</b>
<b>Hémorragie du post partum</b>	<b>62</b>	<b>12,4</b>
Mort fœtale in utero	11	2,2
<b>Préclampsie sévère</b>	<b>48</b>	<b>9,6</b>
Rupture premature des membranes	10	2,0
Syndrome de pré rupture utérine	11	2,2
<b>Travail d'accouchement</b>	<b>180</b>	<b>35,9</b>
Total	501	100,0

**Tableau XVII: La proportion des référées en fonction de la concordance entre motif de référence et du diagnostic retenu**

	Effectifs	Pourcentage
<b>Pas de concordance</b>	<b>304</b>	<b>60,7</b>
Concordance	197	39,3
Total	501	100,0

Circuit des références/évacuations gyneco-obstetriques reçues au centre de sante de référence de la commune v  
du district de Bamako



**Figure 4: Répartition des référées en fonction de leur prise en charge**

**Tableau XVIII: Répartition des référées en fonction de leur complication au cours de la prise en charge**

	Effectifs	Pourcentage
<b>Anémie sévère</b>	<b>109</b>	<b>21,8</b>
Dechirure cervicale	1	,2
Trouble de la coagulation	1	,2
Hematome vulvaire	1	,2
Hémorragie du post partum immédiat	2	,4
<b>Hypertension artérielle</b>	<b>32</b>	<b>6,4</b>
Mort fœtale in utero	1	,2
<b>Aucune complication maternelle</b>	<b>354</b>	<b>70,7</b>
Total	501	100,0

**Tableau XIX: Répartition des référées en fonction du devenir des grossesses**

	Effectifs	Pourcentage
Avortement	6	1,2
GEU rompue	6	1,2
<b>Mort ne</b>	<b>24</b>	<b>4,8</b>
<b>Nouveau-né sans particularité</b>	<b>324</b>	<b>64,7</b>
<b>Nouveau-né Référé a la néonatalogie</b>	<b>141</b>	<b>28,1</b>
Total	501	100,0

**Tableau XX: Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence en néonatalogie**

	Effectifs	Pourcentage
<b>Asphyxie néonatale</b>	<b>71</b>	<b>14,2</b>
Hypotrophie	12	2,4
<b>Macrosomie</b>	<b>15</b>	<b>3,0</b>
Mère AgHBs/HIV positifs	2	,4
Malformation	4	,8
<b>Prématurité</b>	<b>32</b>	<b>6,4</b>
Rupture prématuré des membranes	5	1,0
Total	141	100,0

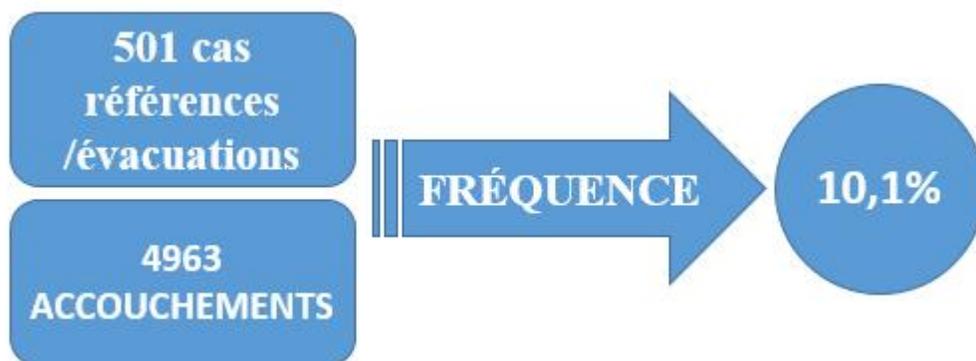
**Tableau XXI: Répartition des naissances selon le décès périnataux**

	Effectifs	Pourcentage
<b>Vivants</b>	<b>430</b>	<b>90,3</b>
Décédés	46	9,7
Total	476	100,0

# **DISCUSSION**

## VI-DISCUSSION

### 1. Fréquence:



Nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective sur une période d'étude de 06 mois allant du 1er Avril au 30 Septembre 2023 au cours de laquelle nous avons enregistré 501 cas références /évacuations sur un total de 4963 accouchements soit une fréquence de 10,1%. Sankare I [13] trouvait dans ce même centre de référence de la commune V une fréquence de 21,1%. Les fréquences rapportées en commune IV [14] et I [15] sont respectivement de 9,2% et 8,55%. La fréquence des évacuations est variable suivant les structures sanitaires. Cela dépend du mode de recrutement et de la zone d'implantation de la structure. C'est le cas du CSREF CV qui est implanté dans une zone à forte densité de population.

La fréquence mensuelle des références/évacuations varie d'une période à une autre. La plus grande fréquence est celle du mois de juin avec 106 cas de références /évacuations soit 21,2%.

### 2. Origines des femmes référées ou évacuées

La provenance des références/évacuations des aires de santé de la commune V représente 405 cas soit 80,8%, hors aire de santé de la commune V 96 cas soit 19,2%. 36,7% des cas ont été référées ou évacuées par les différentes structures sanitaires privées dont le cabinet médical national sis Daoudabougou comptabilise le plus grand effectif avec **18 cas** soit (3,6%). Ce résultat pourrait expliquer son affluence considérable, sa proximité et sa collaboration avec le CSREF CV.

### **3. L'âge :**

La moyenne d'âge des référées est de 25 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 20-34ans avec 66 %.Ce même constat a été fait par S. Camara [16] et Thiero M [17] qui trouvaient respectivement 83,34% et 86,6% d'âge compris entre 17 et 35%.

Il est classique de dire que les âges extrêmes (avant 20 ans 22 % et après 34 ans 12 %) constituent un risque pour la grossesse et surtout au moment de la parturition. Avant 20 ans une immaturité psychologique et physiologique fréquente chez les parturientes jeunes se traduit par une dystocie. Sangaret M et collaborateurs [18] en Côte d'Ivoire estiment que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile tant que le mariage des jeunes nubiles demeurera en Afrique noire.

### **4. Parité :**

Les nullipares représentent une tranche non négligeable (36,9%). Ce qui est supérieure de celui rapporté par Thiero M qui est de (30,6%) [17]. Cette remarque a été faite aussi par Traoré F A [19] qui a trouvé 33% de nulliparité. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravi-do-puerpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition.

### **5. Facteurs liés à la référence.**

#### **➤ Qualité de l'agent de santé qui réfère :**

L'agent de santé qui décide de la référence ou de l'évacuation identifie la pathologie selon sa compétence et l'équipement disponible. 85% des références ont été fait les sages-femmes. Seul 15% de références relevaient des médecins. Sangaret M et collaborateurs [18] en Côte d'Ivoire estiment que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile tant que le mariage des jeunes nubiles demeurera en Afrique noire.

#### **➤ Fiche de référence**

L'obligation faite de remplir correctement la fiche de référence pour toutes les référées n'a pas été toujours respectée comme l'attestent 70,7% de cas des références avaient un fiche de référence mal renseignée.

La précision de heure d'admission, de décision et de départ n'ont pas été signalés sur tous les fiches de références au cours du transfert. Ce pendant au cours de notre étude nous avons constaté que 66,5% des cas n'avaient pas d'heure d'admission, 65,7% des cas n'avaient pas d'heure de décision et 70,7% des cas n'avaient pas d'heure de départ sur la fiche de référence. Cette précision est importante car elle alerte le personnel du centre d'accueil à une prise en charge plus rapide et efficace. Cela peut s'expliquer par

le manque de personnel qualifié et la méconnaissance de l'importance de la fiche de référence. Les fiches de référence bien renseignées permettent d'indiquer le motif de référence et évacuation, le traitement effectué mais aussi elle permet de savoir les erreurs diagnostiques et thérapeutiques cause par les agents de santé et une rétro information à ce que cela ne se reproduise plus, cela pourrait bien diminuer les complications materno-foetales.

➤ **Motifs de référence**

D'une manière générale les motifs de référence étaient en rapport avec les urgences obstétricales. Le plateau technique limité des C.S.COM est la principale raison de référence /évacuation. Les motifs les plus fréquemment évoqués par les différents centres de santé périphériques sont:

1 Hypertension artérielle sur grossesse 13%

2 Hémorragie du post partum immédiat 12,8%

3 Dilatations stationnaires 11,4%

Ces mêmes motifs ont été rencontrés au CSREF IV [14] avec Dilatation stationnaire 10% hémorragie 7,2% et manque d'efforts expulsifs 5,3%. Au CSREF-CI [15] Hémorragie 23,5%, l'HTA 22,3%, SFA 18,5%.

Sankaré I trouvait dans ce même centre de référence retard à l'expulsion t 16,3%

DFP 12,9%. Ces motifs de référence se justifient par le fait qu'il s'agit le plus souvent de pathologies dont la prise en charge nécessite un acte chirurgical[13]. La qualité et la rapidité de l'évacuation sont les moyens les plus sûrs de réduire les complications (CIVD, rupture utérine, mort in-utéro, décès maternels...) liées à ces pathologies.

➤ **Moyens de transport:**

Parmi les moyens de transport empruntés dans notre étude seule 49% des référées ont été transférées par l'ambulance. 51% des référés ont été transférées par des moyens de transport inadéquats (taxi, sotrama, moto, voiture personnelle).

Ces conditions de transfert prouvent que les références / évacuations se font dans des mauvaises conditions. Ceci est d'autant vrai qu'aucune femme n'avait bénéficié d'un transport médicalisé dans notre série.

Au CHU-YO de Ouagadougou [20] il a été retrouvé 38,4% d'évacuation par taxi, 11,6% par véhicule personnel et 3% par mobyette. 36,7% des référées /évacuées venant des structures sanitaires privées n'avaient pas bénéficié de ces moyens de transport et communication que dispose le centre de santé de référence de la commune V. Cela est dû à une méconnaissance du système de référence, de la notion d'urgence,

au manque de personnel qualifié d'où la nécessité d'une collaboration et d'une formation continue du personnel pour assurer une référence évacuation de qualité.

### **6. Diagnostic retenu :**

Parmi les références/ évacuations 39,3% des cas avaient un motif qui concordait avec le diagnostic retenu au CSREF CV. Tous les diagnostics retenus ne nécessitaient pas une référence /évacuation au CSREF CV. Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés sont les suivants:

- Travail d'accouchement 35, 9%
- Hémorragies 20,8%(Hémorragie sur grossesse 3,2% +Hémorragie du post partum 12,4% + Avortement hémorragique 3,4% +GEU rompue1,8%)
- Dystocies 17%
- Prééclampsie sévère 9,6%
- Asphyxie fœtale aiguë 9,6%

Thiero M. [17] avait trouvé pour les présentations anormales 14,4%, pour les bassins pathologiques 13,8% et pour les D.F.P. 11,9%.Sankaré I [13] avançait les présentations mal fléchies 16,4% et les problèmes funiculaires 14,6%.

### **7. Prise en charge :**

Parmi les références /évacuations au CSREF CV 47,3% ont accouché par voie naturelle. Le taux d'accouchement par voie basse observé au CSREF CIV était de 46% [14] et au CSREF-CI 55,4% [15]

34,5% des femmes référées au CSREF CV ont bénéficié d'une césarienne d'urgence.

5 % des référées au CSREF CV ont bénéficié d'une trachélorraphie

Au CSREF CIV [14] 28,8% des références/évacuées ont bénéficié d'une césarienne et 20,1% de césarienne ont été réalisées au CSREF CI [15]. Sankaré I. [12] trouvait en 1996-1998 au CSREF CV 37,6% de césariennes, 41,2% d'accouchement par voie naturelle. Nous avons constaté une diminution significative de la fréquence de la césarienne en commune CV. Cela grâce aux efforts conjugués d'une part des acteurs (ASACO et agents de Santé du CSREF CV) d'autre part aux moyens de transport et de communication disponibles au CSREF CV. Ces efforts vont dans le cadre de la sensibilisation au niveau de la population en respectant la pyramide sanitaire ; Les réunions dans les quartiers et la sensibilisation des femmes venant directement au CSREF CV. Dans notre étude les extractions instrumentales (ventouse) ont été pratiquées 3fois soit 0,6% des cas.

Extraction par forceps a été observée 0,5% au CSREF CIV[14], 6,8% au CSREF CI [15]

6,9% dans l'étude de Sankaré I [13].

Toutes les référées / évacuées pour suspicion de G.E.U chez qui le diagnostic a été confirmé ont bénéficié d'une laparotomie soit une proportion de 1,8%. Au CSREF CIV[14] il a été enregistré 6,9% de laparotomie pour GEU ; 5,7% de cas au CSRF-CI [15].

Hysterorraphie pour rupture utérine 5 cas soit 1% de cas

Le taux de ruptures utérines relativement faible dans notre étude s'expliquerait par la justesse des diagnostics dans la majorité des cas et la prise en charge précoce des cas de syndrome de pré rupture utérine. CSREF CIV [14] 0,8% de rupture utérines et 2% au CSREFCI [15].

Les médicaments généralement utilisés pour la prise en charge de certaines pathologies (HDD, MAP, HTA, paludisme et grossesse) ont été :

Les utero toniques, les tocolytiques, les antispasmodiques, les antibiotiques, les antipalustres, les antihypertenseurs, les antipyrétiques.

### **8. Évolutions et complications**

70,7% des cas les suites ont été simples sans particularités. Des complications ont été observées chez 29,3% des femmes. L'anémie a été la plus fréquente des complications avec 21,8%. 12,6% des cas ont bénéficié d'une transfusion sanguine. La prédominance de l'anémie pourrait s'expliquer d'une part par le retard à l'évacuation au niveau périphérique des hémorragies du post partum.

CSREF CV l'anémie a été consécutive à une hémorragie du post partum immédiat par déchirure cervicale dans 5% des cas.

Les complications liées à l'hémorragie pourraient être diminuées si on s'assurait que les parturientes sont bien en dilatation complète et éviter les mauvais usages des utero-toniques. Faire la prévention d'hémorragie du post partum chez les grands multipares.

### **9. Pronostic maternel :**

La mortalité maternelle représente une des premières causes de décès, chez les femmes en âge de procréer [20] Au cours de la période étude, nous avons enregistré 1 cas de décès maternel pour hémorragie du post partum.

Thiero M [17] a trouvé comme 1ère cause de mortalité maternelle, le choc septique après intervention chirurgicale dans 50% des cas. La plupart de nos décès étaient liés à la non disponibilité du produit sanguin ; à l'absence d'une unité de réanimation, à l'insuffisance de personnel qualifié et au retard à l'évacuation/référence. Les mauvaises conditions de références/évacuations (pas de prise de voie veineuse et le mauvais suivi prénatal même pas de groupage sanguin) ont contribué aux décès de certaines patientes.

### **10. Référence des nouveau-nés**

28,7 % des nouveau-nés ont été référés à la néonatalogie. Les motifs les plus fréquents de leur référence ont été : la souffrance néonatale (14,2%), la prématurité (6,4%) l'infection néonatale (0,4%). Ces différents motifs de référence en néonatalogie pourraient s'expliquer d'une part par un retard de la référence vers le CSREF CV, de l'absence d'ambulances par ce que CSREF CV dispose deux ambulances et un chauffeur par garde et d'autre part du fait que certaines patientes même référées/évacuées pour le CSREF CV préfèrent transiter par leur domicile d'abord. Comme le cas de notre étude ou 1,2% des cas ont transité par leur domicile d'abord. Thiero M [17] avait enregistré (37,5%) de nouveau-nés réanimés après accouchement. Sankaré I. [13] a trouvé les mêmes motifs de référence/évacuation des nouveau-nés en néonatalogie avec un taux global de 21,5%.

### **11. Pronostic foetal**

Le pronostic foetal est fonction de la pathologie associée à la grossesse et de l'évolution de l'accouchement. 71,9% des nouveau-nés étaient sans particularités à la naissance.

Nous avons enregistré 4,6% de mort nés dont 0,6% sont macéré. Les circonstances de cette mortinaissance ont été : la SFA (9,6%), l'HRP (1,4%) et prééclampsie (7,8%).

Sankaré I [13] rapportait 7,3% de mort nés dans son étude qu'il a lié au retard de transfert, de la prise en charge et de l'insuffisance des moyens de référence. Au CHU-YO de Ouagadougou il a été retrouvé 1 mort-né sur 4 naissances. Un taux de mortinatalité a été constaté respectivement au CSREF CI[15] et CIV[14] avec 8,6% et 8,3%.

Les circonstances de cette mortinaissance ont été des urgences qui demandaient en général une prise en charge rapide.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

**CONCLUSION:**

Le système de références/évacuations des urgences obstétricales constituent un problème de santé publique dans le monde. Les conditions du circuit de références/évacuations et les conditions socio-économiques défavorables sont les principaux problèmes dans notre contexte. Une prise en charge urgente et une amélioration du niveau de vie des gestantes sont nécessaires pour diminuer la mortalité materno-foetale

## **RECOMMANDATIONS**

### ➤ **Au ministère de la santé :**

- Mettre en place un comité de suivi des recommandations
- Doter les centres de santé communautaire et de référence des compétences obstétricales (sage-femme, gynécologue obstétricien) et du matériel approprié (matériels du bloc, table d'accouchement), rénover la salle d'accouchement pour réduire le taux de mortalité fœto-maternelle.
- Mettre à jour des cadres conceptuels au niveau de district qi n'en dispose pas.
- Renforcer le plaidoyer au niveau des mairies des des ASACOs sur importance du paiement des quotes part.

### ➤ **Au médecin chef du CSREF CV :**

- Réhabiliter l'unité de soins néonataux et doter la salle d'accouchement en oxygène.
- Assurer la disponibilité des produits sanguins (mini-banque de sang) dans le Centre de santé de Référence pour des possibilités transfusionnelles rapides car l'hémorragie reste la première cause de décès maternel.
- Réorganiser la garde des chauffeurs (au moins de chauffer par garde).
- Élargir les supervisions SONU à toutes les structures privées et confessionnelles.
- Former les prestataires en réanimation néonatale.
- Sensibiliser les structures privées pour une bonne collaboration en fin de réduire des décès maternels et néonataux.

### ➤ **Aux personnels**

- promouvoir l'IEC (Information, éducation et la communication) pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'avortement, aux accouchements à domiciles et à la méconnaissance des risques de complication de la grossesse.
- Organiser des audits internes devant tous les cas de décès maternel et tous les autres cas compliqués.
- Redynamiser le système de suivi de référence et de contre référence par l'enregistrement rigoureux des différents cas ;
- Pratiquer les consultations prénatales selon les normes afin de déceler toute anomalie de la grossesse ;
- Évacuer à temps les patientes devant toute urgence vers un centre plus adapté à sa prise en charge ce qui améliore le pronostic ;
- Référer à temps les patientes.

➤ **Aux gestantes :**

- Faire les consultations prénatales aussi vite que possible dès le début de la grossesse pour améliorer la qualité de la prise en charge ;
- Éviter les pratiques coutumières néfastes (mariage précoce, l'excision) pouvant conduire à des complications comme les fistules.
- Éviter les accouchements à domiciles dont le but est de prévenir la survenue de complications mortelles surtout chez les multipares.

# REFERENCES

## REFERENCES

1. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin | Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (minsante.cm).
2. Une femme meurt toutes les deux minutes de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, selon les organismes des Nations Unies (who.int).
3. Mortalité maternelle (who.int).
4. Ministère de la Santé Publique fait la dissémination du Manuel des procédures pour la référence contre référence | OMS | Bureau régional pour l'Afrique (who.int).
5. Couloubaly AB : Référence/évacuation gynéco-obstétrique au centre de santé de la commune v. Thèse de médecine Bamako 2006
6. Prise en charge des urgences obstétricales en médecine d'urgence - La SFAR
7. La référence /évaluation gynéco - obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. (bibliosante.ml)
8. Traore A : Étude des urgences obstétricale dans le cadre des références/évacuations centre de sante de référence major Moussa Diakité de kati à propos de 319 cas. Thèse de Médecine Kati 2014. 61
9. Direction régionale de la santé du district de Bamako.1019 Cadre conceptuel de la référence/évacuation en commun v. Équipe socio-sanitaire de la commun v de Bamako 2019.
10. Bernis, L : La mortalité maternelle dans les pays en développement: quelles stratégies adopter? Med Trop; 2003. 63 (4-5) ; 391-9.
11. Merger R, Levy J, Melkior J. Précis d'obstétrique ; MASSON Ed. Paris 1979 : 211-218, 430-411, 479.
12. Traore Y : Urgence gynéco-obstétrique CHU Gabriel Touré Bamako 2008; en ligne; Développement et Santé | Les urgences gynécologiques et obstétricales (devsante.org).
13. Sankaré I : Évaluation de la référence /évacuation au CSREF Commune V au service de gynéco-obstétrique. Thèse Med Bamako 2001 ; 39 : 92 .
14. Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune IV. archives 2004.
15. Statistique, système d'information sanitaire et archives Centre de Santé de Référence de la Commune I. archives 2004.
16. Camara S : Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude. Thèse de médecine Abidjan 1986 N° : 714.

- 17.Thiero M : Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré thèse de Médecine Bamako 1995 ; 17.
- 18.Sangaret M: Problèmes obstétricaux d'urgence au CHU de Treicheville. Med 1974 ; 3 : 137-145.
19. 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.
- 20.Diarra O : Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse Médecine Bamako 2000 ; 117 :80.

# ANNEXES

FICHE D'ENQUETE « Q=Question »

IDENTIFICATION DU MALADE

Q01 dossier N°: / \_\_\_\_\_ /

Q02 Nom et Prénom du malade :.....

Q03 Age :.....

Q04 Résidence à Bamako :.....

Q05 Résidence hors de Bamako :.....

Q06 Contact :.....

Q07 Ethnie: / \_\_\_\_\_ / 1=Bambara 2=Sonrhaï 3=Sarakolé 4=Peulh 6=Dogon 7=Autres

Q08 Statut matrimonial : / \_\_\_\_\_ / 1=Célibataire 2=Mariée 3=Divorcée 4=Veuve

5=Autres .....

Q09 Niveau d'instruction : / \_\_\_\_\_ / 1=Primaire 2=Secondaire 3=Lycée 4=Supérieur

Q10 Profession :.....

REFERENCE OU EVACUATION REÇUES

Q11 Nombre de structure de transit / \_\_\_ / le circuit Niveau 01 :.....

Niveau 02 :.....

Q12 : Motif de référence ou de consultation :.....

Q13 Date et heure de prise de décision de la référence : ...../...../2023

à .....h .....mn

Q14 Moyen de transport: Ambulance / \_\_\_ / Véhicule personnel / \_\_\_ / Taxi / \_\_\_ /

Motocyclette / \_\_\_ / Autre : précisé : .....

Q15 Si retard évoquer le Motif :.....

Q16 Date et heure d'arrivée dans la structure sanitaire de transit: ...../...../2023

à .....h.....mn

Q17 Date et heure du départ dans la structure sanitaire de transit :...../...../2023

à .....h.....mn

Q18 Qualification de la personne ayant reçu la malade à la structure sanitaire de transit :

Médecin/ \_\_\_ / Sage-Femme/ \_\_\_ / infirmier/ \_\_\_ /

Q19 : Date et heure d'arrivée dans le C S Réf CV:

Q20 : Délai entre évacuation et l'arrivée à structure de PEC : .....mn

ANTECEDANTS

Q21 Obstétrique : G: / \_\_\_ / P / \_\_\_ / V / \_\_\_ / Av / \_\_\_ / D / \_\_\_ / M Né / \_\_\_ /

Q22 Médical : / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Si oui : HTA /--/ Cardiopathie /--/ Hémoglobinopathie /--/ Asthme /--/ Diabète /--/

Autre /--/ préciser : .....

Q23 Chirurgical : / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Si Oui : La date et Indication : .....

.....

.....

Q24 Familiaux : / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Si oui préciser : .....

.....

.....

### EXAMEN PHYSIQUE

Q25 : État général à l'entrée / \_\_\_\_\_ / 1=Bon 2=Assez bon 3=Mauvais

Q26 État de conscience score de Glasgow : ...../15

Q27 Température : .....

Q28 pression artérielle : .....

Q29 Activités cardiaques fœtales / \_\_\_\_\_ / 1=Présentes 2=Absentes

Q30 Besoin de transfusion d'urgence / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q31 Carnet de CPN / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q32 Fiche personnelle / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q33 Partie examen du 9ème mois dans le carnet / \_\_\_\_\_ / 1=Remplie 2=Non remplie

Q34 Voie Veineuse (cathéter) / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

### EXAMENS PARA CLINIQUES EN URGENCE

Q35 NFS / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q36 Groupe sanguin : ..... Rhésus : .....

Q37 Taux d'hémoglobine / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q38 Taux d'hématocrite / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q39 Échographie obstétricale / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q40 Test UCG / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q41 Bandelettes urinaires / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

### DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

#### DIAGNOSTIC

Q42 : Diagnostic retenu : .....

Q43 : Traitement médical / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q44 : Césarienne d'urgence / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q45 : Laparotomie d'urgence / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q46 : Transférée en réanimation / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q47 : Transfusion d'urgence / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q58 : Aspiration électrique / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q49 : Salpingectomie unilatérale / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q50 : Salpingectomie bilatérale / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q51 : Hystérectomie d'hémostase / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q52 : Autre type de chirurgie à préciser:.....

Q53 : Accouchement voie basse spontané / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q54 : Accouchement dirigé / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q55 : Accouchement instrumenté / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Si oui préciser :.....

Q56 : Nouveau-né référé en néonatalogie / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Si oui préciser :.....

Q570 : Décès constaté à l'arrivée / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q581: Décès pers-opératoire / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q59 : Décès postopératoire / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Q60 : Mort in utero après hospitalisation 1=Oui 2=Non

Q61 : Sortie vivantes (Mère et enfant) / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

#### HOSPITALISATION

Q62 : Durée d'hospitalisation :.....

Q63 : Complications / \_\_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

Si oui préciser FVV/ \_\_\_\_\_ / Déchirure du périnée/ \_\_\_\_\_ / Anémie / \_\_\_\_\_ / Suppuration  
pariétale / \_\_\_\_\_ / Endométrite/ \_\_\_\_\_ /

6=Autres:.....

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom : Thienta**

**Prénom : aboubacar sidiki**

**Titre de la thèse :** circuit des références/évacuations gyneco-obstetriques reçues au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako.

**Année universitaire :** 2022-2023

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** MALI

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS : BP1805-Bamako(MALI)

**Secteur d'intérêt :** Gynéco-obstétrique

### **RESUME :**

Le circuit de référence/évacuation pose un problème de santé. Au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. La période d'étude était du 01/04/2023 au 30/09/2023. Nous avons enregistré 501 cas références /évacuations sur un total de 4963 accouchements soit une fréquence de 10,1%. La moyenne d'âge des référées est de 25 ans et la tranche d'âge 20-34 ans représente 66%.

La provenance des références/évacuations des aires de santé de la commune V représente 80,8%. 36,7% des cas ont été référées ou évacuées par les différentes structures sanitaires privées. 70,7% avaient une fiche de référence mal renseignée. Les motifs les plus fréquemment évoqués par les différents centres de santé périphériques ont été hypertension artérielle sur grossesse 13% et hémorragie du post partum immédiat 12,8%. 39,3% des cas avaient un motif qui concordait avec le diagnostic retenu. Des complications ont été observées chez 29,3% des femmes. L'anémie a été la plus fréquente des complications avec 21,8%. 13% des cas ont bénéficié d'une transfusion sanguine. Nous avons enregistré 1 cas de décès maternel pour hémorragie du post partum. 28,7 % des nouveau-nés ont été référés à la néonatalogie. Le motif le plus fréquent a été la souffrance néonatale avec 14,2%.

Le système de références/évacuations des urgences obstétricales constituent un problème de santé publique dans le monde. Les conditions du circuit de références/évacuations et les conditions socio-économiques défavorables sont les principaux problèmes dans notre contexte. Une prise en charge urgente et une amélioration du niveau de vie des gestantes sont nécessaires pour diminuer la mortalité materno-fœtale.

## **Abstract**

Title of the thesis: circuit of gynecological-obstetric referrals/evacuations received at the reference health center of commune v of the district of Bamako.

The reference/evacuation circuit poses a health problem. At the Referral Health Center of Commune V of the District of Bamako. The study period was from 01/04/2023 to 30/09/2023. We recorded 501 referrals/evacuations out of a total of 4963 deliveries, a frequency of 10.1%. The average age of the referees is 25 years old and the 20-34 age group represents 66%.

The origin of referrals/evacuations from health areas in Commune V represents 80.8%. 36.7% of cases were referred or evacuated by the various private health facilities. 70.7% had an incorrectly completed reference sheet. The most frequently cited reasons given by the various peripheral health centres were high blood pressure during pregnancy (13%) and immediate postpartum haemorrhage (12.8%). 39.3% of cases had a reason that was consistent with the diagnosis. Complications were observed in 29.3% of women. Anemia was the most common complication with 21.8%. 13% of cases received a blood transfusion. We recorded 1 case of maternal death due to postpartum haemorrhage. 28.7% of newborns were referred to neonatology. The most frequent reason was neonatal distress with 14.2%.

The referral/evacuation system for obstetric emergencies is a public health problem worldwide. The conditions of the referral/evacuation circuit and the unfavourable socio-economic conditions are the main problems in our context. Urgent care and an improvement in the standard of living of pregnant women are necessary to reduce maternal-fetal mortality.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

**Je le jure.**