



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2018 - 2019

N° : /

THESE

**IMPACT DE L'UNITE DE REANIMATION SUR LES
REFERENCES/EVACUATIONS DE LA MATERNITE DU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE III VERS LES CHU.**

Présentée et soutenue publiquement le 11 /02 / 2019 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie
par :

Monsieur DEMFACK Bernard Brisse

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

JURY:

Président: Professeur TOURE Moustapha
Membres: Docteur BOCOUM Amadou
Docteur BAGAYOKO Aliou
Co directeur: Docteur SISSOKO Hamady
Directeur: Professeur TRAORE Youssouf



DÉDICACES



*T*outes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

*T*ous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

*A*ussi, c'est tout simplement que...

*J*e dédie cette thèse à...

DIEU, LE TOUT PUISSANT :

Tu as manifesté ta grâce envers moi et m'as soutenu en tous temps et en tous lieux.

Mon 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 Seigneur, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

LA MÉMOIRE DE MON PÈRE : Feu Pierre NGUIMFACK

Aujourd'hui plus que jamais, nous apprécions la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et la préciosité de tes conseils. Homme de vertu, tu resteras pour nous un exemple à suivre. Aucun mot n'est assez qualifié pour décrire le père, le conseiller, le frère et l'ami que tu as été, que tu es et que tu resteras pour nous. Que ce travail soit une prière pour le repos paisible de ton âme. Dors en paix papa.

MA GRANDE SŒUR AINEE : Mme NGUEGUIM La Douce NANFACK

Femme courageuse ; Femme combative, tu as tout donné pour notre réussite. Ton affection et ton attention à notre égard n'ont pas d'égal. Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consenti pour nous assurer un avenir. Reçois à travers ce travail toute la reconnaissance pas assez, par moi, manifesté pour tous les sacrifices que tu as consentis pour notre réussite. Que Dieu te donne l'heureuse opportunité de jouir des fruits de mon travail.



REMERCIEMENTS



Ce travail ne serait pas arrivé à son terme sans la participation autant active que passive d'un certain nombre de personne.

Aussi j'adresse mes sincères remerciements à...

MES MAMANS :

Je ne saurais comment vous rendre tout ce que vous m'avez offert comme soutien. *Je* vous offre ce travail qui j'espère vous rendra fiers de moi. *Jamais* les mots ne pourront exprimer ce que je ressens pour vous ni ce que votre présence constante à mes côtés représente. *Que* ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez. *Je* vous remercie et vous exprime tout mon amour...

MES FRERES ET SŒURS : La Douce, Marie, Sylvie, Collins, Albert, Céraphin, Pierre-Robert, Bidias, Leontine, Jacques, Eveline, Brigitte, Marque, Dolin, Mirabelle, Idriss, Severin, Romiald, Berline et Arnold.

Je tiens à vous exprimer tout mon amour et mon bonheur de vous avoir eu à mes côtés toutes ces années. *V*otre soutien moral et financier a été d'un immense service pour moi. *V*ous avez toujours été présents à mes côtés dans les moments difficiles.

Que Dieu vous garde...

MES BEAU-FRERES ET BELLE-SŒURS : Fernand, Innocent, Christelle, Stella.

*V*otre soutien au quotidien et dans les moments difficiles de ce long parcours parsemé d'embûches m'ont aidé à chaque fois de toujours garder la tête haute et pouvoir surmonter toutes les difficultés. *R*ecevez à travers l'accomplissement de ce travail toute ma reconnaissance.

MES NEUVEUX ET NIECES :

Ce modeste travail pour vous témoigner mon affection et mon profond attachement.

Ce travail est le votre

MA FAMILLE

*J*e tiens à vous exprimer mon amour et ma tendresse. Que Dieu vous garde...

MA FAMILLE DE BAMAKO : La grande Famille FOSSI, Mr et Mme FOSSI, Dr Lovette, Dr Eveline, Winnie F, Armand, Prudence O, Marie-grâce T, Roni V, Suzie M, Merveille G.

*A*ucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous, votre joie et votre gaieté me comblent de bonheur. Votre accueil, votre accompagnement, votre soutien inconditionnel au quotidien n'ont d'égale que la grandeur de vos cœurs.

*P*uisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers.

MA PROMOTION : La prestigieuse promotion ROME,

*E*n souvenir des moments de joie et de bonheur ensemble partagés, je vous témoigne toute mon affection fraternelle, ma profonde tendresse et ma reconnaissance, je souhaite à chacun et à tous une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.

MON MEILLEUR AMI Marius SOUSSOU :

*T*u es toujours là pour moi. Tu me connais mieux que quiconque et c'est réciproque, du moins je l'espère. *T*u es l'ami qui saura se réjouir pour moi avec sincérité et sans arrière-

pensées. C'est toi qui mérite le mieux à mes yeux le titre de meilleur ami. *Merci* pour tout.

TOUS MES AMIS : Dr Landry SIEWE, Nadia N, Kadidiatou T, Willy KOHPE, Dolly K, Marcelle Paule, Vanessa M, Ines T, Linda F, Cynthia S, Prudence O, Florine M.

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble. *Veillez* trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

MA SŒUR ET AMIE Nadia NANFACK :

Tu es l'une des personnes que je suis toujours heureux de voir et contre qui j'ai du mal à me fâcher. *Tu* es le visage familial qui m'apaise quand je ne vois autour de moi l'indifférence. *Merci* pour ta présence et ton accompagnement.

**TOUS LES ENCADREURS ET ETUDIANTS DU « COLLECTIF ESSENTIEL »
toutes promotions confondues :**

A vos côtés j'ai beaucoup appris et continu d'apprendre des liens entre nous tissés.

Puisse chacun à son niveau recevoir toute ma reconnaissance.

Principalement à **Mike T** et à **Franck Fontaine T**, tous mes remerciements pour toutes ces années de collaborations et de travail en équipe. Vivement que cette famille implémentée prospère de générations en générations.

MA CHERIE Tatiana AZEFO :

Ta présence à mes côtés ; même dans les moments les plus difficiles prouve à suffisance l'affection que tu me témoigne. Reçois ici la preuve de mon affection inconditionnelle pour toi. Aucune dédicace ne suffirait à te témoigner mon amour et ma tendresse.

Juste te dire merci pour ta présence et pour tous les sacrifices consentis. Ce travail est le tien.

MON PARRAIN Docteur Eric JAM :

Ton encadrement, ton accompagnement et tes conseils dans mon intégration n'ont pas d'égale, de par ta simplicité. Que Dieu te le rende au centuple.

MON FILLEUL Sans Rival TCHOUGAN :

Conscient que la vie n'a toujours pas été une partie de plaisir, je tiens à t'adresser tous mes encouragements. Merci pour tout le soutien et l'accompagnement.

L'ASSOCIATION DES ETUDIANTS, ELEVES ET STAGIAIRES CAMEROUNAIS AU MALI (AEESCM) :

Pour l'accueil, l'encadrement et l'intégration au sein de la communauté estudiantine.

LES MEMBRES DE MON GROUPE D'ETUDE : Marius SOUSSOU, Dr Landry SIEWE, Dr Mireille MONTHE :

Pour les moments de collaborations et d'échanges de connaissances pour la bonne marche et la réussite du groupe.

MES AINES ET CADETS ACADEMIQUES : Dr Stéphane O, Dr Adrien F, Dr Toussaint, Nina T, Glwadys T, Japhet D, Borel K, Landry Legrant, Pofinet K, Issouf T.

En témoignage de mon affection fraternelle, des bons moments d'apprentissage ensemble partagés.

MES AINES ET COLLEGUES DE SERVICE : Dr Souleymane T, Dr Mohamed T, Dr Cheick K, Dr Boubacar T, Dr Mariam D, Dr Lagala T, Marius S, Sekou N, Hamadoun K, Hamssatou B, Malla D, Mariam F, Korotoumou K, Bakary.

Ma profonde gratitude pour l'enseignement et l'encadrement. Veuillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et notre grand respect.

MON EQUIPE DE GARDE : Mariam FOMBA, Boureima GUINDO, Goita, Ibrahim THIENTA, Linda FOTSA.

Ce travail est le vôtre. Recevez ici toutes mes encouragements.

TOUT LE PERSONNEL DU CSRef DE LA COMMUNE III :

Avec ma sincère amitié et mes souhaits de réussite et de prospérité... Je tiens à vous présenter ma sincère gratitude pour votre enseignement et la formation de qualité dont nous bénéficions. Veuillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et notre grand respect.

TOUS CEUX QUE J'AI OMIS DE CITER :

Ma sincère gratitude pour votre encouragement...



**HOMMAGES AUX MEMBRES
DU JURY**



A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Moustapha TOURE

- **Gynécologue-obstétricien,**
- **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest,**
- **Titulaire de certificat de fécondation in vitro à Hambourg en Allemagne,**
- **Titulaire du certificat de cours européens d'épidémiologie tropicale de Bale(Suisse),**
- **Titulaire du master en recherche sur le système de santé de l'université libre de Bruxelles,**
- **Diplôme du centre international de chirurgie endoscopique de Clermont Ferrand,**
- **Membre du comité de pilotage de l'OMS/Genève pour la recherche sur les mutilations génitales féminines,**
- **Expert près des cours et tribunaux,**
- **Secrétaire général de l'union professionnelle internationale des gynécologues obstétriciens (UPIGO),**
- **Enseignant chercheur à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS),**
- **Officier de l'ordre national du Mali.**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vous n'avez cessé de nous fasciner par l'étendue de vos connaissances scientifiques. Votre sagesse, votre disponibilité et votre intégrité ne constituent qu'une partie de vos qualités. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Dieu tout puissant vous garder aussi longtemps que possible afin que nous profitons de la légende que vous êtes.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur BOCOUM Amadou

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Maitre-assistant en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS),**
- **Praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré.**

Cher maître,

Vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur BAGAYOKO Aliou

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Titulaire d'un master en santé de la reproduction,**
- **Médecin d'appui SONU, PTME et PF à la direction régionale de la santé de Bamako,**
- **Point focal dépistage du cancer du col de l'utérus à la direction régionale de la santé de Bamako.**

Cher Maître,

Si nous avons apprécié votre détermination et votre rigueur dans le travail bien fait, ce sont surtout votre disponibilité et votre bonté naturelle qui ont le plus retenu notre attention.

Veillez trouver ici cher maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur SISSOKO Hamady

- **Gynécologue Obstétricien,**
- **Chef de service de gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune III du District de Bamako,**
- **Attaché de recherche.**

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de diriger cette thèse.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynécologie obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout Puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur TRAORE Youssouf

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,**
- **Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,**
- **Responsable de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) du Mali,**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodologie de recherche clinique Bordeaux II,**
- **Membre de la société africaine de gynécologie obstétrique(SAGO),**
- **Président de la société malienne de gynécologie obstétrique(SOMAGO),**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali(SOCHIMA),**
- **Enseignant à l'institut national de formation en sciences de la santé (INFSS) du Mali,**
- **Enseignant chercheur.**

CHER MAÎTRE,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNTS : Centre National de Transfusion sanguine

CPN : Consultation prénatale

C III : Commune III

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période du Travail d'Accouchement

HPPI : Hémorragie du Post Partum Immédiat

HRP : Hématome Retro-Placentaire

HTA : Hypertension artérielle

INN : Infection Néo-Natale

OAP : Œdème Aigu du Poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SONU : Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence.

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	19-20
II. OBJECTIFS	22
III. GENERALITES	23-43
IV. METHODOLOGIE	45-49
V. RESULTATS	50-77
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	79-83
VII. CONCLUSION	85
VIII. RECOMMANDATIONS	87
IX. REFERENCES	89-91
X. ANNEXES	93-99



I. INTRODUCTION



La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue [1]. En Tanzanie, selon une expression du folklore local, la mère lorsque lui semble venu le moment d'accoucher, dit : «**je vais à l'océan chercher un nouveau bébé mais le voyage est long et dangereux, il se peut que je ne revienne pas** ». Toutes les femmes enceintes peuvent courir le risque de connaître les complications obstétricales responsables d'une mortalité et morbidité fœto-maternelles élevées. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) et la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique(FIGO) la mortalité maternelle se définit comme: «**Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quel qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite**» et la mortalité néo-natale comme «**tout décès survenu au cours des 28 premiers jours de vie**». Au Mali, la situation sanitaire est caractérisée par une légère diminution du taux de mortalité maternelle et néonatale. Selon les résultats de l'EDSM V, Ils sont respectivement de 368 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et de 34 décès pour 1000 naissances pour la mortalité néonatale [2] contre 464 décès maternels pour 100 000 naissances et 46 décès néonatals pour 1000 naissances vivantes selon l'EDSM IV [6]. Des soins de santé spécialisés et qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale immédiate permettent de prévenir les complications à la fois pour la mère et le nouveau-né, de déceler et de prendre en charge précocement les problèmes. Pour cela une place importante est à accorder au transfert des femmes et nouveau-nés vers les centres spécialisés : c'est-à-dire au **problème de la référence / évacuation**. Le Gouvernement de la République du Mali a adopté la politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) en 1990 dont l'un des objectifs est de résoudre ces problèmes que sont : la faible qualité des soins, l'iniquité dans l'offre des soins, l'insuffisance du personnel qualifié, la mauvaise gestion du système sanitaire ainsi que le manque de ressources financières de l'Etat [3]. Dans cette optique, la mise en place du système de référence et contre référence entre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. **L'évacuation sanitaire en obstétrique se**

défini comme le transfert en urgence d'une structure de santé donnée à une autre pour une prise en charge efficace et rapide d'une patiente présentant une pathologie développée au cours de la gravido-puerperalité. La référence quant à elle est le transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence. L'évacuation est considérée comme un indicateur de santé de par son rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins. Plus il y'a des complications durant la gravido-puerperalité, plus il y aura d'évacuation. La fréquence des évacuations obstétricales et néonatales est diversement appréciée comme le montrent les différents travaux : **Coulibaly S** [5] rapporte dans son étude que la prévalence de la référence/évacuation au CSRef CV était de 14,30% en 2012 sur une période de six mois. Dans une étude réalisée du 15 octobre 2006 au 15 janvier 2007, **Traore F et Al** [4] rapportent que le taux global de mortalité des nouveau-nés transférés à l'unité de néonatalogie du CHU Gabriel Toure était de 32%.

Fort de ces constatations il nous est apparu nécessaire d'effectuer une appréciation des évacuations obstétricales dans un centre de santé de 1er niveau de référence dans la pyramide sanitaire du Mali : cas du centre de santé de référence de la commune III du District de Bamako.



II. OBJECTIFS



1-OBJECTIF GENERAL :

-Etudier l'évolution des motifs de référence/évacuation de la maternité du CSRef CIII vers les CHU depuis l'installation de l'unité de réanimation.

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des références/évacuations
- Identifier les motifs de référence/évacuation
- Déterminer le profil sociodémographique des référés /évacués
- Déterminer les conditions de référence / évacuation
- Préciser le pronostic foetal, maternel et/ou néonatal des référés/évacués

3-HYOTHESE DE RECHERCHE :

L'ouverture de l'unité de réanimation a diminué considérablement le taux d'évacuation de la maternité du CSRef CIII vers les CHU.



III. GENERALITES



3-1 Définition des concepts :

3-1-1 Référence : C'est le mécanisme par lequel une formation sanitaire périphérique oriente un cas qui dépasse sa compétence vers une structure mieux équipée.

Le processus de référence passe par les étapes suivantes :

- La préparation de l'urgence par le centre qui réfère (utilisation de la fiche de référence, information de la patiente et ses parents, abord veineux) ;
- L'acheminement de la patiente (véhicule médicalisé, accompagné d'un agent et soins médicaux en cours de transport) ;
- La réception de la patiente à la maternité de référence.

3-1-2 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.

3-1-3 Evacuation obstétricale : C'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

L'évacuation concerne une parturiente en travail évacuée en urgence ou non en travail mais pour une complication grave nécessitant une hospitalisation SAGO (Dakar 1998).

3-1-4 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.

Les principales urgences obstétricales selon les normes internationales sont de 6 catégories :

3-1-4-1 Les hémorragies : Ce sont des saignements provenant des voies génitales, de quantité supérieure à 500 ml et/ou ayant un retentissement sur l'état de la mère, et survenant dans les 24 heures après l'accouchement [29].

3-1-4-2 Les infections : Les plus fréquentes : l'endométrite, la pelvipéritonite, la rétention infectée du post-partum, l'infection ovulaire et la pyélonéphrite.

3-1-4-3 L'avortement : C'est l'interruption spontanée ou provoquée de la grossesse avant le terme de 28 semaines d'aménorrhée ou un poids fœtal inférieur à 500 grammes. Ce sont les complications de l'avortement provoqués qui sont le plus souvent fâcheuses [29].

3-1-4-4 La Pré-éclampsie / éclampsie :

La pré-éclampsie : On parle d'HTA chez la femme enceinte si la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ ou la diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg. La pré-éclampsie est définie comme l'association d'une HTA survenant après la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et d'une protéinurie d'au moins 2 croix.

L'éclampsie : C'est un syndrome paroxystique constitué de convulsions (tonico-cloniques) suivies de coma survenant chez une patiente présentant une pré-éclampsie [29].

3-1-4-5 Le travail prolongé : Un travail est dit prolongé lorsque la durée du travail dépasse les 12 heures ou lorsque la phase active est supérieure à 6 heures [29].

3-1-4-6 Les maladies intercurrentes : l'anémie, le paludisme et la drépanocytose

3-1-5 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).

3-1-6 Système de Référence/Evacuation :

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.

3-1-7 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.

3-1-8 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.

3-1-9 Référence adéquate : Une référence est adéquate lorsque les modalités de la référence ont été correctes.

Les références/évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que fœtal reste réserves et souvent aggravé par :

- Le mauvais suivi prénatal ;
- L'insuffisance de la prise en charge tant dans les centres de santé communautaires que de référence ;
- Le problème de l'accessibilité géographique des centres de santé de références, des hôpitaux et des CHU ;
- Manque de moyen logistique, matériel et financier.

Ces différentes causes sont généralement responsables des retards constatés dans le système de référence /évacuation des parturientes selon MAINE D et COL [8] :

- 1^{er} retard : retard à décider de recourir aux soins ;
- 2^{eme} retard : lié au transport (route et moyen) ;
- 3^{eme} retard : d'administrer les soins. Il est inhérent aux services de santé.

La liaison entre les différents niveaux des soins est un élément essentiel depuis le début des soins de santé primaire (SSP). Le système de Référence/Evacuation a été conçu pour servir de complément au principe des SSP qui est de traiter les patients à un premier niveau de soins aussi près que possible de leur habitation avec toute la compétence nécessaire [9]. Ainsi, les niveaux de soins suivants ont été identifiés selon la pyramide sanitaire au Mali :

- Le premier niveau de contact de la population avec les services de santé est le Centre de santé communautaire (CSCoM),
- Le deuxième niveau de contact ou premier niveau de Référence est le centre de santé de Référence (CSRéf)
- Le troisième niveau de contact est les Hôpitaux régionaux et nationaux ou deuxième niveau de référence de santé [10].

Le but ultime des évacuations sanitaires obstétricales étant de prodiguer en urgence des soins à des parturientes, patientes et nouveau-nés en détresse, soins qu'elles ne pourraient parfois pas bénéficier dans un centre de santé de deuxième échelon et au vu de l'urgence de la prise en charge des évacués.

3-2 Physiologie de l'accouchement :

Selon **Merger R. et Collaborateurs [11]** L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées).

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers l'extérieur.

L'expulsion de l'œuf avant le terme de 6 mois est pour le droit Français un avortement. L'accouchement est prématuré s'il se produit avant 37 semaines révolues, soit le 259^{ème} jour d'aménorrhée.

S'il se produit entre le début de la 37^{ème} et la fin de la 41^{ème} semaine, il est dit à terme.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. IL est dystocique dans le cas contraire.

On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- La première période correspond à l'effacement et la dilatation du col ;
- La deuxième à la sortie du fœtus ;
- La troisième à la sortie de ses annexes (placenta et membranes).

Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines).

L'accouchement comporte ainsi deux groupes de phénomènes :

3-2-1 Phénomènes dynamiques :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions synchrones des fibres utérines. La contraction de la fibre utérine résulte d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles (actomyosine) grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate en présence d'ions (Na, K, Ca).

La teneur en actomyosine et le rapport actomyosine-myosine augmente au cours de la grossesse et cette évolution, déterminée par l'influence des œstrogènes, rapproche à la fin de la grossesse la fibre utérine de la fibre musculaire striée. La teneur en actomyosine est plus élevée dans la région corporeale que dans le segment inférieur [8].

Les contractions utérines ont pour effet :

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

3-2-2 Phénomènes mécaniques :

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

Le bassin osseux est composé de :

- Quatre pièces osseuses (les deux os iliaques, le sacrum et coccyx) ;
- Quatre articulations très peu mobiles (deux articulations sacro-iliaques, la symphyse pubienne, la sacro-coccygienne).

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs plans et diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. Parmi ces diamètres nous avons essentiellement : les diamètres antéropostérieurs et les diamètres transverses.

Ces diamètres nous permettent de faire le pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne avec l'indice de Magnin (diamètre promonto-retropubien + transverse médian).

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23 ; il est incertain entre 21 et 22, franchement mauvais en dessous.

3-2-3 Le travail d'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, Il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées, dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps la modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, rythmées et progressives dans leur durée, leur fréquence et leur intensité ; Elles sont totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail (contractions de Braxton Hicks).

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

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

2ème période : c'est l'expulsion : elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus l'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes.

Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement 15 minutes.

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

La surveillance active du travail d'accouchement permet :

- De réduire la durée du travail ;
- De corriger des anomalies mineures dès leur apparition ;
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale.

Pronostic mécanique : Il est basé sur l'étude du bassin osseux maternel et du volume fœtal dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.

Pronostic dynamique : Il est basé sur l'appréciation des contractions utérines, de la dilatation et l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

Pronostic fœtal : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe.

Le partographe est la feuille sur laquelle figurent toutes les données de la surveillance du travail d'accouchement du début jusqu'à la fin et le partogramme la courbe de dilatation du col utérin. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partographe.

L'obstétricien « aux mains nues » a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques [12] :

- Les contractions utérines ;

Elles sont involontaires, intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes), puis de plus en plus court (2 ou 3 minutes à la fin de la période de dilatation). Elles sont progressives dans leur durée, qui de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation ; dans leur intensité qui croît du début à la fin de la dilatation ; elles sont douloureuses [MERGER].

- Les modifications du col ;

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

- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique ;

La poche des eaux à un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection.

Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [7].

- L'évolution de la présentation ;

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur. Dans les présentations céphaliques il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre la tête et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF.

- A ces 4 éléments, il convient d'ajouter un cinquième paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle ; la température et la tolérance aux contractions utérines, il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

3-2-4 L'état du fœtus :

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

3-3 Les motifs de références :

3-3-1 Les dystocies :

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

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine ;
- Dystocie mécanique en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne ;

- Un obstacle prævia ou anomalie des parties molles.

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

3-3-1-1 Les dystocies d'origine fœtale :

3-3-1-1-1 La disproportion foeto-pelvienne :

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

Selon Delecour M [13] une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106cm correspondent dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne.

3-3-1-1-2 Les présentations dystociques :

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

- La présentation du siège : la présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus).

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes (11 à 12% selon Delecour M, 18% au centre Foch).

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

- La présentation de la face : c'est la présentation de la tête bien défléchie.

L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front, contrairement aux variétés antérieures, les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine.

Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

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

- La position transversale ou présentation de l'épaule : elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule méconnue avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

- La procidence du cordon : C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que le cordon non battant ne signifie pas obligatoirement la mort du fœtus.

- L'asphyxie fœtale : Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, et aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial.

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

3-3-1-2 Dystocies d'origine maternelle :

3-3-1-2-1 La dystocie dynamique : La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir :

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

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

3-3-1-2-1 La dystocie mécanique : Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le

travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse et on peut souvent recourir à la radio pelvimétrie.

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

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

Pour celles dont l'état nécessite une césarienne et dont le fœtus a un poids normal, deux cas peuvent se présenter :

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

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- La femme doit être en travail ;
- Le col dilaté (3 à 4 cm) ;
- La présentation du sommet ;
- Le poids du fœtus normal ;
- L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col ;

-L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne.

Les dystocies peuvent entraîner des complications aussi bien chez la mère que chez le fœtus.

• **Chez la mère :**

- Rupture utérine.
- Hémorragie de la délivrance

- Travail prolongé avec infection du liquide amniotique

• **Chez le fœtus :**

- Souffrance fœtale

- Mort fœtale in utero

- Mortalité néonatale précoce.

3-3-2 Les hémorragies :

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

Les étiologies des hémorragies sont variées.

Nous avons essentiellement : la rupture utérine, l'hémorragie de la délivrance, le placenta prævia, l'hématome rétro-placentaire.

3-3-2-1 La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus : C'est l'urgence obstétricale la plus grave. La rupture utérine est devenue rare, sinon exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées [14].

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

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou pendant le travail.

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

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais l'intervention chirurgicale est à lui seul insuffisant et doit être complété par la lutte contre le choc hypovolémique et par celui de l'infection.

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

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

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

3-3-2-2 L'hématome rétro-placentaire H.R.P :

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) alors que le fœtus est encore dans l'utérus [16]. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse, ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause de l'hématome rétro-placentaire n'est pas connue avec précision.

Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP.

Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtent à confusion avec le placenta prævia.

Les formes moyennes, dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur la face maternelle du placenta.

Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Elle peut se compliquer aussi de nécrose corticale du rein : sur le plan hémodynamique, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une défibrillation vasculaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécroses glomérulaires étant définitives [18].

En présence de l'H.R. P il faut :

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

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

3-3-2-3 Placenta prævia hémorragique(PPH) :

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

Le placenta prævia se manifeste au 3eme trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement. C'est une extrême urgence obstétricale pour le pronostic fœtal et maternel.

Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vive, abondante, indolore et inopinée [19].

En présence d'un PPH il faut :

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

3-3-2-4 Les hémorragies du post-partum immédiat :

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général [19].

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause.

Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec service de réanimation.

3-3-2-5 L'utérus cicatriciel :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturée ou non.

Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

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

3-3-3 L'hypertension artérielle et ses complications :

3-3-3-1 La toxémie gravidique ou pré éclampsie :

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure.

La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300 mg par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 2 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testés à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et Collaborateurs [8] décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quel que soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolores. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux.

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

3-3-3-2 L'éclampsie :

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

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

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

3-4 Thérapeutiques obstétricales :

3-4-1 La césarienne :

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

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

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

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

- Les présentations dystociques,
- Le placenta prævia hémorragique,
- L'hématome rétro placentaire,
- l'éclampsie et la toxémie gravidique,
- La procidence du cordon battant,
- Disproportion foeto-pelvienne,
- Utérus cicatriciel plus bassin limite,
- Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques,
- L'asphyxie fœtale,
- Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires,
- Le gros fœtus en présentation du siège,
- Présentation du siège chez une primigeste.

3-4-2 Le forceps :

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

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

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

3-5 Quelques manœuvres obstétricales :

3-5-1 La manœuvre de Mauriceau :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médus de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus, dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant,
- Abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire
- en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé.

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

3-5-2 La manœuvre de Bracht :

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

3-5-3 La grande extraction du siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion.

L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps :

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

2e temps : L'accouchement du siège.

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

Au moment du dégagement orienter le bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur.

C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche antérieure. La traction ensuite horizontale puis vers le haut, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3e temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2e et 3e doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro – postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^e et 3^e doigts le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

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

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



IV. METHODOLOGIE



1- Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le Centre de Santé de Référence de la Commune III du district de Bamako et dans l'ensemble des CHU.

1-1 Présentation du CSRéf

a. Superficie

La Commune III couvre une superficie de 23 km² et est composée de 20 quartiers dont 6 périphériques.

b. Composition

Le centre de santé de référence se trouve à Bamako Coura. Il comporte plusieurs services :

- L'administration ;
- La pharmacie ;
- Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de Gastrologie ;
- Le service de cardiologie ;
- Le service Dermatologie ;
- Le service de Diabétologie ;
- Le service social ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service de gynéco-obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- L'unité d'imagerie générale ;
- Le laboratoire d'analyse médicale ;
- Le bloc opératoire ;
- La brigade d'hygiène ;
- L'USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils) ;
- L'unité d'anesthésie réanimation du bloc opératoire ;

- La morgue.

1-2 Description du service Gynéco-Obstétrique :

Le service de gynécologie obstétrique se trouve à l'Ouest du centre.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec Quatre (4) tables d'accouchement ;
- Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec 5lits ;
- Une salle des infirmières et des aides-soignantes ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une toilette externe pour le personnel ;
- Une unité prénatale (CPN) ;
- Une unité de planning familial (P.F) et Post-natale ;
- Une unité ETME (Elimination de la transmission mère enfant) ;
- Une unité de gynécologie et de grossesse à risque ;
- Cinq (4) salles d'hospitalisation avec dix (10) lits ;
- Une salle de pansement ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;
- Une unité de réanimation

Le personnel comprend :

- Trois spécialistes en Gynécologie obstétrique ;
- Un spécialiste en Anesthésie-réanimation ;
- Trois (3) médecins généraliste ;
- Des sages-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse (35) ;
- Quatre assistants médicaux en anesthésie (5) ;
- Des infirmières Obstétriciennes (15) ;
- Des aides-soignantes (1) ;
- Des étudiants faisant fonction d'interne sont au nombre de onze (15) ;
- Des manœuvres (8) ;

1-3 Fonctionnement du service :

Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24 heures sur 24.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens et les médecins SR ; Quatre (4) jours par semaine.

Les autres jours, elles sont assurées par les médecins généralistes

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'appui des infirmières et aides-soignantes.

Un staff se tient tous les matins pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc....).

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des internes, d'une sage-femme, une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de deux (2) manœuvres, d'un médecin généraliste et d'un gynéco-obstétricien.

La visite quotidienne des patientes hospitalisées est assurée par un Gynécologue-obstétricien.

Les patientes nécessitant une réanimation sont transférées dans l'unité de réanimation ; la prise en charge s'y passe jusqu'à l'amélioration ou rétablissement de la patiente.

2- Type d'étude :

Notre travail est une étude transversale visant à apprécier l'évolution des motifs de référence/évacuation de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune III du district de Bamako après l'installation de l'unité de réanimation.

3- Période d'étude :

Elle s'est déroulée du 1er Mai 2016 au 30 Avril 2018 soit une période de 24 mois. Elle s'est faite en deux étapes : Douze mois avant (de Mai 2016 à Avril 2017) et douze mois après (de Mai 2017 à Avril 2018) l'installation de l'unité de réanimation.

4- Population d'étude :

Il s'agit de toutes les femmes (enceintes ou dans le post-partum) et des nouveau-nés référés ou évacués du CSRef CIII vers les CHU du 1^{er} Mai 2016 au 30 Avril 2018.

5- Échantillonnage :

A été exhaustif, car toutes les femmes et nouveau-nés référés ou évacués durant cette période ont été enrôlés dans l'étude. On ne pouvait donc déterminer la taille de l'échantillon à priori.

5.1. Critères d'inclusion :

Toute parturiente, patiente ou nouveau-né référé ou évacué à partir de la maternité du CSRef CIII.

5.2. Critères de non inclusion :

Toutes les patientes ou nouveau-nés admises au centre et prise en charge totalement dans le service, ou s'étant opposés à la référence évacuation.

6- Supports des données :

Le recueil de données a été fait à partir des questionnaires servant de fiche d'enquête, du registre d'accouchement, du registre de référence vers les CHU, du registre du bloc opératoire, et des supports de l'évacuation : Fiche d'évacuation, partographe, des cahiers de références des CHU, des dossiers médicaux, du rapport mensuel de la néonatalogie du CHU Gabriel Touré.

7- Traitement des données :

Les données ont été saisies sur Word 2016, Libre Office Writer2016 et Excel 2016 pour les graphiques.

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS version 2.1.

Test statistique : Khi-deux

Seuil de signification : $P < 0,05$

L'état général des patientes a été évalué selon le score de l'OMS

8- Définitions opératoires :

- **Parturiente** : femme en travail.
- Primigeste** : 1 grossesse
- Paucigeste** : 2 à 3 grossesses

-Multigeste : \geq à 4 grossesses

-Primipare : 1 accouchement

-Paucipare : 2 à 3 accouchements

-Multipare : \geq à 4 accouchements

- Référence : C'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence.

- Evacuation : C'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation d'urgence.

-Pronostic maternel : Nous entendons par pronostic maternel l'issue de la grossesse pour la mère en termes de morbidité et de mortalité.

-Pronostic périnatal : Nous entendons par pronostic périnatal l'issue de la grossesse en termes de morbidité et de mortalité pour le fœtus d'au moins 28 SA et le nouveau-né jusqu'au 7^e jour inclus.

-Césarienne en urgence : Césarienne décidée pendant le travail d'accouchement.

-Mort-né : Nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance (Score d'Apgar = 0).

-Apgar morbide : Nouveau-né ayant un score d'Apgar de 1 à 5 aux cinq premières minutes.



V. RESULTATS



1. Fréquence :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 5.895 admissions, dont 306 références/évacuations vers les CHU :

- 30 patientes/parturientes ;
- 276 nouveau-nés.

2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
≤19 ans	7	23,3
20 à 30 ans	18	60,0
>30ans	5	16,7
Total	30	100,0

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Femme au foyer	19	63,3
Etudiante	5	16,7
Elève	4	13,3
Commerçante	1	3,3
Vendeuse	1	3,3
Total	30	100,0

Tableau III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	24	80,0
Célibataire	6	20,0
Total	30	100,0

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

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisée	13	43,3
Primaire	8	26,7
Secondaire	4	13,3
Supérieur	5	16,7
Total	30	100,0

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession du procréateur.

Profession du procréateur	Effectifs	Pourcentage
Commerçant	12	40,0
Fonctionnaire	7	23,3
Ouvrier	4	13,3
Elève	3	10,0
Tailleur	1	3,3
Mécanicien	1	3,3
Marabout	1	3,3
Agent de sécurité	1	3,3
Total	30	100,0

Tableau VI : Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
1	12	40,0
2-3	10	33,4
≥4	8	26,6
Total	30	100,0

Tableau VII : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectifs	Pourcentage
0	12	40,0
1	4	13,3
2-3	10	33,3
≥4	4	13,3
Total	30	100,0

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'intervalle inter gésésique.

IIG	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 6 mois	4	13,3
Egale ou supérieur à 6 mois	14	46,7
Primigeste	12	40,0
Total	30	100,0

3. Caractéristiques cliniques des patientes

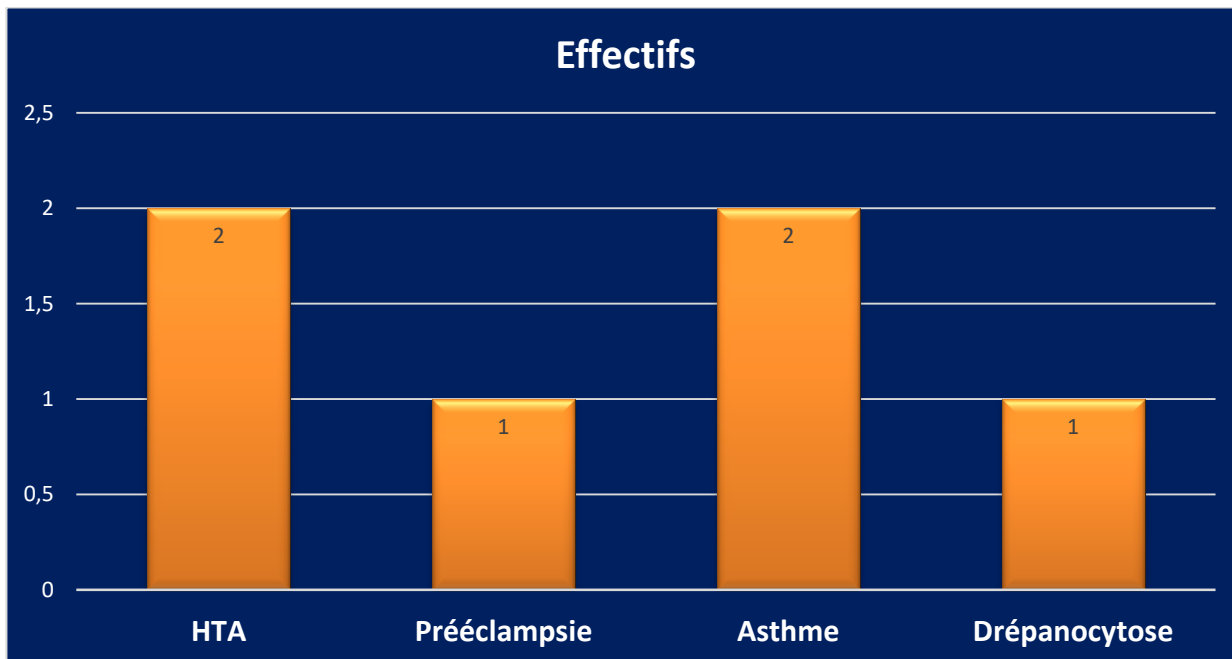


Figure 1 : Répartition des patientes selon leurs ATCD médicaux.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le groupe/Rhésus.

Groupage/Rhésus	Effectifs	Pourcentage
0+	19	63,3
A-	4	13,3
A+	3	10,0
B+	3	10,0
AB+	1	3,3
Total	30	100,0

Tableau X : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine	Effectifs	Pourcentage
<11g/dl	21	70,0
≥ 11g/dl	9	30,0
Total	30	100,0

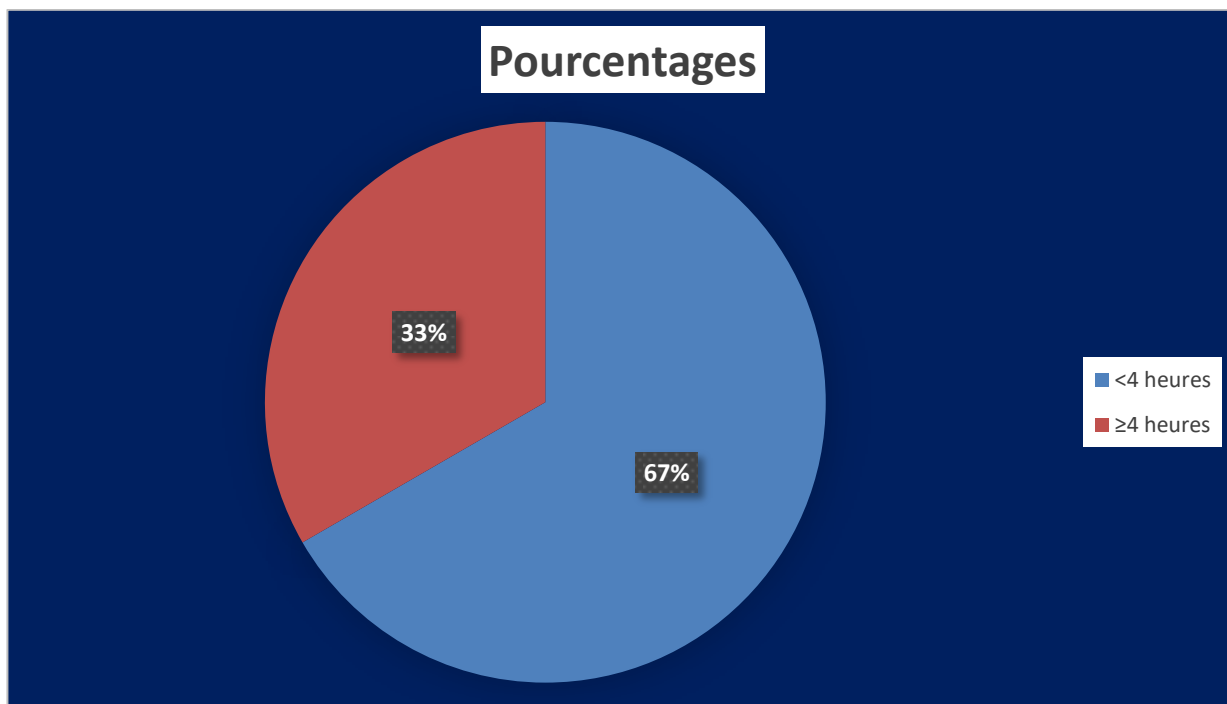


Figure 2 : Répartition des patientes selon la durée de séjour au CSRef

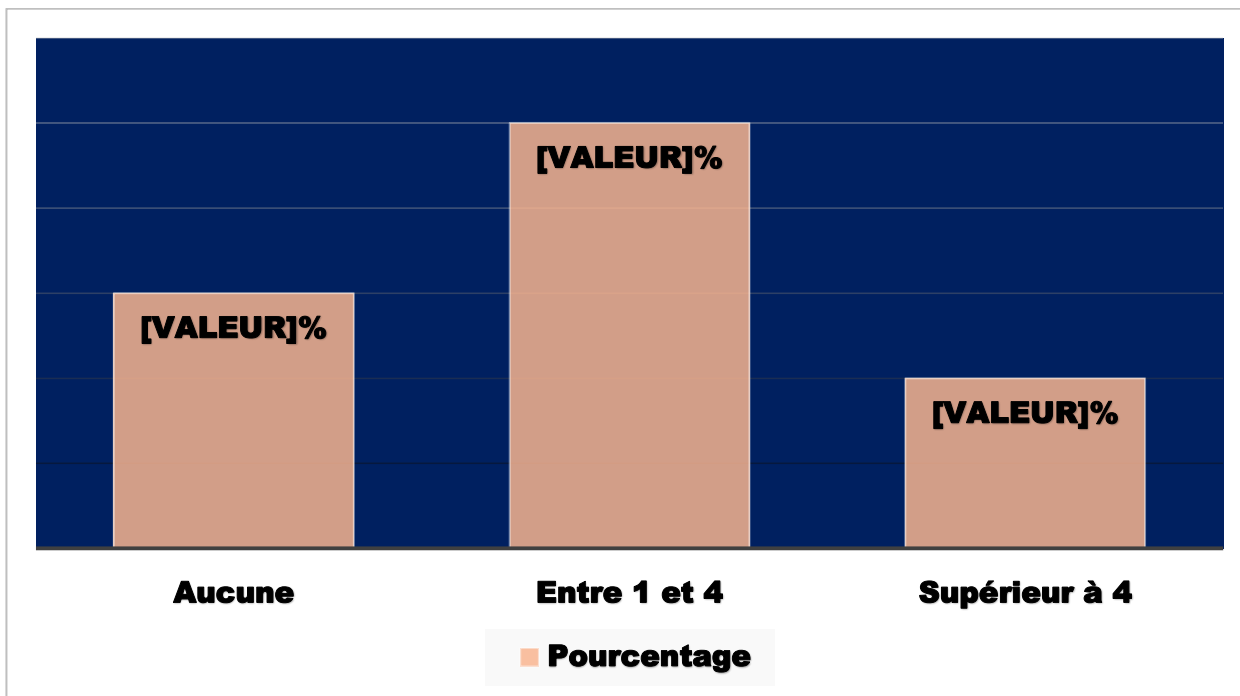


Figure 3 : Répartition des patientes selon le suivi des CPN

4. Pronostic des patientes

Tableau XI : Répartition des patientes selon leur état général.

Etat général	Effectifs	Pourcentage
Activité normale sans restriction	15	50,0
Limité pour les activités importantes	4	13,3
Incapable de travailler, alité moins de 50%	2	6,7
Alité plus de 50% et capable de prendre soin de lui	3	10,0
Incapable de prendre soin d'elle	6	20,0
Total	30	100,0

Tableau XII : Répartition des patientes selon la présence du bruit du cœur fœtal.

Bruit du cœur fœtal	Effectifs	Pourcentage
Présent	25	83,3
Absent	5	16,7
Total	30	100,0

Tableau XIII : Répartition des patientes selon leur Pronostic maternel à l'admission.

Pronostic à l'admission	Effectifs	Pourcentage
Bon	16	53,3
Mauvais	5	16,7
Réservé	9	30,0
Total	30	100,0

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au CSRef.

Diagnostic retenu au CSRef	Effectifs	Pourcentage
HTA et Eclampsie	12	40,0
Neuropaludisme sur grossesse	4	13,3
HRP	2	6,7
Utérus bicatriciel en travail	2	6,7
Suspicion d'embolie pulmonaire	2	6,7
Anémie sur grossesse	1	3,3
Syndrome occlusif	1	3,3
SFA	1	3,3
HPPI	1	3,3
Etat de choc	1	3,3
Suspicion d'OAP	1	3,3
MAP	1	3,3
Suspicion de macrosomie	1	3,3
Total	30	100,0

Tableau XV : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation

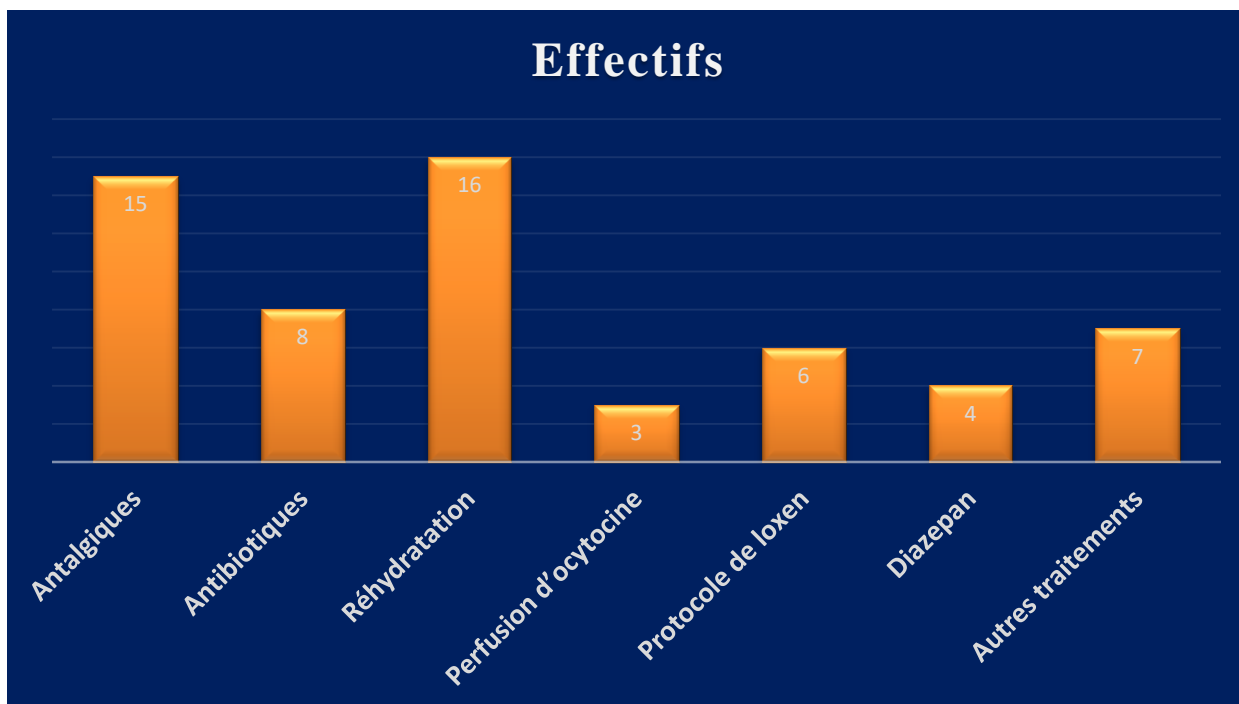
Motif d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
HTA et Eclampsie	12	40,0
Bloc occupé/ Bloc non fonctionnel	6	20,4
Neuropaludisme sur grossesse	3	10,0
Suspicion d'embolie pulmonaire	2	6,6
Anémie + ictère sur grossesse	1	3,3
Syndrome occlusif sur grossesse	1	3,3
MFIU	1	3,3
Etat de choc	1	3,3
Suspicion d'OAP	1	3,3
HRP	1	3,3
Transfert in utero	1	3,3
Total	30	100,0

Tableau XVI : Répartition des motifs d'évacuation des patientes en fonction de la période

Motif d'évacuation	Période		Total
	Entre Mai 2016 et Avril 2017	Entre Mai 2017 et Avril 2018	
HTA et éclampsie	11	1	12
Bloc occupé/bloc non fonctionnel	4	2	6
Neuropaludisme sur grossesse	3	0	3
Suspicion d'embolie pulmonaire	1	1	2
Anémie + ictère sur grossesse	0	1	1
Syndrome occlusif sur grossesse	1	0	1
MFIU	1	0	1
Etat de choc	1	0	1
Suspicion d'OAP	1	0	1
HRP	1	0	1
Transfert in utero	1	0	1
Total	25	5	30

Khi-deux = 30

P-value = 0,018



NB : Autres traitements = Oxygénothérapie, Antipaludique, Césarienne, Corticothérapie, Sonde Urinaire.

Figure 4 : Répartition des patientes selon le traitement reçu au CSRef.

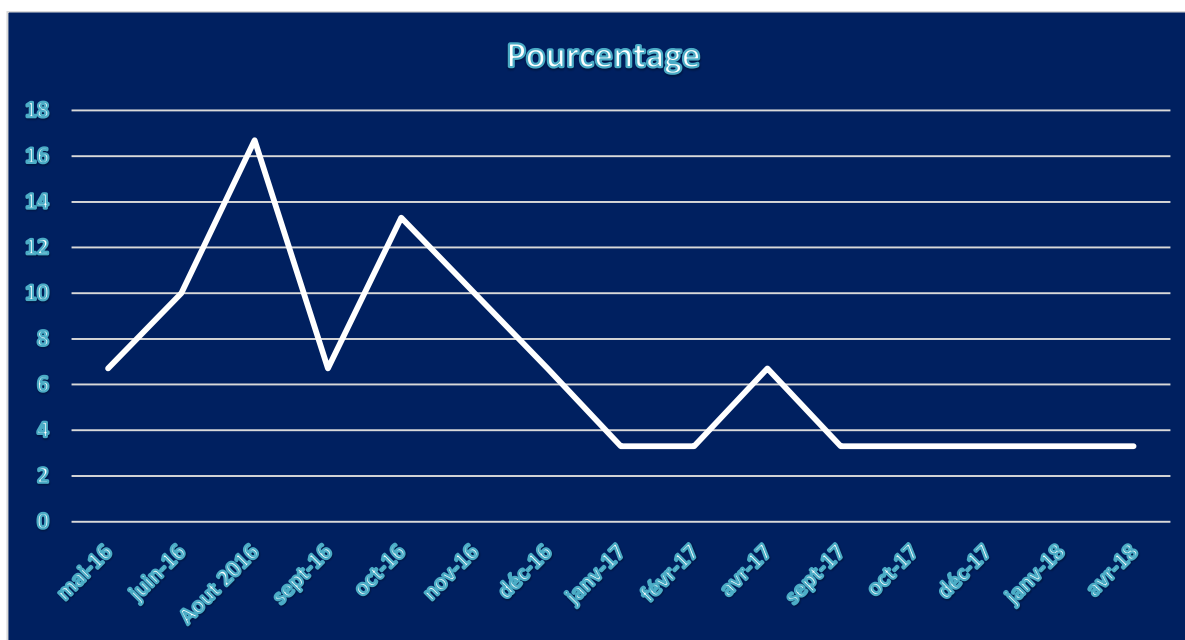


Figure 5 : Répartition des patientes selon le mois de l'évacuation.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la période d'évacuation

Période d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
Entre Mai 2016 et Avril 2017	25	83,3
Entre Mai 2017 et Avril 2018	5	16,7
Total	30	100,0

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au CHU

Diagnostic retenu au CHU	Effectifs	Pourcentage
HTA et Eclampsie	13	43,3
Neuropaludisme sur grossesse	4	13,3
HRP	2	6,7
Utérus bicatriciel en travail	2	6,7
Embolie pulmonaire	2	6,7
HPPI	1	3,3
Anémie sur grossesse	1	3,3
Disproportion foetopelvienne	1	3,3
SFA	1	3,3
OAP sur grossesse	1	3,3
Syndrome occlusif sur grossesse	1	3,3
MAP	1	3,3
Total	30	100,0

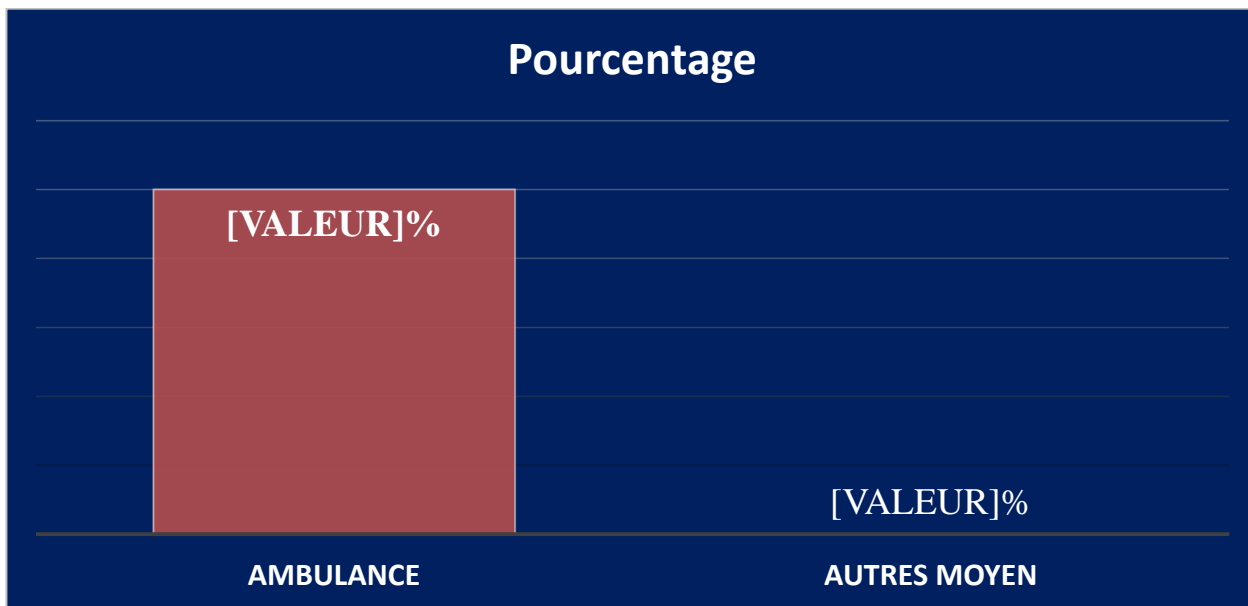


Figure 6 : Répartition des patientes selon le moyen de transport.

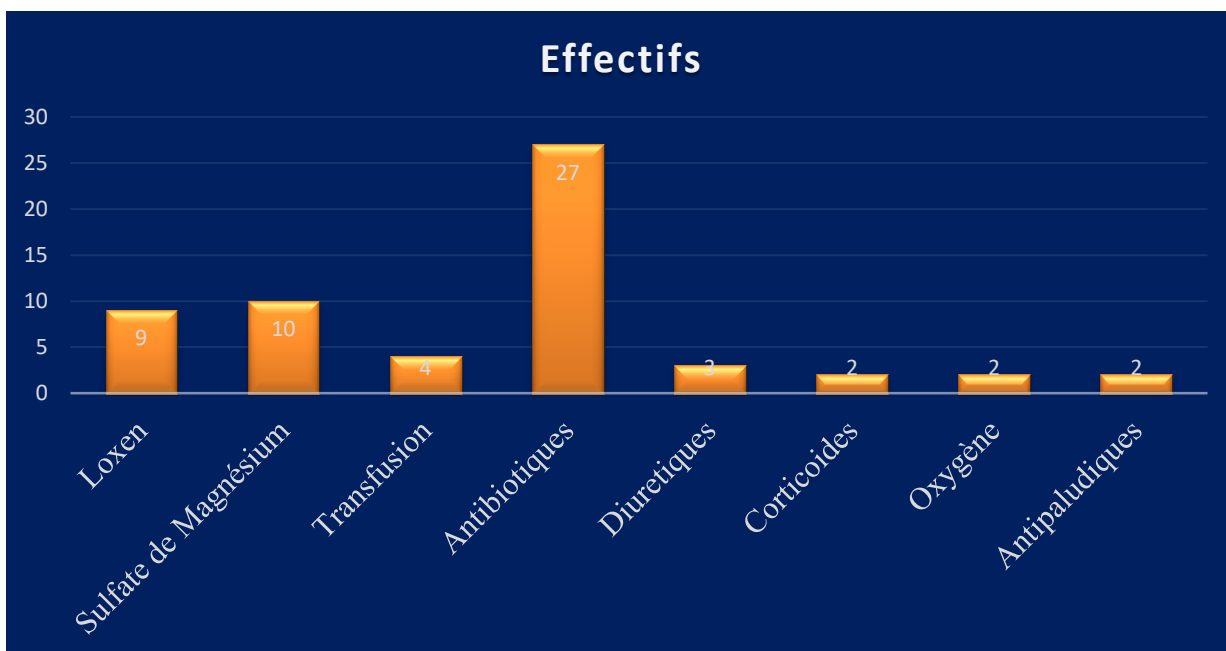


Figure 7 : Répartition des patientes selon le traitement reçu au CHU.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement au CHU.

Voie d'accouchement au CHU	Effectifs	Fréquences
Césarienne	15	75,0
Voie basse	5	25,0
Total	20	100,0



Figure 8 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation au CHU.

Tableau XIV : Répartition des motifs d'évacuations des patientes en fonction de l'issu de l'hospitalisation au CHU

Motif d'évacuation	Issu		Total
	Vivante	DCD	
HTA et éclampsie	12	0	12
Bloc occupé/bloc non fonctionnel	6	0	6
Neuropaludisme sur grossesse	3	0	3
Suspicion d'embolie pulmonaire	1	1	2
Anémie + ictère sur grossesse	1	0	1
Syndrome occlusif sur grossesse	1	0	1
MFIU	1	0	1
Etat de choc	1	0	1
Suspicion d'OAP	1	0	1
HRP	1	0	1
Transfert in utero	1	0	1
Total	29	1	30

Khi deux = 30

P-value= 0,0027

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'issu de l'hospitalisation.

Issu de l'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Vivante	29	96,7
DCD	1	3,3
Total	30	100,0

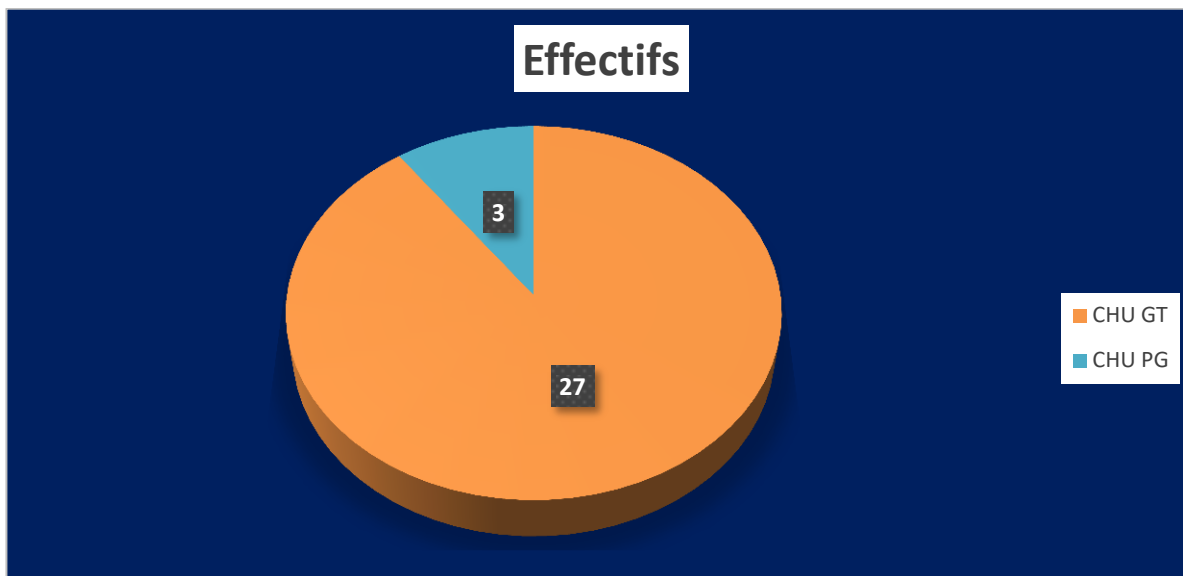


Figure 9 : Répartition des patientes selon la structure d'accueil.

5. Caractéristiques sociodémographiques des nouveau-nés

Tableau XX : Répartition des nouveau-nés selon le statut matrimonial de la mère.

Statut matrimonial de la mère	Effectifs	Pourcentage
Mariée	249	90,2
Célibataire	27	9,8
Total	276	100,0

Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés selon le niveau d'étude de la mère.

Niveau d'étude de la mère	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisée	116	42,0
Primaire	76	27,5
Secondaire	55	19,9
Supérieur	29	10,5
Total	276	100,0

Tableau XXII : Répartition des nouveau-nés selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	143	51,8
Féminin	133	48,2
Total	276	100,0

6. Caractéristiques cliniques des nouveau-nés

Tableau XXIII : Répartition des nouveau-nés selon le voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Voie basse	206	74,6
Césarienne	60	21,7
Extraction instrumentale	10	3,6
Total	276	100,0

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés selon la durée du travail d'accouchement.

Durée du travail d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Moins de 14 heures	204	73,9
14 heures et plus	51	18,5
Césariennes prophylactiques	21	7,6
Total	276	100,0

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.

Poids	Effectifs	Pourcentage
<1000g	15	5,4
[1000g, 2000g[77	27,9
[2000g, 2500g[75	27,2
[2500g,4000g[93	33,7
≥4000g	16	5,8
Total	276	100,0

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon la taille de naissance.

Taille	Effectifs	Pourcentage
<47Cm	120	43,5
≥47Cm	156	56,5
Total	276	100,0

7. Pronostic des nouveau-nés

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon le retard dans le transfert.

Retard dans le transfert	Effectifs	Pourcentage
Oui	4	1,4
Non	272	98,6
Total	276	100,0

Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés selon la Risque infectieux

Risque infectieux		Effectifs	Pourcentage
RPM	Oui	75	27,2
	Non	201	72,8
Couleur du liquide	Clair	220	79,7
	Méconial	41	14,9
	Jaune	15	5,4
Délais de rupture	<6 heures	43	57,4
	[6heures, 12heures[19	25,3
	≥12 heures	13	17,3

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 1^{ère} minute.

APGAR du nouveau-né	Effectifs	Pourcentage
APGAR > 8	138	50,0
APGAR compris entre 3 et 8	137	49,6
APGAR < 3	1	0,4
Total	276	100,0

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 5^{ème} minute.

APGAR du nouveau-né	Effectifs	Pourcentage
APGAR > 8	138	50,0
APGAR compris entre 5 et 8	137	49,6
APGAR < 5	1	0,4
Total	276	100,0

Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés selon le moyen d'évacuation.

Moyen d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
Ambulance	263	95,3
Taxi	9	3,3
Voiture personnelle	4	1,4
Total	276	100,0

Tableau XXX : Répartition des motifs d'évacuation des nouveau-nés en fonction de la période.

Motif d'évacuation	Période		Total
	Entre Mai 2016 et Avril 2017	Entre Mai 2017 et Avril 2018	
Prématurité	73	42	115
Hypotrophie	47	4	51
Anoxie périnatale	35	31	66
Suspicion d'infection néonatale	14	4	18
Macrosomie	10	8	18
Détresse respiratoire	2	2	4
Ambiguïté sexuelle	1	0	1
Inhalation du liquide amniotique	1	0	1
Malformation	1	1	2
Total	184	92	276

Khi-deux= 34,85

P-value=0,0015

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés selon le motif d'évacuation.

Motif d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
Prématurité	115	41,7
Anoxie périnatale	66	23,9
Hypotrophie	51	18,5
Macrosomie	18	6,5
Suspicion d'infection néonatale	18	6,5
Détresse respiratoire	4	1,4
Malformation	2	0,7
Ambiguïté sexuelle	1	0,4
Inhalation du liquide amniotique	1	0,4
Total	276	100,0

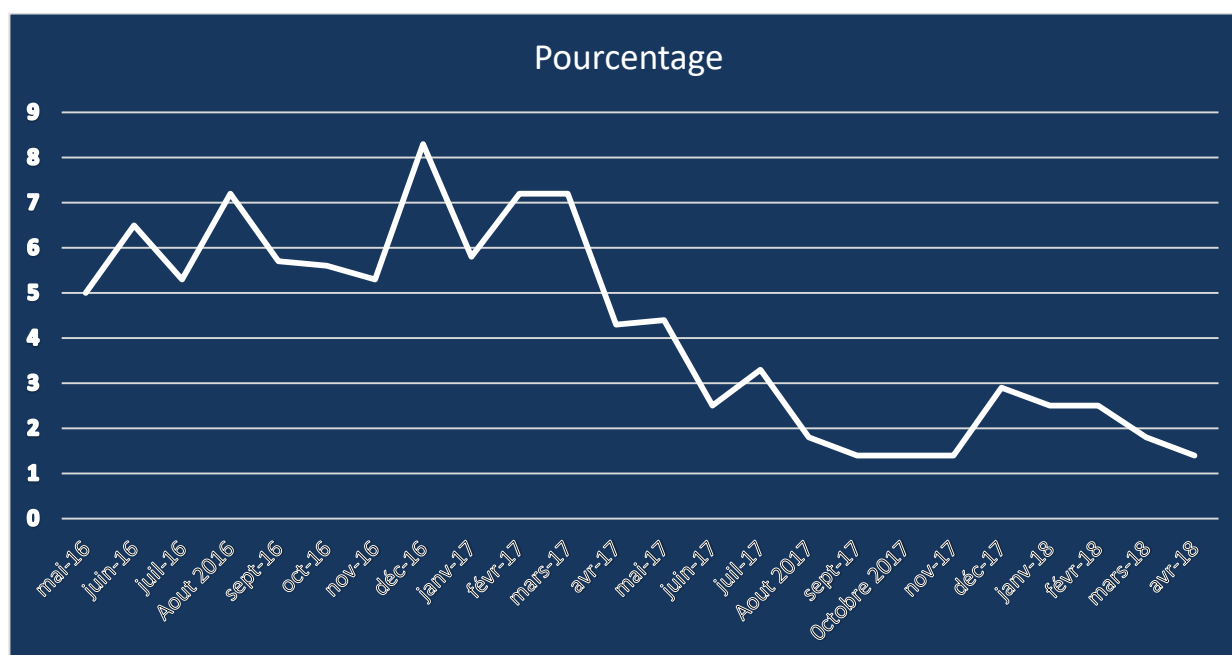


Figure 10 : Répartition des nouveau-nés selon le mois d'évacuation.

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés selon la période d'évacuation.

Période	Effectifs	Pourcentage
Entre Mai 2016 et Avril 2017	184	66,7
Entre Mai 2017 et Avril 2018	92	33,3
Total	276	100,0

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon le diagnostic retenu au CHU.

Diagnostic retenu au CHU	Effectifs	Pourcentage
Prématurité	120	43,5
Anoxie périnatale	66	23,9
Hypotrophie	29	10,5
Examen normal	27	9,8
Macrosomie	15	5,4
INN	6	2,2
Malformation	5	1,8
Autres diagnostics	8	2,9
Total	276	100,0

NB : Autres diagnostics = Détresse respiratoire, Post terme, Décès constaté à l'arrivée, Hydrocéphalie, Laparochisis.

Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés selon la décision prise au CHU.

Décision prise au CHU	Effectifs	Pourcentage
Hospitalisation	204	73,9
Traitement ambulatoire	72	26,1
Total	276	100,0

Tableau XXXV : Répartition des nouveau-nés selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Entre 1 et 10 jours	160	78,4
Entre 11 et 20 jours	31	15,2
Entre 21 et 43 jours	13	6,4
Total	204	100,0

Tableau XXXVI : Répartition des nouveau-nés selon l'état du nouveau-né à la sortie.

Etat du nouveau-né à la sortie	Effectifs	Pourcentage
vivante	188	68,1
Décédé	81	29,3
Sortie contre avis médical	7	2,5
Total	276	100,0

Tableau XXXV : Répartition des motifs d'évacuation des nouveau-nés en fonction de l'issu de l'hospitalisation.

Motif d'évacuation	Issu			Total
	vivante	Décédé	Sortie contre avis médical	
Prématurité	65	46	4	115
Hypotrophie	45	5	1	51
Macrosomie	18	0	0	18
Anoxie périnatale	36	28	2	66
Suspicion d'infection néonatale	18	0	0	18
Malformation	2	0	0	2
Détresse respiratoire	2	2	0	4
Ambiguïté sexuelle	1	0	0	1
Inhalation du liquide amniotique	1	0	0	1
Total	188	81	7	276

Khi-deux= 45,57

P-value=0,019



VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION



1- Approche méthodique

Nous avons réalisé une étude retro prospective transversale visant à évaluer l'impact de l'unité de réanimation sur la prise en charge des urgences obstétricales ; parallèlement la progression des motifs de références/évacuations vers les CHU depuis l'installation de cette unité. Au cours de notre étude, les difficultés rencontrées ont été de deux ordres :
Celles liées à l'archivage des dossiers médicaux dans les services concernés ;
Celles liées à la non effectivité de la retro-information des patients évacués.

2- Fréquence des patientes :

Parmi les 5.895 patientes admises à la maternité du CSRef CIII durant la période d'étude, 30 ont été référées ou évacuées vers les CHU, soit 0,5%.

La fréquence des évacuations est diversement appréciée, cela dépend du mode de recrutement et de la zone.

Ce faible taux dans notre série pourra s'expliquer par le fait que notre étude s'est déroulée dans le plus jeune Centre de santé de référence du district de Bamako et de ce fait avec un des plus faibles taux d'admission enregistré ; ceci pourra également s'expliquer par la présence dans cette aire de santé des deux CHU ici concernés et de sa proximité avec certains Centres de santé communautaires.

Parmi les références/évacuations enregistrées, 83,3% ont été faites avant l'installation de l'unité de réanimation. Ceci s'explique par le fait que certaines pathologies motivant jadis l'évacuation ont été entièrement prise en charge dans l'unité de réanimation.

3- Profil sociodémographique des patientes :

L'âge moyen des patientes a été de 24,73 ans, avec des extrêmes de 15 et 38 ans. La tranche d'âge de 20 à 30 ans a été la plus représentée avec un taux de 60%.

Coulibaly A [27] fit le même constat avec un taux de 68,2% pour la tranche d'âge de 18-35 ans. Cela s'explique par la simple raison que c'est la tranche d'âge la plus active dans notre pays.

Les patientes ayant une vie maritale ont représenté 80%. Ce taux s'apparente à celui de Traore D[15] :89,56% et de celui de FALL [1] : 81,96%.

Les patientes non scolarisées étaient les plus représentées avec un taux de 43,3%. Ce résultat s'apparente à celui de Ouattara A [22] qui a rapporté une plus grande représentativité des femmes non scolarisé parmi les patientes référées au CHU Yalgado de Ouagadougou avec un taux 35,2 %.

Ceci s'explique tout simplement par le taux d'alphabétisation faible en Afrique en général et en Afrique sub-saharienne en particulier.

Selon les résultats de L'EDSM V, le taux d'alphabétisation de la femme serait de 29,2% contre un taux global de 38,7% dans la population générale.

Lorsqu'il s'agit d'appréhender le phénomène en relation avec la principale activité socioéconomique exercée, on relève que les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 63,3%. Les élèves et les étudiantes représentaient respectivement 13,3 et 16,7%.

Ouattara A [22] a fait le même constat avec un taux de 74,4% de femmes au foyer.

4- Profil clinique des patientes :

L'HTA, la pré éclampsie, l'asthme et la drépanocytose ont représenté l'essentiel des ATCD médicaux des femmes référées avec un taux de 20% pour l'ensemble de ces pathologies.

Les primigestes ont représenté la majorité des femmes de notre étude avec un taux de 40,0%. Tendence confirmée par Coulibaly A [27] et Thiéro M [25], qui ont rapporté respectivement 45,6% et 36,6%.

Ce taux important de primigeste confirme la notion du risque de la gravidopuerpéralité de la jeune femme n'ayant aucune expérience de la parturition et dont la plupart sont immatures du point de vue obstétricale.

Dans notre étude, les multipares représentaient 13,3% des cas. Ce résultat concorde avec celui de Macalou [28] qui a trouvé 13,6%.

Dans notre étude, 30,0% des patientes n'avaient réalisées aucune consultation prénatale. Ce taux se rapproche de celui de Thiéro M [24] qui a rapporté 21,3%.

Ce taux élevé peut s'expliquer par le fait de la non gratuité de la consultation prénatale et la précarité dans laquelle vivent les populations des pays en voie de développement mais

aussi par une insuffisance de la sensibilisation autour des risques liés à la grossesse non suivie.

Avec un taux de concordance de 86,67% entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CHU, la plupart des évacuations étaient en rapport avec les urgences obstétricales. Une faible proportion de ses évacuations a eu lieu après l'installation de l'unité de réanimation, soit 16,67% contre 83,33% avant. Cette large différence montre la place majeure qu'occupe la réanimation dans la prise en charge des pathologies obstétricales.

Vingt-trois pourcent des motifs d'évacuation étaient d'ordre technique (Bloc occupé, Bloc non fonctionnel, Sulfate de Magnésium non disponible).

Les principaux motifs d'évacuations étaient : Eclampsie (16,7%) et Prééclampsie (10,0%). Ceci s'explique par le fait que 40% des patientes évacuées étaient des primigestes et dans la littérature, l'incidence de la prééclampsie est plus élevée chez les primigestes.

Ouattara.A[22] a fait le même constat avec 12,55% et 11,21% respectivement pour l'éclampsie et la prééclampsie.

L'OMS dans ses récentes recommandations [21] soulève une fois de plus la problématique de l'HTA et ses complications chez la femme enceinte en mettant un accent particulier sur la prévention de la prééclampsie et de l'éclampsie pendant la grossesse. En Afrique et en Asie, près d'un dixième des décès maternels sont associés à des troubles hypertensifs au cours de la grossesse et parmi les troubles hypertensifs constituant des complications gravidiques, la prééclampsie et l'éclampsie représentent des causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales.

La totalité des patientes référées ou évacuées ont bénéficié d'un transport médicalisé. Cette médicalisation du transport se résumait à une ambulance non équipée avec rarement un agent de santé qualifié à bord. Ceci pourrait expliquer l'aggravation des motifs de référence à l'arrivée au CHU engageant ainsi le pronostic materno-fœtal.

5- Pronostic des patientes.

Nous avons enregistré un taux de létalité de 3,3 % pour les références et évacuations. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Ouattara.A [22],3,9%. La norme de l'OMS,

qui considère acceptable un taux de létalité inférieure à 1 %, n'est donc pas satisfaite. Il est à noter que cette mortalité contre toute attente n'était pas directement liée à l'HTA et ses complications comme le pouvait présager leurs fréquences dans les motifs de références et aussi dans les diagnostics retenus mais plutôt à l'embolie pulmonaire.

En 2001, Dolo A [23], dans une étude sur les facteurs de risque de la mortalité, a observé que le risque de mortalité était quatre fois plus élevé chez les patientes évacuées que chez les référées et deux fois plus élevé chez les référées que chez les auto-référées.

6- Fréquence des nouveau-nés évacués ou référés

Pendant notre durée d'étude, nous avons enregistré 5.553 accouchements, dont 5.493 nouveau-nés vivants ; 276 ont été référés/évacués vers les CHU, soit 5%. Parmi les nouveau-nés référés/évacués, seulement 33,33% l'ont été après l'installation de l'unité de réanimation. Ce faible taux montre une fois de plus la place qu'occupe la réanimation dans la réduction de la morbi-mortalité périnatale.

7- Profil socio-économique des mères.

Les femmes non scolarisées et les femmes au foyers représentaient respectivement 42% et 57,6% des cas dans notre étude. Le taux élevé d'analphabétisme des mères dans notre série n'est que le reflet de la situation de la femme au Mali. En effet, selon EDS IV, 83% des femmes de 15 à 49 ans n'ont reçu aucune instruction. Le niveau d'instruction et la situation économique des parents ont une incidence sur l'état de santé du nouveau-né. La mortalité néonatale est la plus élevée dans les pays les plus pauvres du monde et chez les populations les plus pauvres de chaque pays [25]

Selon l'OMS, l'amélioration du niveau d'instruction des mères aurait un impact sur la diminution de la mortalité néonatale [26].

8- Caractéristiques cliniques des nouveau-nés

Le sexe ratio à 1,07 était en faveur du sexe masculin. Les petits poids de naissance représentaient 60,5% de notre effectif.

Avec un taux de concordance de 76,1% entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au CHU, la prématurité, l'anoxie périnatale et l'hypotrophie étaient les principaux motifs d'évacuation avec des taux respectifs de 41,7% ; 22,8% et 18,5%.

Fatoumata D[4] avec un taux de 28,9% a retrouvé la prématurité comme premier motif d'évacuation des nouveau-nés au service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré.

9- Transfert des nouveau-nés.

Le transport médicalisé a été le plus utilisé avec 95,3% des cas. Cette médicalisation du transport se résumait à une ambulance non équipée avec rarement un agent de santé qualifié à bord. Les mauvaises conditions de transfert pourraient expliquer le taux important de décès néonataux dans notre étude.

10- Pronostic des nouveau-nés.

Le taux de mortalité dans notre étude a été de 29,3%. Ce constat désolant est partagé par Fatoumata D[4] avec 30,3%. La prématurité et l'anoxie périnatale étaient les principales causes de décès avec respectivement 60,5% et 34,6% des cas.

L'OMS classe la prématurité (29%), l'asphyxie (23%), et les infections graves (25%) comme étant les principales causes de mortalité néonatale. Selon cette organisation en charge de la santé des populations mondiales, près de 99% des décès de nouveau-nés concernent les pays en développement.



VII. CONCLUSION



Conclusion :

La création de l'unité de réanimation au sein du CSRef CIII a permis d'effectuer la prise en charge de plusieurs complications obstétricales engageant le pronostic vital des mères et des nouveau-nés. Ainsi elle a permis également de soulager les CHU de l'afflux d'évacuations obstétricales qu'ils recevaient au paravent du CSRef. Classiquement, le système de référence/évacuation des urgences obstétricales est conçu de manière à ce que les patientes puissent bénéficier des soins de qualité dans les structures adaptées. Lorsque la prise en charge des complications obstétricales est effectuée in situ, le pronostic est en général meilleur.



VIII. RECOMMANDATIONS



Aux personnels sanitaires :

- Promouvoir la CPN recentrée pour le dépistage précoce des facteurs de risque associées à la grossesse.
- Eviter les évacuations tardives et hâtives au pronostic souvent sombre.
- Renforcer l'éducation des femmes enceintes ou en âge de procréer, lors des visites prénatales et du planning familial, de l'importance du suivi de la grossesse et de la prise en charge adéquate des pathologies maternelles.

Aux populations :

- Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile de proximité,
- Adhérer aux principes de la CPN recentrée.

Aux autorités sanitaires :

- Promouvoir la scolarisation des filles,
- Promouvoir la gratuité de la référence/évacuation pour une adhésion efficiente des populations,
- Equiper les formations sanitaires de première référence en matériel de réanimation maternelle et néonatale de base ; de procéder à un transfert effectif des compétences y afférentes.
- Doter les CSRef des ambulances médicalisées.



IX. REFERENCES



- 1- **Fall G** (épouse Kandji). Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence, Recours d'Afrique sub-saharienne, Etude prospective d'une année au CHU de Dakar. 1996. Thèse Med, Dakar, 1996.
- 2- **Ministère de la santé et de l'hygiène publique (www.sante.gov.ml)** : Enquête Démographique et de Santé IV. Mali. 2006
- 3- **Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées**. Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population, 1990.
- 4- **Traore F, Sylla M, Diakite A, Soilihi A, Ndiaye MD, Togo B et Al.** Problématique du transfert néonatal vers le service de pédiatrie du CHU Gabriel Toure de Bamako, article, mali médical 2010, tome XXV, n4
- 5- **Coulibaly S.** les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au centre de santé de référence de la commune V. Thèse Méd : Bamako ; 2015. 82 pages
- 6- **Ministère de la santé et de l'hygiène publique (www.sante.gov.ml)**. Enquête Démographique et de Santé (EDSM) V. Mali. 2013
- 7- **Berland M.** Le CHOC EN obstétrique. *Enc Med chir Paris obst.* 1980 ; 65 :082-10A.
- 8- **Maine D et Collaborateurs.** La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. Ecole de santé publique. Université de Colombie. *Int. J Gynaecol. Obstet.* 1997 Nov, 59 Suppl 2 : 5259-65.
- 9- **King M.** Medical Care in Development Countries. Oxford University Press, Oxford. 1996. WHO.2004a
- 10- **OMS.** Réduire la mortalité maternelle – Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Genève. OMS. 1999
- 11- **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 6eme édition. Paris :Masson ; 1995.
- 12- **Corréa P et Collaborateurs.** Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique Dakar *Afrique Médicale* 1981 ; 20(189) : 215-221.

- 13- Delecour M et collaborateurs.** Conduite à tenir au cours d'une dystocie 1978 : Rapport du 27eme congrès de gynécologie et d'obstétrique de la langue Française ; Rabat 21-24 mai 1978.
- 14- Camara S.** les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude [Thèse de Med]. Abidjan : Université ; 1986. 714.
- 15- Suzanne F et collaborateurs.** Hémorragies obstétricales graves (du postpartum immédiat). Encyclopédie Médecine chirurgicale. Précis d'obstétrique 1982 ; 10-12-S103A.
- 16- Coulau JC et Zan V.** Hématome retro placentaire ou DPPNI : Encycl. Méd. Chir. (Paris – France) obstétrique 5071 A10 6 1985, 10 P.
- 17- Lankoande J et collaborateurs.** Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995. Médecine d'Afrique noire 1998 ; Vol 5 : 187-190.
- 18- Fernandez H.** Hémorragies graves en obstétrique : 35ème congrès national d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation. Paris : Masson, 1993 ; 511-529.
- 19- Pelage JP et collaborateurs.** Prise en charge des hémorragies graves du postpartum par embolisation artérielle. J Gynéco-obstétrique, Biologie Reproduction 1999 ; 28 : 55-61.
- 20- De Bernis, L.** La mortalité maternelle dans les pays en développement : quelles stratégies adopter ? Med Trop ; 2003. 63 (4-5) ; 391-9.
- 21- WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia :** http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335_eng.pdf.12 sept 2018 ; 15h45.
- 22- Ouattara A, Ouedraogo CM, Ouedraogo A, Lankoande J.** Références et évacuations obstétricales dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques sur une période de trente-six mois au CHU Yalgado de Ouagadougou. Med Sante Trop 2015 ; 25 : 403-407. doi : 10.1684/mst.2015.0466.

23- Dolo A, Traore M, Diarra I, Katile M. Facteurs de risque de mortinatalité dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital du Point « G » à Bamako. J SAGO 2001 ; 1 : 26-31.

24- Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique a l'hôpital Gabriel Toure à propos de 160 cas. Bulletin du Réseau de Sante Sud 2003.

25- Yinger NV, Ransom EI. Perspectives de politique générale sur la santé du nouveau-né. 2ème éd. Washington : Population Référence Bureau (PRB) ; 2003.

26- Organisation mondiale de la santé. La survie du nouveau-né. The Lancet, mars 2005 www.thelancet.com, consulté le 19 février 2009.

27- Coulibaly AB. La référence/ évacuation gynéco-obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [thèseMed]. Bamako : Université de Bamako ; 2006.

28- Macalou B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Thèse Méd. Bamako, 2002, N°142

29- Manuel de référence soins obstétricaux et néonataux d'urgence DSR/DNS.
Mali. Mars 2016



X. ANNEXES



FICHE D'ENQUETE

THEME : IMPACT DE L'UNITE DE REANIMATION SUR LES REFERENCES/EVACUATIONS DE LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE III VERS LES CHU.

A. PARTURIENTE OU PATIENTE

Nom/prénom :

1. AGE en année :

2. ETHNIE :

Bambara Peulh Sonhaï Soninké Senoufo
Bobo Minianka Si autre précisé :

3. PROFESSION :

Ménagère Fonctionnaire Elève/Etudiante Commerçante
Si autre (préciser) :

4. SITUATION MATRIMONIALE :

Célibataire Mariée Divorcée
Monogame Polygame Veuve

5. NIVEAU D'INSTRUCTION :

Primaire Secondaire Supérieur Non scolarisée
Si autres précisée :

6. PROFESSION DU CONJOINT

Ouvrier Elève/Etudiant commerçant
Fonctionnaire SI autre (préciser).....

7. DATE / HEURE D'ADMISSION :

Date :/.../20.... Heures :H.....Mn

8. ANTECEDENTS FAMILIAUX :

HTA Diabète Drépanocytose Asthme

Si autre précisé :

9. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX :

Gestité Parité Vivant Avortement Décédé

10. ANTECEDENTS MEDICAUX :

HTA Eclampsie Prééclampsie Diabète

Drépanocytose Asthme Si autre précisé :

11. DUREE DE SEJOUR DANS LE SERVICE EN HEURE :

HEURE :H.....

12. EXAMEN CLINIQUE :

Etat général :

- 0. Activité normale sans restriction
- 1. Patient limité pour les activités physiques importantes mais ambulant et capable de mener un travail
- 2. Patient incapable de travaillé, alité < 50% du temps, capable de prendre soins de lui
- 3. Patient alité > 50% du temps, capable de prendre soins de lui.
- 4. Patient incapable de prendre soins de lui

TA :...../..... mmHg ; Pouls :.....bat/mn ; T° :.....°C ; Conscience :
..... ; MAF :...; BCF : ; Conjonctive :.....

Poids :.....Kg Taille :m

C.P.N : Oui Non Si oui nombre :

13. EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

Groupage sanguin : ; Rhésus : ; Taux d'hémoglobines :
Toxoplasmose : Rubéole : ; SRV : ;
Albumine : ; Sucre: ; AgHBs..... ;
AgHBc : ; Glycémie:

14. DIAGNOSTIC RETENU AU CSRef :

HTA sur grossesse Hémorragie du post partum immédiat HRP
Anémie sur grossesse Prééclampsie sévère Eclampsie
Hémoglobinopathie sur grossesse Placenta prævia RPM

Souffrance fœtale aigüe Menace d'accouchement prématuré

Si autre préciser :

15. PRONOSTIC MATERNEL A L'ADMISSION :

Bon Réservé Mauvais

Si autre précisé :

16. TRAITEMENT RECU AU CSREF :

Prise d'une voie veineuse Perfusion d'ocytocine

Antalgique parentérale Antibiothérapie Réhydratation

Si autre précisé :

17. MOTIF D'EVACUATION

HTA sur grossesse Hémorragie du post partum immédiat HRP

Anémie sur grossesse Prééclampsie sévère Eclampsie

Hémoglobinopathie sur grossesse Placenta prævia RPM

Souffrance fœtale aigüe Transfère in utero

Si autre préciser :

18. DATE/HEURE D'EVACUATION

Date/...../..... HEURE :H.....

19. MOYEN D'EVACUATION :

Ambulance voiture personnelle taxi moto

Si autre (préciser) :

20. DATE/HEURE D'ARRIVEE AU CHU

Date/...../..... HEURE :H.....

21. DIAGNOSTIC RETENU AU CHU

HTA sur grossesse Hémorragie du post partum immédiat

HRP Anémie sur grossesse Prééclampsie sévère

Eclampsie Hémoglobinopathie sur grossesse Placenta praevia

RPM Souffrance fœtale aigüe Menace d'accouchement prématuré

Si autre préciser :

22. TRAITEMENT REÇU AU CHU

Hospitalisation Césarienne Transfusion Traitement ambulatoire

Extraction instrumentale Déclenchement Accouchement voie basse

Si autre précisée.....

23. ETAT DE LA MERE ET/OU DU FŒTUS AU CHU :

Evolution favorable Evolution défavorable Mère et fœtus décédés

Mère vivante et fœtus décédé Mère décédée et fœtus vivant

Décès maternel constaté à l'arrivée MFIU

Si autre, préciser :

24. DUREE D'HOSPITALISATION EN JOUR :jour (s).

25. DIAGNOSTIC DE SORTIE.....

B.NOUVEAU-NE

26. VOIE D'ACCOUCHEMENT :

Voie basse normale Césarienne Extraction instrumentale

Si autres (préciser).....

27. DATE/HEURE D'ACCOUCHEMENT

Date/...../..... HEURE :H.....

28. DUREE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENTEN HEURES

Durée du travail \leq 14 Durée du travail $>$ 14 Non en travail

29. DATE/HEURE D'EVACUATION

Date/...../..... HEURE :H.....

30. RUPTURE DES MEMBRANES EN HEURES

Délai de rupture $<$ 6 Délai de rupture \geq 6

31. COULEUR DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

Clair Méconiale Jaune

32. ETAT DU NNE

Score d'APGAR > 8 à la première minute (bonne adaptation)

Score d'APGAR < 3 à la première minute ou <5 à la cinquième minute (mort apparente)

Score d'APGAR compris entre 3 et 8 à la première minute ou entre 5 et 8 à la cinquième minute (hypoxie –anoxie)

33. MOTIF D'EVACUATION

Prématurité Hypotrophie Macrosomie

Anoxie périnatale Diabète maternel

Si autres (préciser)

34. MOYEN D'EVACUATION

Ambulance Taxi Voiture personnelle Moto

Si autres (préciser).....

35. DATE/HEURE D'ARRIVEE AU CHU

Date/...../..... HEURE :H.....

36. DIAGNOSTIC RETENU AU CHU

Prématurité Hypotrophie Macrosomie

Anoxie périnatale Diabète maternel

Si autres (préciser)

37. DECISION PRISE AU CHU

Retourner Hospitalisation Traitement ambulatoire

38. DUREE D'HOSPITALISATION EN JOURS.....jour(s)

39. ETAT DU NOUVEAU-NE A LA SORTIE

Vivant Mort

40. DIAGNOSTIC DE SORTIE

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMFACK

Prénom : Bernard Brisse

Date et lieu de naissance : 13 Mars 1992 à Fongo-Tongo

Nationalité : Camerounaise

Année universitaire : 2017 – 2018

Pays d'origine : Cameroun

Titre de la thèse : impact de l'unité de réanimation sur les références/évacuations de la maternité du centre de sante de référence de la commune III vers les CHU.

Lieu de dépôt : Bibliothèque, faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

Résumé : Nous avons réalisé une étude rétro prospective transversale au CSRéf C III du District de Bamako (Mali). Au terme de notre étude, la fréquence des références/évacuations des patientes était de 0,5% et celle des nouveau-nés de 5%. L'éclampsie représentait le principal motif d'évacuation chez les parturientes tandis que la prématurité était le principal motif de référence des nouveau-nés évacués. La tranche de 20 à 30 ans était la plus représentée. La mortalité liée aux références/évacuations était plus élevée chez les nouveau-nés avec 29,3% contre 3,3% chez les patientes.

Parmi les 30 patientes référées ou évacuées seulement 16,67% l'ont été après l'installation de l'unité de réanimation ; par ailleurs l'incidence des références/évacuations des nouveau-nés après l'installation de cette unité a été de 33,33%. Par ailleurs, les conditions de références/évacuations sont mauvaises et contribuent même souvent à majorer la mortalité maternelle et néonatale. Fort de ces constatations, il nous paraît primordial d'équiper les centres de santé de première référence en matériel de réanimation maternelle et néonatale de base ; et de procéder à un transfert effectif des compétences y afférentes.

Mots clés : référence/évacuation, éclampsie, prématurité, CSRef CIII, CHU.

Serment d'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !