

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPÉRIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple -Un But -Une Foi

FACULTE DE MÉDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2008-2009

Thèse N° *247* /

TITRE

**ETUDE CAS-TEMOIN DE LA MORTALITE
MATERNELLE DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU C.H.U. DU
POINT G DE 2005 À 2007 À PROPOS DE 51 CAS.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17/03/2009
Devant le jury de la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie de Bamako.

Par

Mr Alassane BENGALY

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

JURY

Président:

Professeur SY Aïda SOW

Membre:

Docteur Mahamadou TRAORE

Codirecteur de thèse: Docteur Samba TOURE

Directeur de thèse: Docteur Bouraïma MAÏGA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalifou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr Birama TOGOLA
Mr Bréhima COULIBALY
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Adégné TOGO
Mr Lassana KANTE
Mr Mamby KEITA
Mr Hamady TRAORE
Mme KEITA Fatoumata SYLLA
Mr Drissa KANIKOMO
Mme Kadiatou SINGARE
Mr Nouhoum DIANI
Mr Aladji Seydou DEMBELE
Mr Ibrahima TEGUETE
Mr Youssouf TRAORE
Mr Lamine Mamadou DIAKITE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Anesthésie/Réanimation
Urologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco/Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Odonto-Stomatologie
Ophtalmologie
Neuro Chirurgie
Oto-Rhino-Laryngologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahmane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa DIARRA

Histoembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie **Chef de D.E.R.**
Biologie
Entomologie Médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie - Virologie
Parasitologie -Mycologie
Biophysique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mahamadou DIAKITE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Bakary MAIGA

Chimie Organique
Hématologie
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Immunologie – Génétique
Anatomie Pathologie
Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Blaise DACKOUCO

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses
Pédiatrie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONARE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Mahamadou GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO

Dermatologie
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie
Dermatologie
Pneumo-phthisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, **Chef de D.E.R.**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA
Mme Rokia SANOGO

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie
Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY
Mr Abdoulaye DJIMDE
Mr Sékou BAH
Loséni BENGALY

Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation
Microbiologie-Immunologie
Pharmacologie
Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DÉDICACES

&

REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

Au Tout Puissant **Allah** Soubanah wa taallah, le Clément, le miséricordieux.

Ô ALLAH louange à Toi et toute ma reconnaissance pour la vie, la santé et tous les bienfaits que Tu nous as accordé en permanence.

Puisse **ALLAH** faire de moi un serviteur qui respecte ses recommandations et celles des hommes.

YA ALLAH ce travail me permettra auprès des hommes d'avoir l'accord de soigner mes prochains mais je ne peux rien traiter sans ton accord malgré toutes les éducations que les autres ont pu me donner.

YA ALLAH guide mes pas, encadre tous mes actes et fait de moi un médecin soucieux et conscient de son métier.

J'implore ton pardon et ta miséricorde mon Créateur.

Au prophète Muhammad PSL

Notre prophète bien aimé ! Tu nous as apporté une lumière et une fierté d'être la meilleure des communautés de Dieu. Tu as accompli ta mission, il reste la notre et j'espère qu'ALLAH nous facilitera et qu'il nous gardera sur le droit chemin.

Ce modeste travail est une manière de nous rapprocher de toi et d'ALLAH car la science est toujours une source de spiritualité.

A ma mère Aminata Bocar Maïga

Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui. Tu as tant souffert dans la vie, comme le petit oiseau reçoit sa nourriture du bec de sa mère, nous avons tous reçu de toi. Mère, tu as risqué ta vie et couru mille périls pour nous permettre un avenir meilleur. Ta combativité, ton amour permanent et ton souci pour une éducation de qualité font de toi une mère exemplaire. Ton exemple est décrit dans les livres mais rare dans la vie courante. J'ai eu la chance de t'avoir comme mère. Je t'aime maman et je t'aimerai toujours.

Ce modeste travail est le tien qu'ALLAH nous prête longue vie afin de goûter le fruit de ton labeur.

A mon Père Sina Bengaly

Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu nous as consenti. Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance. Puisse Dieu te garder longtemps encore parmi nous pour goûter au fruit de ton labeur.

A mes Frères et Sœurs : Alimatou, Mariam, Seydou, Fatoumata, Rokiatou, Maïmouna :

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle restera toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

A mes Cousins et Cousines

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels. En témoignage de l'affection qui nous a toujours uni, je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est le vôtre. Courage et bonne chance. Que le Tout Puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

A mes Oncles et Tantes

Je n'ai pas cité de noms par peur d'en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

A mes amis et compagnons de tous les jours: Yanta Ibrahim Maïga, Salikou Sanogo, Joseph Sagara, Zakari Saye, Florent Dakouo, Youssouf Traoré, Cheick Bady Diallo, Tata K Diarra, Bacoura Coulibaly, Salimata Bathily ; les mots me manquent pour évaluer à la juste mesure tout ce que vous m'avez apporté. Je reste confiant à votre amitié et j'espère que Dieu accompagnera nos pas pour le meilleur et le pire.

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable. Profonde gratitude à toi mon cher Mali.

A la FMPOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

Au corps professoral de la FMPOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

A tous nos aînés du service: C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficiée. Les bonnes manières de l'apprentissage de la Gynéco/Obstétrique sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiées.

A tous les CES du service de Gynéco/Obstétrique :

Merci pour vos bons conseils et votre bonne collaboration.

A tous les internes du Service

Pour tout votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.

Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A tous les membres fondateurs de l'état Major ALLURE de la FMPOS

Le chemin fut long mais le but est atteint et les ambitions sont restées les mêmes, celui d'apporter un changement positif à la vie syndicale dans cette Faculté. Je reste convaincu de la vertu de notre mouvement. A vos côtés j'ai su que rien ne vaut une unité d'action.

En signe du lien sacré qui nous a uni, je vous remercie pour vos soutiens sincères.

A tous les militants et sympathisants de l'état Major ALLURE de la FMPOS

Recevez mes sincères remerciements. Que Dieu donne longue vie à ce groupe pour former des bons syndicalistes au service de l'école Malienne.

HOMMAGE
AUX
MEMBRES
DU JURY

AU PRESIDENT DU JURY
PROFESSEUR SY AIDA SOW

Professeur de gynécologie obstétrique à la F.M.P.O.S.
Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la commune II
Présidente de la SO.MA.GO.

Honorable maître,

Votre rigueur, votre souci constant du travail bien fait et votre faculté d'écoute ont forcé notre admiration.

Nous sommes fiers et très heureux que ayez accepté de présider ce jury. Soyez rassurée cher maître de notre reconnaissance éternelle. Puisse le tout puissant vous donner longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en général et de la femme en particulier.

Que le tout puissant Allah ! Vous protège Amen !

A notre Maître et juge :

Docteur Mahamadou TRAORE

Détenteur d'un diplôme de (Doctorat d'état et certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de Médecin) à l'Université "Martin Luther de Halle-Wittenberg en ex RDA".

Diplômé de Maitrise en santé Publique (Master of Public Health)

A l'institut Régional de santé Publique d'Ouidah au Bénin.

Responsable de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des activités de la césarienne gratuite à la Division Santé de la Reproduction, Point focal « Gratuité de la Césarienne » à la Direction Nationale de la Santé.

Cher maître,

Vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons beaucoup apprécié votre bon sens et votre amour pour le travail bien fait. Votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Soyez rassuré de notre reconnaissance éternelle.

A notre Maître et Co-directeur, Docteur Samba TOURE,

- **Gynécologue Obstétricien,**
- **Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G.**

Cher maître,

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

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

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A notre Maître et Directeur de thèse, Docteur Bouraïma MAÏGA,

- ✦ **Gynécologue obstétricien,**
- ✦ **Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie,**
- ✦ **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,**
- ✦ **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,**
- ✦ **Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (INFSS),**
- ✦ **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G.**
- ✦ **Chevalier de l'ordre national,**

Cher maître,

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

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

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

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

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

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

EDS : Enquête Démographique de Santé

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HRP : Hématome Rétro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

IIG : Intervalle Inter Génésique

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

J.C : Jésus Christ

mm hg : millimètre de mercure

NV : Naissance Vivante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

S.A.G.O : Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

SO.MA.GO : Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique

VIH/SIDA : Virus de l'Immuno Déficience Humaine/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION.....	1
II-	GENERALITES.....	5
	A- Historique.....	5
	B- Rappels physiopathologiques.....	8
	1) Les dystocies.....	8
	2) Les complications de l'accouchement.....	19
	3) Les complications de la délivrance.....	22
	4) Les accidents paroxystiques des syndromes vasculo- Rénaux au cours de la grossesse.....	24
	5) La grossesse extra-utérine.....	26
	6) Les avortements.....	26
	7) Les anémies.....	27
	8) La drépanocytose.....	27
	9) Les pathologies des suites de couches.....	28
III-	NOTRE ETUDE	
	A- La Méthodologie.....	30
	B- Les Résultats.....	36
	C- Les Commentaires et Discussions.....	56
IV-	CONCLUSION & RECOMMANDATIONS.....	62
V-	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	65
VI-	ANNEXES.....	72

INTRODUCTION
&
OBJECTIVES

INTRODUCTION

Attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi sont les vœux de toute femme. La grossesse si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante, et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas la cause d'allégresse qu'elle devrait être mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale.

La mort d'une femme et d'une mère est une perte tragique quoique silencieuse, non seulement pour la famille mais également pour la communauté et la nation toute entière.

La mortalité maternelle demeure un problème d'actualité. Elle revêt une ampleur considérable dans de nombreux pays en voie de développement dans le monde, tandis qu'elle passe inaperçue dans la plupart des pays développés. Dans ces derniers, elle constitue un indicateur de la qualité des soins en obstétrique ; dans les pays pauvres, elle est plutôt un indice du développement social en général et en particulier de la situation faite aux femmes.

A l'aube du nouveau millénaire, dans un monde qui connaît une croissance économique et des progrès technologiques sans précédent, il y a toujours un nombre alarmant de femmes qui meurent au cours de la grossesse et de l'accouchement. [27]

L'OMS et le Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance (UNICEF) estiment que plus d'un demi million de femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et que près de 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement. [41]

Chaque année, près de 600.000 femmes, soit plus d'une femme par minute, meurent des complications associées à la grossesse et à l'accouchement. [6]

L'Afrique de l'ouest avec 1020 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes détient le record du monde. [28]

En Afrique au sud du Sahara, le niveau de la mortalité maternelle n'a pas connu de baisse notable, même si ce n'est que récemment que des enquêtes rigoureuses ont été menées pour mesurer sa fréquence. Toutefois, les technologies permettant de sauver les mères sont connues depuis plusieurs années mais leur accessibilité aux femmes qui en ont besoin (femmes du milieu rural) est très limitée du fait de la concentration des personnels et des moyens dans les grandes métropoles. [44]

Les causes directes de la mortalité maternelle constituent 80% des causes de décès maternels; les cinq principales causes directes sont les hémorragies (environ un quart de l'ensemble des décès), les infections, les complications de l'hypertension, le travail dystocique et les avortements clandestins. [27]

Les causes indirectes constituent 20% [18] et sont imputables à des pathologies pré-existantes à la grossesse ou contemporaine de son évolution mais aggravées par elle. Parmi ces causes indirectes de mortalité maternelle, l'une des plus importantes est l'anémie. Le paludisme, les cardiopathies et de plus en plus dans certains contextes le VIH/SIDA sont d'autres causes indirectes importantes de mortalité maternelle. [27]

Les grossesses très précoces, très rapprochées, multiples et ou tardives; l'accès limité à l'éducation, le manque d'accès aux ressources et de pouvoirs décisionnels sont aussi des faits favorisant de la mortalité maternelle. [50]

Le risque de décès maternel est de 1/20 en Afrique Sub Saharienne contre 1/3600 dans les pays industrialisés. [50]

Seulement 53% des femmes dans les pays en développement accouchent avec l'assistance d'une personne qualifiée (Médecin, Sage femme, Infirmière).

Des millions de femmes accouchent chaque année avec l'aide d'un parent, d'une accoucheuse traditionnelle ou seule. Cela concerne 76% des femmes enceintes au Mali, 60% en Mauritanie, 69% au Ghana. [50]

A la différence, dans les pays développés, une assistance professionnelle pendant l'accouchement est quasi-universelle.

Au Mali, plusieurs travaux ont été consacrés à la mortalité maternelle;

En 1995, EDS-II a montré un taux de mortalité maternelle à 577 pour 100000 naissances vivantes.

En 2001, EDS-III nous révèle un taux de mortalité maternelle à 582 pour 100000 naissances vivantes.

Selon EDS-IV en 2006, la mortalité maternelle est de 464 pour 100000 naissances vivantes [17].

Le Mali à l'instar des autres pays africains a fait de la promotion de la santé maternelle et infantile une priorité dans sa politique de développement. Malgré la multitude des travaux et les efforts fournis, la mortalité maternelle demeure une préoccupation essentielle au Mali. Sa mesure est difficile au niveau national, sa prévalence sous-estimée et son ampleur élevée.

La mortalité maternelle reste donc une question principale qu'il faut encore étudier au Mali pour y faire face avec plus d'efficacité. Il faut en outre chercher à mieux cerner les facteurs de risque en vue de renforcer la prévention contre ce fléau.

Pour mener ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Etudier la mortalité maternelle dans le service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U du Point G du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2007.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la fréquence de la mortalité maternelle.
2. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
3. Identifier les facteurs de risque connus de la mortalité maternelle.
4. Identifier les causes de cette mortalité maternelle.
5. Analyser le système de référence/évacuation dans le contexte de la mortalité maternelle.
6. Formuler des recommandations.

GÉNÉRALITÉS

A. DÉFINITION

La mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle 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 » [46]

B. HISTORIQUE

Depuis des millénaires, pour survivre, les collectivités humaines ont toujours utilisé leur génie pour se protéger et lutter contre toutes sortes de risques. Il en est de même dans le domaine médical.

La mortalité maternelle n'est pas un phénomène épidémique. Depuis toujours, les femmes meurent de suite de la grossesse ou des complications de l'accouchement. La rétrospective sur cette affection nous permet de rappeler certains événements qui ont marqué la lutte contre ce fléau.

L'évolution des connaissances obstétricales sur la mort des femmes en couches peut être regroupée en quatre grandes étapes [3] :

- **Etape empirique:** pour sauver la vie des mères à cette époque, des pratiques incantatoires étaient appliquées aux femmes qui souffraient de complications de l'accouchement. Dès 460 à 370 avant Jésus Christ (JC), Hippocrate proposait la « succussion » de la femme en cas de dystocie du siège ou de la présentation transversale. Il préconisait de sauver la mère en cas de mort in utero en pratiquant une embryotomie avec un couteau, un crochet ou un compresseur.
- **Etape mécanique:** cette étape était caractérisée par l'utilisation de techniques mécaniques, de manœuvres manuelles et instrumentales. Le tamponnement intra-utérin après pose de spéculum a été préconisé en cas d'hémorragie par Soranus en 177 après JC. De 700 à 1200, Avicenne préconisait la version par des manœuvres internes dans les présentations dystociques de l'épaule

et du siège, la révision utérine et l'embryotomie en cas de mort in utero. A partir de 1700, Chamberlain inventait le forceps pour, disait-il, « hâter la délivrance ». Entre 1683 et 1709, Mauriceau appliquait la manœuvre dite « manœuvre de Mauriceau » sur les rétentions de « tête dernière ». C'est surtout avec Baudelocque (1745-1810) qui a étudié avec précision les dimensions du bassin, que l'utilisation du forceps a été codifiée, car disait-il, « l'art de l'accouchement consiste uniquement à aider et à imiter la nature ».

- **Antisepsie et chirurgie:** l'utilisation des antiseptiques et le développement des techniques chirurgicales sont intervenus entre 1811 et 1870. Simpson avait utilisé pour la première fois du chloroforme au cours d'une opération de césarienne en 1811, puis entre 1818 et 1865, apparaîtra l'antisepsie chirurgicale avec Semmelweis qui découvrait la cause des fièvres puerpérales responsables des décès chez les accouchées à Vienne (15 à 18% des décès maternels), et imposait le lavage des mains par le chlorure de chaux. La stérilisation des pansements, des compresses et des instruments avec l'eau stérile a été préconisée par Terrier (1857-1908). De 1852 à 1922, Halsted a été à l'origine de l'utilisation des gants en caoutchouc pour opérer. En parallèle au développement de l'antisepsie, les techniques chirurgicales connaissent une certaine amélioration. Chassaignac (1804-1879) avait mis au point le drainage chirurgical des plaies opératoires à l'aide de tubes en caoutchouc ou en verre pour évacuer les épanchements abdominaux. Entre 1900 et 1955, l'incision segmentaire basse transversale et la péritonisation seront vulgarisées par Schickele et BRINDEAU.
- **Etape biologique :** de 1914 à 1963, la découverte des antibiotiques a contribué à réduire les décès par infection puerpérale.

Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, les repères les plus significatifs sont [33] :

- Le congrès de Lyon 1952: concertation des obstétriciens du monde entier pour faire le point sur les techniques et les moyens pouvant permettre de baisser la mortalité maternelle.
- Le congrès de Genève 1977: complications de l'hypertension artérielle sur la grossesse, l'accouchement et le post partum.
- Le congrès de Nairobi, février 1987: conférence internationale sur la maternité sans risque.
- Le congrès de Niamey, février 1989: conférence régionale pour l'Afrique francophone au sud du Sahara sur la maternité sans risque.
- Création de la SAGO qui regroupe tous les deux ans les gynécologues obstétriciens africains autour de son objectif majeur qui est la réduction de la mortalité maternelle.
- Le congrès de Bamako, février 1994: premier congrès de la SO.MA.GO. l'objectif principal étant la réduction de la mortalité maternelle au Mali.
- Le congrès de Dakar, décembre 1998: cinquième congrès de la SAGO avec comme thème : santé de la reproduction et économie de la santé et comme sous thème : mortalité maternelle dix ans après.
- Bamako 2001 : réunion des premières dames d'Afrique dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle.

C. RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES

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 a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée). [47]

Dans le mécanisme général de l'accouchement, interviennent successivement une force motrice représentée par les contractions utérines, un mobile, le fœtus; et une succession d'obstacles au nombre de trois: le col, le bassin et le périnée.

L'asynchronisme de ces étapes induit alors à l'accouchement des vices mécaniques et physiologiques parmi lesquels on peut citer les dystocies et les hémorragies obstétricales graves. Cependant au cours de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, les infections puerpérales, les syndromes vasculo-rénaux, les hémopathies peuvent survenir et compromettre la vie de la femme.

1. LES DYSTOCIES

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 les annexes.

1-1- Les dystocies maternelles

Ce sont les plus importantes en pratique courante. On distingue:

1-1-1- Les dystocies dynamiques

Elles regroupent les anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col.

Les anomalies peuvent être classées en cinq groupes:

- anomalies par insuffisance des contractions ou hypocinésies.
- anomalies par excès de la contractilité ou hypercinésies.

- anomalies par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonies.
- anomalies par arythmie contractile.
- anomalies par inefficacité d'une contractilité apparemment normale.

Etude Physiopathologique

a) Les hypocinésies: elles sont de plusieurs sortes:

- Les hypocinésies d'intensité qui développent des pressions intra-utérinaires inférieures à 25 mm hg.
- Les hypocinésies de fréquence qui se traduisent par l'espacement excessif des contractions.
- L'hypocinésie totale qui associe les précédentes et caractérise l'inertie utérine.

b) Les hypercinésies: Elles peuvent intéresser soit la fréquence, soit l'intensité des contractions.

- Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70 à 80 mmhg au cours de la période de dilatation et bien plus au cours de l'expulsion.
- Dans les hypercinésies de fréquence, les ondes des contractions se succèdent à la fréquence de 6 à 10 par minute, mais les valeurs du tonus de base restent normales, ce qui distingue cet état de la tétanisation.
- Les hypercinésies totales associent excès d'intensité et excès de fréquence. Elles sont souvent le premier stade d'une « tétanisation » de l'utérus.

- c) Les hypertonies:** elles se caractérisent par une élévation du tonus de base au-dessus de 15 mm de mercure. Plusieurs types peuvent être rencontrés en rapport avec des états pathologiques différents.
- L'hypertonie par contracture: elle est la plus caractéristique telle qu'on l'observe dans l'hématome rétro placentaire. Le tonus atteint des chiffres 3 ou 4 fois supérieurs à ceux du tonus normal. Cette élévation s'accompagne de contractions rythmées cliniquement inapparentes, mais qui sur les courbes d'enregistrement donnent des amplitudes de 20 à 25 mm de mercure c'est à dire des amplitudes presque normales.
 - L'hypertonie par distension: elle est celle de l'hydramnios. Le terme hypertonie est ici quelque peu abusif, car l'élévation de la pression intra-utérine est un simple fait de distension hydraulique et non la conséquence d'un trouble intime de la fonction contractile. Après l'ouverture de l'œuf, cette hypertonie disparaît.
 - L'hypertonie par hypercinésie ou tachysystolie: elle est réalisée par l'injection d'une quantité excessive d'ocytocine surtout par voie intramusculaire. A l'hypercinésie d'intensité et de fréquence, se surajoute l'élévation progressive du tonus de base aboutissant à la contracture utérine. Le même état peut être la conséquence de l'effort contractile contre un obstacle infranchissable. La dystocie dynamique est alors un phénomène surajouté à une dystocie mécanique. La rupture utérine en est la complication.
 - L'hypertonie isolée: elle est dite « essentielle ». Ici, la fréquence et l'intensité des contractions sont normales, mais le tonus de base est trop élevé. Cette hypertonie conduit à l'emploi d'une thérapie anti-spasmodique, mais celle-ci souvent et assez paradoxalement les ocytociques en perfusion continue, réduisent l'état d'hypertonie sans qu'on puisse encore donner à ce résultat une explication physiologiquement satisfaisante.

- d) Les arythmies contractiles:** elles se caractérisent par une succession de contractions irrégulières tant dans leur amplitude que dans leur durée, mais surtout dans leur fréquence.
- e) Les anomalies par inefficacité:** Elles sont le résultat d'une activité utérine apparemment normale. La contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa représentation graphique. L'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.
- f) Les dystocies dynamiques par hypertonie localisée:**
- Le syndrome de Demelin: ici l'hypertonie se situe à un étage quelconque de l'utérus sous forme d'un anneau musculaire occupant une dépression entre deux saillies fœtales.
 - Le syndrome de Schickele: ici l'hypertonie se situe à l'orifice du col effacé, cet orifice apparaissant comme le dernier anneau musculaire de l'utérus.

Etude Clinique

L'expression clinique de la dystocie dynamique se résume d'une part à une anomalie de la dilatation, d'autre part à des troubles subjectifs et objectifs de la contractilité utérine.

Au point de vue clinique, on distingue trois groupes d'anomalies:

- Les anomalies primitives en apparence, mais qui sont en réalité souvent la conséquence d'obstacles discrets difficiles à déceler.
- Les anomalies secondaires
- Les anomalies de la contraction par obstacle insurmontable au passage du fœtus.

La dystocie dynamique apparaît ainsi presque toujours comme le reflet d'une dystocie mécanique plus ou moins grave. Quant à la dystocie dynamique pure d'origine psychologique, elle nous apparaît comme rare. Cela ne signifie pas que le psychisme ne puisse intervenir dans l'aggravation ou dans l'apaisement d'une anomalie contractile, mais son action n'est que surajoutée.

La dystocie dynamique apparaît lorsqu'un obstacle mécanique s'oppose à l'accouchement par les voies naturelles. La gêne mécanique peut être absolue et définitive ou n'être que temporaire. Mais aussi on rencontre :

- Les anomalies contractiles consécutives à l'emploi inconsidéré d'ocytociques.
- Les anomalies contractiles de l'hydramnios.

- ❖ Les anomalies de la contraction par obstacle insurmontable au passage du fœtus.

Soit maternelle: angustie pelvienne, tumeur praevia, sténose cicatricielle ou pathologique du col.

Soit fœtale: excès de volume total ou partiel, présentation du front et de l'épaule.

❖ Les anomalies de la contraction par obstacle temporaire:

Le syndrome est d'abord comparable au précédent mais lorsque l'obstacle a été franchi ou lorsqu'il a disparu, la contractilité utérine redevient normale. C'est le cas dans l'agglutination du col.

❖ Les anomalies dynamiques par injection inconsidérée d'ocytociques:

Les ocytociques injectés d'un coup à doses fortes ou même moyennes par voie intramusculaire ou sous cutanée. Parfois même des doses faibles peuvent créer la dystocie, la réaction utérine étant impossible à prévoir, le syndrome clinique est comparable à celui des dystocies par obstacle mécanique et les dangers sont les mêmes.

❖ Les anomalies dynamiques au cours de l'hématome rétro placentaire :

L'hypertonie avec utérus de bois est caractéristique.

❖ Les anomalies dynamiques par distension utérine:

L'insuffisance contractile avec hypertonie est causée par la distension de l'utérus (grossesse gémellaire, hydramnios). Il s'ensuit une anomalie de la dilatation du col.

❖ Les anomalies primitives en apparence en réalité souvent secondaires à une lésion discrète:

A cette catégorie appartiennent les formes les plus courantes de la dystocie dynamique. Elles ont pour cause: rarement une adhérence anormale et persistante du pôle inférieur de l'œuf; en général une difficulté mécanique discrète:

- Soit d'origine fœtale par défaut d'accommodation
- Soit d'origine maternelle, par viciation pelvienne discrète portant tantôt sur le détroit supérieur (bassin plat) tantôt sur le détroit moyen. Ces angusties légères passent facilement inaperçues.

Parfois l'origine est trouvée dans une malformation utérine.

Enfin l'abus de plus en plus fréquent de certaines thérapeutiques sédatives, antispasmodiques ou anesthésiques, peut entraîner une hypokinésie.

❖ **Dystocie par hypertonie localisée:**

- La dystocie de Demelin est caractérisée par la formation d'un anneau musculaire qui occupe en général une dépression de la surface fœtale, le sillon du cou le plus souvent.
- Le syndrome de Schickele est caractérisé par la formation d'un anneau musculaire cervical. Dans l'intervalle des contractions, l'orifice cervical reste tendu, comme cerclé par un fil de fer.

❖ **Travail trop rapide:**

Du à l'hypercinésie d'intensité sans anomalie de la fréquence ou du tonus, son caractère pathologique résulte de la fréquence des lésions des parties molles maternelles et de celles des accidents fœtaux, lésions cérébro-méningées surtout.

❖ **Dystocie de la phase d'expulsion :**

Il s'agit d'une dystocie dynamique par défaut ou par excès.

Dans le premier cas, il peut s'agir de certaines multipares à musculature utérine déficiente ou chez certaines primipares, qui au terme d'un travail difficile et trop long, en arrivent à un état de fatigue et même d'épuisement.

Dans le second cas, c'est une hypercinésie avec ou sans hypertonie. La cause peut être une disproportion fœto-pelvienne ou une brièveté du cordon.

1-1-2 La dystocie osseuse

Elle est la difficulté constituée par le canal de la filière pelvienne au cours de l'accouchement. Elle est due au fait qu'un ou plusieurs axes du bassin osseux sont insuffisants ou à la limite des dimensions indispensables. Le rachitisme étant la plus grande cause. Les malformations sont congénitales ou acquises. Elles sont nombreuses et réalisent des aplatissements, des rétrécissements et des déplacements du bassin de façon symétrique ou asymétrique.

L'apport de la radiopelvimétrie est capital dans l'étude de la dystocie osseuse.

Les diamètres du bassin :

Au détroit supérieur :

- ❖ Le diamètre antéropostérieur utile : 10,5 cm
- ❖ Le diamètre transverse médian : 13 cm
- ❖ Le diamètre transverse maximal : 13,5 cm

Au détroit moyen :

- ❖ Le diamètre antéropostérieur : 12 cm
- ❖ Le diamètre bi sciatique : 11 cm

Au détroit inférieur :

- ❖ Le diamètre sacropubien : 11 cm
- ❖ Le diamètre bi ischiatique : 11 cm

Les indices de perméabilité :

L'indice de Magnin est la somme du diamètre transverse médian et du diamètre promonto rétro pubien.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal à 23 ; il est incertain entre 21 et 22 ; franchement mauvais au-dessous de 20.

Classification Des Bassins Rétrécis

a) Bassins Rétrécis Symétriques

- ❖ Bassins rétrécis non déplacés (études morphologiques et étiologiques)
 - Bassins généralement rétrécis
 - Bassins plats
 - Bassins aplatis et généralement rétrécis
 - Bassin transversalement rétrécis
- ❖ Bassins rétrécis non déplacés exceptionnels
 - Bassins ostéomalaciques
 - Bassins achondroplasiques
 - Bassins de Robert
- ❖ Bassins rétrécis déformés et déplacés
 - Bassins cyphotiques (rétro versés)
 - Bassins lordotiques (antéversés)

b) Bassins Rétrécis Asymétriques

Variétés étiologiques :

- ❖ Asymétrie d'origine locomotrice
 - Boiterie simple
 - Luxation unilatérale de la hanche
 - Paralysie infantile
 - Coxalgie
- ❖ Asymétrie d'origine vertébrale : les scolioses.
- ❖ Asymétrie d'origine pelvienne
 - Bassins de Naegelé
 - Fracture de bassin

Certains bassins pathologiques méritent quelques rappels :

- Le bassin de Naegelé : ou atrophie pelvienne très rare, marqué par la constance de leur morphologie et par le degré extrême de la déformation oblique ovaire : l'asymétrie est toujours forte et l'accouchement est impossible par voie naturelles.

- Le bassin de Robert : il est un bassin de Naegelé bilatéral donc symétrique.
- Le bassin scoliotique : ce type est oblique ovalaire. Le promontoire, peu saillant est dévié à gauche, la symphyse pubienne à droite. L'asymétrie presque toujours légère, la discrétion actuelle du rachitisme, permettent l'accouchement par les voies naturelles d'un enfant à terme de poids normal ; C'est la prédominance des lésions rachitiques qui pourraient conduire à la césarienne.
- Le bassin de luxation congénitale unilatérale de la hanche : l'asymétrie est le plus souvent légère, les déformations restent discrètes. L'accouchement par les voies naturelles est autorisable.

Toutefois, le pronostic n'est pas aussi constamment bon que dans la luxation bilatérale, dans ce cas l'asymétrie n'est plus alors qu'une asymétrie légère et peut conduire soit à l'épreuve du travail, soit surtout à une césarienne.

- Le bassin ostéomalacique : maladie rencontrée en France et rare en Europe, mais persistante en Afrique du nord. Le bassin est toujours très atteint. Les déformations ont un degré extrême dans l'ensemble. Le bassin rétréci à l'extrême, a une forme trilobée avec des sinus sacro-iliaques qui ne sont plus que deux rainures postéro-latérales et un goulot rétro-pubien en bec de canard. Comme la grossesse va souvent à terme, l'accouchement spontané est impossible dans presque tous les cas. Les femmes sont vouées à la césarienne.
- Le bassin achondroplasique : (bassin de naine) maladie congénitale caractérisée par des troubles de l'ossification portant sur les os longs d'origine cartilagineuse.

- Le bassin poliomyélitique : il montre un raccourcissement et l'atrophie d'un membre inférieur. Le bassin est redressé du côté sain. L'asymétrie étant le plus souvent légère, la capacité pelvienne reste bonne, et l'accouchement se fait par les voies naturelles. Ce n'est qu'en cas d'atrophie importante que la réduction de la capacité impose la césarienne.

1-1-3 Dystocie d'origine cervicale :

L'obstacle est réalisé par le col de l'utérus. Il peut s'agir de la rigidité du col due en général à une anomalie de la contraction; Il peut s'agir d'agglutination du col, de sténoses cicatricielles après cautérisation clinique, d'allongement hypertrophique du col ou de fibromes du col de l'utérus.

1-1-4 Dystocie par obstacle praevia :

Elle est réalisée lorsqu'il existe une tumeur dans le bassin située au devant de la présentation et qui par conséquent, empêche sa descente. Le placenta praevia s'il est recouvrant peut ainsi réaliser un obstacle absolu à l'accouchement par les voies naturelles. Les plus fréquentes tumeurs sont les kystes de l'ovaire et les fibromes. On peut aussi trouver une tumeur osseuse ou un rein ectopique.

1-1-5 Dystocies fœtales :

Dans ces dystocies, c'est le fœtus qui est à l'origine des difficultés de l'accouchement. Il peut s'agir de:

- ❖ Certaines variétés de présentations réalisant les dystocies relatives (présentation du siège, présentation de la face en variété mento-pubienne) et des dystocies absolues (présentations du front, de l'épaule, de la présentation transversale et de la présentation de la face en variété mento-

sacrée); les grossesses gémellaires dont le premier fœtus est en présentation vicieuse.

L'excès du volume fœtal peut être cause de dystocie. Il peut s'agir d'un excès de volume localisé (hydrocéphalie, ascite congénitale), fœtus achondroplase, certaines tumeurs du cou et de la région sacro-coccygienne, des reins et des bassinets. Le diagnostic de ces dernières n'est pas toujours facile, elles peuvent être confondues avec une présentation céphalique. Enfin la dystocie des épaules lorsque le diamètre de celles-ci est trop important pour le bassin.

2. LES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT

2 -1- Les ruptures utérines

Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus est une rupture utérine. Mais l'usage a prévalu d'écarter celles qui n'intéressent que le col et celles qui sont consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage, étudiées avec l'avortement sous le nom de perforations utérines.

Les ruptures utérines sont très polymorphes ; elles s'observent exceptionnellement pendant la grossesse ; le plus souvent au cours du travail. Elles surviennent sur l'utérus normal, cicatriciel ou après une manœuvre laborieuse, une révision utérine.

La rupture utérine peut être:

- complète en zone saine, d'évolution aiguë très hémorragique.
- incomplète sous-péritonéale, pouvant associer un hématome diffusant vers la fosse iliaque, fréquente en cas de désunion de cicatrice, d'évolution plus sournoise.
- Compliquée atteignant le col, le vagin, le corps utérin et les paramètres, voire la vessie.

Selon les conditions mécaniques on peut distinguer trois types de ruptures utérines :

- la rupture sur un utérus cicatriciel; conséquence d'une césarienne, d'une myomectomie, d'une rupture antérieure suturée.
- la rupture sur un utérus fragilisé; c'est le cas chez la grande multipare, les grossesses trop rapprochées, les grossesses multiples, les malformations utérines.
- les ruptures iatrogènes, relevant de trois mécanismes étiologiques :
 - Les manœuvres manuelles
 - L'application de forceps
 - L'administration d'ocytocique
- les ruptures utérines traumatiques et accidentelles: après les accidents de circulation, les blessures d'armes blanches ou de cornes de bovidés.

La femme peut mourir dans les heures qui suivent la rupture d'hémorragie et surtout de choc, voire plusieurs jours après l'accident par péritonite puerpérale.

2 -2- Les déchirures du col utérin

Ce sont les solutions de continuité non chirurgicales du col utérin, survenues au moment de l'accouchement.

Les déchirures du col sont spontanées ou provoquées :

- spontanées : elles peuvent être traumatiques, ou pathologiques dues à une maladie du col (cancer, lésion inflammatoire).
- provoquées: elles sont souvent dues à des interventions mal indiquées ou exécutées dans des mauvaises conditions (application de forceps ou extraction de la tête dernière avant la dilatation complète, poussées expulsives précoces).

Les déchirures du col se traduisent par une hémorragie plus ou moins importante. Si le pronostic des déchirures sus-vaginales doit comporter des réserves, les déchirures sous-vaginales sont en générale bénignes.

2 -3 Autres complications

a. Les déchirures vulvo-périnéales : elles sont fréquentes au cours de l'accouchement et se divisent en 2 groupes: les déchirures du périnée proprement dites et les déchirures isolées de la vulve.

b. Les déchirures du vagin

c. Les hématomes péris génitaux

d. L'embolie amniotique : [46] accident rare mais gravissime de la dernière phase du travail ou de la période de la délivrance. C'est un syndrome de choc brutal intense dû à l'irruption de liquide et de débris amniotiques dans la circulation maternelle. Le syndrome associe en des degrés variables une défaillance cardio-respiratoire aiguë, un choc intense, une hémorragie utérine et des signes neurologiques.

L'embolie amniotique est gravissime. La mortalité est de 60 à 70% pour la mère et 50 % pour l'enfant.

3. LES COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

3-1- Les hémorragies de la délivrance : [47]

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

Les principales causes d'hémorragie de la délivrance sont :

- Les rétentions placentaires, qu'elles soient totales ou partielles.
- L'inertie utérine.
- Certains troubles de la coagulabilité sanguine dont le plus fréquent et le plus spécifique est l'afibrinogénémie aiguë acquise.
- Les causes d'ordre thérapeutique : il s'agit d'une expression utérine maladroite, d'une application de forceps tirillant les membranes, ou d'une impatience au moment de la délivrance pouvant inciter à la traction sur le cordon, à une expression intempestive, conduisant soit au décollement partiel, soit à un enchatonnement pathologique.

3 - 2- La rétention placentaire

La délivrance normale doit être terminée 45 minutes après l'accouchement. Pour que la délivrance s'accomplisse dans de bonnes conditions physiologiques, la caduque doit pouvoir se cliver à la limite de ses deux couches ; le placenta doit être normal dans sa forme, dans ses dimensions, dans le siège de son insertion; le muscle utérin doit être apte à remplir sa fonction contractile.

Quand l'une des trois conditions précédentes n'est pas remplie, la rétention peut se produire.

- La rétention peut être totale. Tantôt le placenta reste entièrement adhérent à la surface utérine d'insertion, tantôt le placenta se décolle mais incomplètement, tantôt le placenta se décolle entièrement mais reste retenu, libre de toute attache dans la cavité utérine.
- La rétention peut être partielle, un ou plusieurs cotylédons restent retenus.

Seule la rétention totale d'un placenta non décollé n'est pas hémorragique. Toutes les autres variétés se compliquent d'hémorragie.

3- 3- Placenta accreta

Il est défini par la fusion intime du placenta avec la paroi utérine. C'est une complication très rare. Selon le degré de fusion utéro-placentaire, on distingue : le placenta accreta vrai, le placenta increta et le placenta percreta.

Au moment de la délivrance, si les moyens ordinaires d'évacuation utérine aidés des ocytociques ne parviennent pas à arrêter l'hémorragie, il faut se résoudre assez vite à l'hystérectomie, qui sera subtotale et conservera les annexes.

3- 4- Inversion utérine

C'est l'invagination du fond utérin en doigt de gant dont on décrit quatre degrés :

- premier degré: le fond utérin est simplement déprimé en cupule.
- deuxième degré: l'utérus retourné franchit le col.
- troisième degré: il descend dans le vagin et s'extériorise.
- quatrième degré: les parois vaginales participent au retournement.

Souvent, le placenta reste adhérent à la surface utérine.

La réduction est en général possible quand elle est précoce.

Le traitement chirurgical reste la seule ressource lorsque la réduction manuelle a échoué.

4. LES ACCIDENTS PAROXYSTIQUES DES SYNDROMES VASCULO-RENAUX AU COURS DE LA GROSSESSE

4 -1- Eclampsie

C'est un état convulsif survenant par accès, à répétition, suivi d'un état comateux, pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches.

Le mécanisme de cette maladie est mal compris ; nombre de lésions trouvées à l'autopsie des femmes éclamptiques n'ont rien de spécifique.

- Les prodromes à distance consistent dans l'accentuation de la triade symptomatique protéinurie-œdème hypertension artérielle. A un certain degré, des signes subjectifs apparaissent. A savoir, des troubles sensoriels, des troubles oculaires, des troubles nerveux, des troubles digestifs.
- La crise évolue en quatre phases d'invasion, de contracture tonique, de convulsions cloniques, de coma qui se succèdent immédiatement. Le plus souvent les crises se répètent.

Les complications peuvent survenir :

- pendant les crises : morsure de la langue, ecchymoses palpébrales, asphyxie, syncope, mort subite, œdème aigu du poumon, hémorragies cérébro-méningées.
- Après les crises: persistance de l'anurie, survenue d'une coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD), psychose puerpérale.

La guérison ne survient souvent qu'après la mort du fœtus ou l'évacuation utérine.

L'éclampsie demeure une cause importante de la mortalité maternelle.

4 -2- Hématome rétro placentaire

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère vaginale et pouvant même la dépasser.

La lésion constante consiste à un décollement du placenta de la paroi utérine formant une cupule sur la face utérine de l'organe.

Contrairement à l'éclampsie, le début est brutal sans prodrome, la douleur abdominale est persistante sous forme de crampe.

L'hémorragie externe est d'abondance variable, modérée, quelque fois minime faite de caillots noirs; sa quantité n'est pas en rapport avec l'atteinte de l'état général.

L'utérus, siège d'une hémorragie interne est dur comme le bois. C'est là le signe essentiel. La période d'état se caractérise par une triade symptomatique: dureté ligneuse de l'utérus, mort du fœtus, signes vasculo-rénaux.

L'évolution peut se faire vers l'aggravation du tableau avec choc et la mort peut survenir.

Deux conséquences redoutables peuvent apparaître:

- L'hémorragie par afibrinogénémié
- La nécrose corticale (dans les suites de couches)

5. LA GROSSESSE EXTRA UTERINE

Il s'agit de la nidation et du développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Sa fréquence dans les pays industrialisés a doublé depuis 20 ans (1 à 2 % des grossesses). Il s'agit d'une cause importante de

mortalité maternelle du premier trimestre de la grossesse et ses conséquences sur la fertilité sont redoutables. [14]

La triade aménorrhée secondaire plus douleurs pelviennes plus métrorragie doit faire évoquer une gestation extra utérine. La rupture de cette dernière entraîne un hémopéritoine aigu dont l'évolution se fait vers le décès par hémorragie cataclysmique et pour lequel la laparotomie s'impose sans retard.

6. LES AVORTEMENTS

C'est l'expulsion du fœtus avant le cent quatre vingtième jour de la grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et se développer. [46]

On distingue trois sortes d'avortements:

- L'avortement spontané: c'est celui qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire.
- L'avortement provoqué: C'est celui qui survient à la suite des manœuvres, entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse. Il est le plus périlleux car se fait de façon clandestine et dans de très mauvaises conditions. Les complications vont d'une simple infection à une stérilité secondaire et aux chocs septicémique et ou hémorragique.
- L'avortement thérapeutique: c'est un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse est censée lui faire courir.

7. LES ANEMIES

Toutes les formes d'anémies peuvent être observées chez la femme enceinte; elle est le plus souvent antérieure à la grossesse. Cette dernière augmente les besoins en fer.

Le fer est nécessaire au développement du fœtus, et à la compensation de la perte de sang physiologique de la délivrance. La grossesse n'entraîne pas d'hyposidérose sauf si les réserves de fer sont insuffisantes, dues à des vomissements prolongés, des troubles de l'ionisation du fer ou lorsque les grossesses sont trop rapprochées ou que les accouchements précédents se sont accompagnés d'hémorragies importantes ; de polyparasitoses plus particulièrement le paludisme et la malnutrition.

8. LA DREPANOCYTOSE

C'est une maladie héréditaire dont les manifestations cliniques ne s'observent couramment que dans les formes homozygotes. Elle est due à la présence d'hématies falciformes sous basse tension d'oxygène, et d'hémoglobine anormale dite hémoglobine « s » décelé par l'électrophorèse.

Cette pathologie est aggravée avec la grossesse qui accroît la fréquence des complications: crises de douleurs abdominales, osseuses, anémies sévères, accidents thromboemboliques, les infections, particulièrement dans les suites de couches.

L'influence de la maladie sur l'évolution de la grossesse est également très défavorable. Les interruptions prématurées de la grossesse, les mortalités périnatales et maternelles sont fréquentes.

9. LES PATHOLOGIES DES SUITES DE COUCHES

9-1 Les infections puerpérales

L'infection puerpérale est celle qui survient dans les suites de couches et qui a en général, pour porte d'entrée les voies génitales, plus précisément la surface placentaire. Les circonstances favorisant l'infection puerpérale sont diverses:

- La durée du travail, surtout lorsque celui-ci s'est compliqué d'infection amniotique ;
- Les hémorragies survenues pendant la grossesse, le travail ou la délivrance;
- L'attrition locale des tissus, les contusions ou déchirures des voies génitales, leur infection secondaire.

Le germe en cause est généralement le streptocoque [46]. L'infection peut être locale, régionale ou générale.

- Les infections utérines:(endométrites puerpérales). Le quatrième jour qui suit l'accouchement, des signes généraux apparaissent: céphalées, fatigue, fièvre ; les lochies deviennent fétides, quelque fois purulentes, l'involution utérine se fait mal. L'utérus devient gros, mou, douloureux à la palpation; les annexes sont sensibles. Les signes disparaissent en quelques jours sous l'effet des antibiotiques.
- Les péritonites puerpérales vraies. Elles s'installent peu à peu. Leur pronostic est plus grave que celui de la septicémie.
- La septicémie: C'est l'infection généralisée. La septicémie à streptocoque débute vers le troisième jour des suites de couches. Elle peut être due à d'autres germes, en particulier à des bacilles gram négatifs, au perfringens. La septicémie est beaucoup plus rare après l'accouchement qu'après l'avortement.

9-2 - Les phlébites puerpérales

Ce sont des thromboses qui intéressent principalement les troncs veineux profonds des membres inférieurs et ceux du bassin. Le qualificatif de « puerpérales » en précise l'origine obstétricale et les situe dans le temps: elles surviennent dans les suites de couches.

9-3 - Les hémorragies des suites de couches

Sous ce nom on décrit les hémorragies utérines, distinctes des pertes de sang physiologiques, qui surviennent du deuxième au trentième jour des suites de couches.

Elles peuvent avoir pour cause :

- la rétention ovulaire
- l'infection utérine
- l'inertie utérine

Les antibiotiques constituent la base du traitement médical. Les transfusions sont parfois nécessaires. Le traitement martial est toujours indiqué.

On a recours au traitement intra utérin quand la rétention cotylédonaire est évidente.

METHODOLOGIA

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynéco/Obstétrique du C.H.U du Point G.

L'Hôpital du Point G a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 juillet 2002.

Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville, face à la colline de Koulouba, et il reçoit beaucoup de parturientes référées.

Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une pour le service de Gynécologie Obstétrique.

Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

Le service de Gynécologie Obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français, puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- 1970 : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- 1970-1972 : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972-1975 : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- 1975-1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978-1983 : Docteur Colomard (chirurgien français) ;

- 1984-1985 : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985-1986 : Docteur Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2001-2003 : Docteur Niani Mounkoro (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2003 à nos jours : Docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) ; qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

Le personnel du service de gynécologie obstétrique se compose de 36 agents dont :

- 2 gynécologues obstétriciens
- 1 médecin généraliste
- 10 sages femmes
- 3 techniciens supérieurs de santé dont deux au bloc
- 3 techniciens de santé
- 2 aides soignantes
- 7 garçons de salle dont 3 au bloc opératoire

Le personnel assure :

- trois jours de consultation externe par semaine
- Quatre jours d'interventions chirurgicales par semaine
- Une garde quotidienne assurée par une équipe comprenant :
Un médecin, deux étudiants hospitaliers, une sage-femme, une aide soignante, un technicien supérieur en anesthésie.
- deux jours de consultations prénatales
- une visite générale des malades tous les jours
- deux jours de planning familial
- un jour pour le dépistage du cancer du col.

La journée commence par le staff dirigé par le chef de service ou l'un de ses assistants. Il a pour but de discuter des dossiers des malades reçu pendant la garde. En effet le service de gynéco-obstétrique du point G est actuellement en pleine restructuration pour faire face à sa mission.

En effet, en plus des activités de routines à savoir la prise en charge des urgences gynéco-obstétrique et des affections gynécologiques courantes souvent évacuées des structures du District et de l'intérieur du pays, les activités de 3^e référence programmées sont en voies de réalisation avec l'appui de la direction générale conformément à l'organigramme élaboré sous la direction du Dr Bouraïma MAÏGA chef de service.

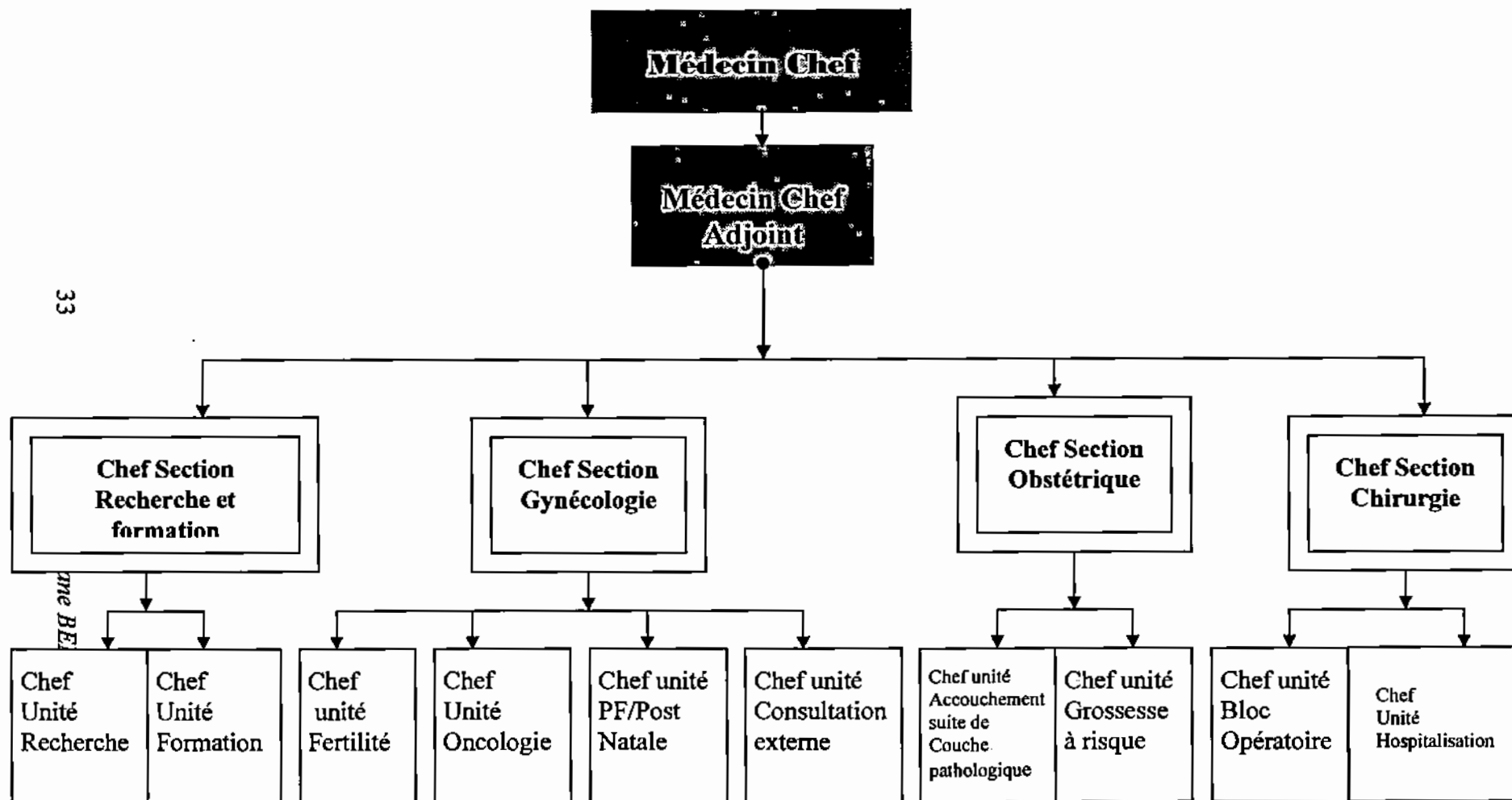
Cet organigramme prévoit la mise en place

- d'une unité de procréation médicalement assistée (PMA) en collaboration avec l'INSRP.
- d'une unité de cœliochirurgie.
- d'une unité d'oncologie gynécologique.

Il existe un organigramme de fonction se présentant comme suit :

(Voire page suivante)

**ORGANIGRAMME DE FONCTION
DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
DU CHU DU POINT-G**



Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective cas-témoin visant à rechercher les facteurs de risque associés aux décès maternels enregistrés dans le service de Gynécologie Obstétrique du C H U du Point G du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2007. Nous avons pris un cas pour deux témoins.

2. Période d'étude

L'étude s'est étendue sur une période de 3 ans allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2007.

3. Population d'étude

Toutes les femmes ayant été prises en charge pendant la gravidopuerpéralité.

4. Echantillonnage:

Nous avons retenu 51 cas répondant à nos critères et 102 témoins

❖ Critère d'inclusion :

- Cas: toute femme décédée dans le service pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les suites de couches.
- Témoin: toute femme vivante après l'accouchement, enregistrée dans le service, ayant le même âge, la même parité, et ayant accouché soit le même mois, soit un mois avant ou après.

❖ Critère de non inclusion:

- Toute femme décédée pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches en dehors du service.
- Toute femme décédée dans le service en dehors de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

❖ Critère de jugement:

Décès maternel répondant à la définition de l'O.M.S.

5. Collecte des données

Le recueil des données a été réalisé sur deux questionnaires différents pour le cas et pour le témoin, à partir de :

- Partogramme
- Registres de référence
- Registres et dossiers de décès maternels

6. Traitement et analyse des données

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Office Word 2003 sur Windows XP professionnel service Pack 2.

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS 12.0.

Le test statistique utilisé a été le test de Chi². Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

RÉSULTATS

FREQUENCE DE LA MORTALITE MATERNELLE

TABLEAU I : Répartition de la mortalité maternelle en fonction de l'année

Année	Nombre de naissances vivantes	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle pour 100.000 NV
2005	1043	7	671.14
2006	1071	19	1774.04
2007	1202	25	2079.87

Le taux le plus élevé a été retrouvé en 2007 soit 2079.87 décès pour 100000NV.

Tableau II : Fréquence annuelle de la mortalité maternelle

Année	Nombre total d'accouchements	Nombre de décès maternels	Décès maternel Nombre total d'accouchements (%)
2005	1150	7	0,6087
2006	1192	19	1,5939
2007	1352	25	1,8491

Le taux le plus élevé a été retrouvé en 2007 soit 1,8491%.

B. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

TABLEAU III : Répartition des patientes par tranches d'âge

Tranches d'âge	Cas		Témoin	
	eff	Pourcentage (%)	Eff	pourcentage (%)
15 - 19 ans	17	33	34	33
20 - 25 ans	15	29	30	29
26 - 30 ans	5	10	10	10
31 - 36 ans	4	8	8	8
37 - 42 ans	9	18	18	18
43 - 45 ans	1	2	2	2
Total	51	100	102	100

Les femmes âgées de 15 -19 ans sont les plus représentées soit 33 %.

Age moyen = 30 ans $\text{Chi}^2 = 1,98$; $p = 0,1593$

TABLEAU IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	Eff	pourcentage %
Mariée	44	86	85	83
Célibataire	7	14	17	17
Total	51	100	102	100,0

Les femmes mariées sont les plus représentées avec 86% chez les cas et 83 % chez les témoins.

$\text{Chi}^2 = 0.22$ $p = 0.6372$

TABLEAU V : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	Eff	pourcentage %
Commune I	2	4	8	8
Commune II	0	0	5	5
Commune III	1	2	54	53
Commune IV	4	8	4	4
Commune V	9	17	5	5
Commune VI	6	12	6	6
Hors district	29	57	20	19
Total	51	100	102	100

Les femmes résidant hors du district de Bamako sont les plus représentées avec 57 % chez les cas.

Chi² = 35,88 ; p = 0,0000

TABLEAU VI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	Eff	pourcentage %
Nullipare	6	12	0	0
Primipare (P1)	16	31	44	43
Paucipare (P2, P3)	13	25	26	25
Multipare (P4 - P6)	5	10	10	10
Grande multipare (> P6)	11	22	22	22
Total	51	100	102	100

Les primipares dominant soit 31% des cas et 43% des témoins.

Chi² = 6,47 ; p = 0,0110

TABLEAU XII : Répartition des patientes selon le support de référence

Support	Cas		Témoin	
	Eff	pourcentage %	eff	pourcentage %
Aucun	13	27	1	5
Fiche d'évacuation	32	67	7	35
Partogramme	1	2	1	5
Partogramme +Fiche	2	4	11	55
Total	48	100	20	100

13 % des Cas avaient été évacuées sans support contre 5 % des Témoins.
 $\text{Chi}^2 = 1.94$ $p = 0.1634$

TABLEAU XIII: Répartition des patientes selon les moyens de transport utilisés.

Moyens de transport	Cas	
	eff absolu	pourcentage %
Ambulance	30	61
Taxi	10	21
Voiture personnelle	6	12
Transport en commun	3	6
Total	49	100

L'ambulance était le moyen de transport le plus utilisé avec 61%.

TABLEAU XIV : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation.

Motif	Cas	
	eff absolu	pourcentage %
Hémorragie	13	27
Anémie	13	27
Eclampsie	9	18
HTA	2	4
Dyspnée sur grossesse	2	4
Péritonite	2	4
Coma	2	4
Cardiopathie sur grossesse	2	4
Infection	1	2
O. A. P.	1	2
Mort in utero	1	2
Etat général altéré	1	2
Total	49	100

L'hémorragie et l'anémie ont été les principaux motifs de référence/évacuation avec 13 cas soit 27%.

TABLEAU XV: Répartition des patientes selon la durée de l'évacuation.

Durée	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	Eff	pourcentage %
Moins d'une heure	4	9	12	60
Entre 1 et 5 heures	18	38	7	35
6 et 10 heures	25	53	1	5
Total	47	100	20	100

Chez 9% des cas et 60% des témoins il s'était écoulé moins d'une heure entre l'évacuation et l'arrivée dans le service de Gynécologie Obstétrique du C H U du Point G.

TABLEAU XVI : Répartition des patientes selon la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu au C.H.U. du Point G.

Concordance	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	eff	pourcentage %
Oui	36	75	7	44
Non	12	25	9	56
Total	48	100	16	100

La concordance n'existait pas chez 25 % des cas contre 56 % des témoins.

$$\text{Chi}^2 = 5.01 \quad p = 0.0252$$

TABLEAU XVIIa : Répartition des patientes selon l'existence des thérapeutiques effectuées avant l'évacuation.

Existence	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	Eff	pourcentage %
Oui	10	21	7	44
Non	38	79	9	56
Total	48	100	16	100

79 % des cas contre 56 % des témoins n'avaient reçu aucune thérapeutique avant l'évacuation.

$$\text{Chi}^2 = 7.45 \quad p = 0.0063$$

TABLEAU XVIIb : Répartition des patientes en fonction des gestes effectués avant l'évacuation.

Gestes	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	eff	pourcentage %
Voie veineuse	4	40	1	14
Groupage/rhésus	3	30	2	29
Hématocrite	2	20	1	14
Voie veineuse + groupage/rhésus	1	10	3	43
Total	10	100	7	100

43% des Cas et 10% des Témoins avaient bénéficié d'une voie veineuse et un groupage/rhésus avant l'évacuation.

TABLEAU XVIII : Répartition des patientes selon l'existence d'anomalies de la présentation

Anomalies de la présentation	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	Eff	pourcentage %
Oui	1	2	2	2
Non	42	98	100	98
Total	43	100	102	100

Les anomalies de la présentation étaient présentes chez 2 % des Cas et des Témoins.

Cas : présentation du front(1) ; Témoin : présentation transverse(2).

TABLEAU XIX : Répartition des patientes selon la taille

Taille	Cas		Témoin	
	Eff	pourcentage %	Eff	Pourcentage %
Inférieure ou égale à 1,50 m	1	2	2	2
Supérieure à 1,50 m	50	98	100	98
Total	51	100	102	100

98 % des Cas et des Témoins avaient une taille supérieure à 1,50 m.

TABLEAU XX : Répartition des patientes selon l'état de conscience à l'entrée

Etat de conscience	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	Eff	pourcentage %
Conservé	26	51	99	97
Obnubilation	8	16	2	2
Coma	17	33	1	1
Total	51	100	102	100

33 % des Cas contre 1 % des Témoins nous étaient arrivés dans un état comateux.

Chi² = 48.28 p = 0.0000

TABLEAU XXI : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement

Lieu	Cas	
	Eff	pourcentage %
C. H. U. du POINT G	20	71
C. S. Réf de Kati	2	8
C. S. Réf C V	1	3.5
C. S. Réf C VI	1	3.5
C.S. Réf Kangaba	1	3.5
Domicile	1	3.5
Ambulance	1	3.5
Voiture	1	3.5
Total	28	100

71 % des patientes avaient accouché au C. H. U. du Point G.

TABLEAU XXII : Répartition des patientes selon le mode d'expulsion du produit de conception.

Mode d'expulsion	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	eff	pourcentage %
Voie basse spontanée	11	39	98	96
Instrumental	0	0	2	2
Césarienne	15	54	2	2
I.V.G.	2	7	0	0
Total	28	100	102	100

54 % des Cas avaient accouché par césarienne et 96 % des Témoins avaient accouché par voie basse spontanée.

Chi² de Yate's = 31.28 p = 0.0000

CAUSES

TABLEAU XXIII : Répartition des patientes selon la température à l'entrée.

Température	Cas		Témoin	
	Eff	pourcentage %	Eff	Pourcentage %
Inférieure ou égale à 37,5°	39	76.5	100	98
Supérieure ou égale à 38°	12	23.5	2	2
Total	51	100	102	100

23,5 % des Cas contre 2 % des Témoins avaient une fièvre à l'entrée.

Chi² de Yate's = 16.52 p = 0.0000

TABLEAU XXIV : Répartition des patientes selon les chiffres tensionnels à l'entrée

Tension artérielle	Cas		Témoin	
	eff	pourcentage %	eff	pourcentage %
Inférieure à 14/9	38	74.5	90	88
Supérieure ou égale à 14/9	13	25.5	12	12
Total	51	100	102	100

25.5% des Cas contre 12% des Témoins avaient une tension artérielle supérieure ou égale à 14/9 à l'entrée.

Chi² = 4.69 p = 0.0304 ;

TABLEAU XXV : Répartition des patientes selon l'existence de l'hémorragie à l'entrée

Hémorragie à l'entrée	Cas		Témoin	
	eff	Pourcentage %	Eff	Pourcentage %
Oui	16	31	3	3
Non	35	69	99	97
Total	51	100	102	100

31% des Cas contre 3 % des Témoins présentaient une hémorragie à l'entrée.

Chi² = 25.27 p = 0.0000

TABLEAU XXVI : Répartition des patientes selon l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie de l'hémorragie	Effectif absolu	Pourcentage
H.R.P.	7	37
Hémorragie de la délivrance	4	21
G.E.U.	3	15
Déchirure col et/ou vagin	2	10
Grossesse molaire	1	5
I.V.G.	1	5
Rétention placentaire	1	5
Total	19	100

La principale cause d'hémorragie a été l'H.R.P.

TABLEAU XXVII : Répartition des patientes selon la durée du séjour dans le service de Gynéco/Obstétrique du C. H. U. du Point G.

Durée du séjour	Cas	
	Eff	Pourcentage %
Moins de 1 Heure	17	33
Entre 1 et 2 Heures	10	19
Entre 3 et 6 Heures	6	12
Entre 7 et 12 Heures	6	12
13 - 24 Heures	4	8
25 - 48 heures	3	6
49 - 72 heures	3	6
73 heures à 7 jours	2	4
Total	51	100

33 % des patientes sont décédées à moins d'une heure après leur admission.

TABLEAU XXVIII : Répartition des patientes selon la période du décès

Période du décès	Cas	
	Eff	pourcentage %
Ante partum	19	37
Per partum	3	6
Post partum	29	57
Total	51	100

57 % des décès sont survenus dans le post partum.

TABLEAU XXIXa : Répartition des patientes selon les causes des décès

Causes	Effectif absolu	Pourcentage %
Hémorragie	15	29
Anémie	12	23
Infection	8	16
Eclampsie & H.T.A.	8	16
Insuffisance cardiaque	2	4
Arrêt cardiaque	2	4
Paludisme	1	2
VIH & SIDA	1	2
Insuffisance rénale aigue post abortum	1	2
Accident vasculo-cérébral	1	2
Total	51	100

L'hémorragie a constitué la principale cause de décès avec 29 %.

Infection : choc septique post endométrite (6) ; choc septique post abortum (2).

Tableau XXIXb : Répartition des patientes selon les causes directes et indirectes de décès

Causes	Effectif absolu	Pourcentage %
Directes	35	69
Indirectes	16	31
Total	51	100

Les causes directes représentent 69 %.

Causes directes : Hémorragie (29%) ; Infection (16) ;

Eclampsie & HTA (16) ; Arrêt cardiaque (4) ; Insuffisance rénale aiguë post abortum (2) ; Accident vasculo-cérébral (2).

Tableau XXXa : Répartition des patientes selon la nécessité de transfusion à l'admission

Nécessité de transfusion	Effectif absolu	Pourcentage %
Oui	27	52
Non	24	48
Total	51	100

Il y'avait la nécessité de transfusion chez 52% des patientes à l'admission

Tableau XXXb : Répartition des patientes selon le nombre d'unités de sang transfusées.

Unité de sang	Effectif absolu	Pourcentage %
Deux	5	18
Un	8	30
Aucune	14	52
Total	27	100

Aucune transfusion n'a pu être faite chez 52% des patientes.

DISCUSSION



COMMENTAIRES

L'étude de la mortalité maternelle dans un service de gynécologie obstétrique est une exigence prioritaire, tant il est vrai que c'est par l'analyse rigoureuse des causes et facteurs de risque de cette mortalité, qu'on parviendra à instituer les bases d'une prophylaxie rationnelle et efficace.

Les limites de notre étude sont celles d'une étude rétrospective et prospective sur dossiers remplis en urgence, où certaines variables ne figurent pas ; cependant on peut en tirer des renseignements précieux pour orienter la lutte contre la mortalité maternelle.

I. FREQUENCE DE LA MORTALITE MATERNELLE.

Le taux de mortalité maternelle pour la période d'étude est de 1508.35 décès pour 100.000 NV. Ce taux est supérieur à celui du Mali qui est de 464 décès pour 100.000 naissances vivantes selon EDS IV 2006. [17]. Celui retrouvé par Danièle épouse Simnoué était de 562.92 décès pour 100000 NV [11]. Maguiraga avait eu 808,62 décès pour 100.000 NV. [33] Celui retrouvé au centre hospitalier national de Ouagadougou est 2 fois supérieur au nôtre [31] : 4110 pour 100.000 NV.

Au Ghana on trouve 1077 pour 100.000 NV [21].

A Abidjan, le rapport de mortalité maternelle mesuré rétrospectivement à partir des registres des établissements de santé (1989-1992), variait entre 234 et 260 pour 100.000 NV [2]

A noter que dans un même pays, ce rapport est variable selon qu'on se trouve en zone urbaine ou en zone rurale avec une fréquence plus élevée en zone rurale. [48]

II. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTES

a. L'âge

La tranche [15-19 ans] était la plus touchée avec 17 Cas, soit 33% ; valeur statistique non significative ; $p= 0.1593$.

Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de suivi de la grossesse, la négligence, les conditions socio économiques. Dans les études de Danièle épouse Simnoué [11] de Maguiraga [33], l'immaturation du bassin était le principal facteur.

Une étude faite au C.H.U de Cocody en Côte-d'Ivoire a montré une incidence de la mortalité maternelle chez les adolescentes égale à 3326,2 pour 100.000 NV [14]. La revue de la littérature montre que l'extrême jeunesse représente un risque de décès maternel [31, 35, 12].

Certains auteurs pensent plutôt que c'est l'âge avancé qui constitue un facteur de risque [10].

b. La parité

Les primipares étaient les plus touchées avec 16 Cas suivies des multipares soit 31% ; valeur statistique non significative ; $p= 0.110$

Ceci pourrait être dû au mariage précoce.

Nos résultats sont différents de ceux de Danièle épouse Simnoué [11] qui trouve 55% chez les paucipares et 23.8% de nullipares.

Il en est de même pour Dravé [16] et Coulibaly F. [9].

Chez Maguiraga [33], les nullipares avaient le plus succombé avec 25%.

Par contre d'autres études ont révélé que ce sont les parités extrêmes qui sont les plus frappées [12, 31, 33, 34].

A. L'intervalle inter-général

Chez les Cas comme chez les Témoins, la majorité des femmes avaient un intervalle inter-général strictement inférieur à 2 ans, valeur statistique significative ; $p= 0.0130$.

III. CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE DE LA MORTALITE MATERNELLE

❖ Facteurs de risque

a) Les consultations prénatales

65 % des femmes décédées n'avaient pas fait de C.P.N ; valeur statistique significative ; **p= 0.0001.**

Nos résultats sont en concordance avec ceux de Drave A. [16], Koné S. [30] et Maguiraga M. [33] qui ont trouvé respectivement que 61%, 83,3% et 53,3% des femmes décédées n'avaient pas fait de C.P.N.

Par contre, dans l'étude de Danièle épouse Simnoué [11], 60% des femmes décédées avaient fait des C.P.N.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les soins prénataux de qualité réduisent dans une large proportion le taux de gestantes qui meurent au cours de la gravido-puerpéralité [30, 12,37].

b) Le type d'admission

94% des patientes décédées étaient évacuées, soit 48 Cas ; valeur statistique significative ; **p= 0.0184.**

Danièle épouse Simnoué [11], Maguiraga [33], Diallo F.B. et coll. [12], Lankoandé et coll. [31] ont trouvé que la majorité des femmes décédées avaient été évacuées. L'évacuation constitue donc un facteur péjoratif.

c) Temps écoulé entre l'évacuation et l'arrivée dans le service

Pour 53% des patientes il s'était écoulé 6 à 10 heures entre la prise de décision d'évacuation et l'arrivée dans le service; c'est pourquoi nous pensons que la référence/évacuation tardive est un facteur de risque important de la mortalité maternelle.

d) Concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic à l'entrée

Dans 25% des cas le motif de référence ne concordait pas avec le diagnostic trouvé dans le service de Gynéco/Obstétrique du C.H.U du Point G ; valeur statistique significative ; **p= 0.0252**.

Ceci pourrait s'expliquer par l'insuffisance de qualification de certains agents de santé.

Danièle épouse Simnoué [11], Leke R.J. [32] et Diallo M.S. [13] sont du même avis que nous.

❖ Causes

a. L'hémorragie

Elle occupe le premier rang des causes de décès maternels dans notre série avec 29% des cas ; L'hématome rétro placentaire est la première cause d'hémorragie avec 7 cas, soit 37% des causes d'hémorragie ; valeur statistique significative ; **p= 0.0000**.

Elle revêt un caractère spécial dans notre contexte puisque la majorité de nos femmes souffre d'anémie. Mais le personnel médical pourrait aussi être mis en cause par la qualité des C.P.N faites au cours des grossesses. Nos résultats sont comparables à ceux de Danièle [11] et Maguiraga [33] ; chez qui l'hémorragie a occupé le premier rang avec respectivement 36.9% et 41,1%.

Il en est de même dans la revue de la littérature [25, 35, 31, 1].

Chez Drave A. [16] et Lankoandé et coll. [31]; elle occupait le deuxième rang.

Pour Mariam S. elle a occupé le troisième rang. [49]

b. L'anémie

Elle a occupé le deuxième rang des causes de décès maternels avec 23% des cas. Notre étude reflète la pénurie de plus en plus importante des donneurs de sang.

Très souvent faute de sang, les femmes accouchent avec des taux d'hémoglobine inférieurs à 8g /dl. C'est pourquoi la Gestion Active du Troisième Stade du travail (GATS) a été instaurée dans le service afin de réduire les pertes sanguines de la délivrance.

Elle a occupé le troisième rang chez Danièle [11] avec 15.6%. Il en a été de même dans une étude faite à Djibouti [43]; Maguiraga [33] l'a classée au cinquième rang avec 6,7%.

c. L'infection

Elle occupe le troisième rang des causes de décès dans notre série avec 8 cas, soit 16% ; valeur statistique significative ; **p= 0.0000**.

La majorité des infections de notre série était constituée par des chocs septiques suite à des endométrites ou des avortements provoqués clandestins. A peu près 95% des avortements à risque ont lieu dans des pays en voie de développement entraînant chaque jour la mort de plus de 200 femmes [39].

Nos résultats sont différents de ceux de Danièle épouse Simnoué [11] où elle a occupé le deuxième rang avec 19.4%. Pour Drave A. [16] elle a occupé le premier rang avec 42,72%.

d. L'éclampsie et l'H.T.A

Elles constituent la quatrième cause de décès maternels dans le service avec 16% des causes de décès ; valeur statistique significative ;

p= 0.0304.

L'association H.T.A et grossesse est toujours dangereuse et tue encore malgré les progrès réalisés dans le domaine de la réanimation.

Nos résultats sont comparables à ceux de Danièle épouse Simnoué [11].

Dans deux études faites à Conakry et à Bamako, la pathologie hypertensive de la grossesse a représenté la première cause de mort maternelle avec respectivement 21% et 26% [19].

Selon l'OMS, l'éclampsie provoquerait 50.000 décès maternels par an dans le monde [36].

e. La durée du séjour dans le service

33% soit 17 femmes décédées avaient séjourné moins de 1 heure dans le service de Gynéco/Obstétrique du C.H.U du Point G. Danièle épouse Simnoué [11] a eu un résultat semblable au nôtre.

Lankoandé et coll. [31] ont trouvé 71,5%. Drave A. [16] avait trouvé 54,36 %.

Ceci pourrait s'expliquer par l'état déjà moribond dans lequel les femmes nous arrivent.

d. Période de décès

29 cas, soit 57% sont décédées dans le post partum. Danièle épouse Simnoué [11]; Diallo F.B. et coll. [12] ont retrouvé 73.7%.

Hussain [27], Drave A. [16] et Jagdish C. Bathia [26] ont également retrouvé que la majorité des décès se produisait dans le post partum.

Ceci pourrait s'expliquer par l'absence ou l'insuffisance de soins dans le post partum.

CONCLUSION

&

RECOMMENDATIONS

CONCLUSION

Le décès d'une mère pendant la grossesse ou l'accouchement est une tragédie humaine tant au niveau individuel qu'aux niveaux familial et social.

L'étude rétro et prospective de la mortalité maternelle dans le service de gynéco/obstétrique du C.H.U du Point G nous a permis d'avoir un aperçu général sur les causes et facteurs de risque connus et d'analyser le rôle joué par la référence ou l'évacuation dans la mortalité maternelle.

Nous avons colligé 51 décès maternels sur la période d'étude.

Les principales causes sont celles retrouvées par la plupart des auteurs africains (hémorragie, infection, anémie). La plupart des décès liés à ces causes sont évitables.

Ce travail fait ressortir une augmentation du taux de mortalité maternelle dans le service : 2079.87 décès pour 100.000 NV en 2007 contre 671.14 pour 100.000 NV en 2005.

Néanmoins nous avons observé une grande augmentation du taux de décès par anémie, due à la pénurie croissante de sang.

Nous avons également noté un taux élevé de décès chez les femmes ayant fait des CPN, ce qui remet en doute la qualité de ces dernières.

Le drame de la mortalité maternelle pourrait être réduit considérablement par les efforts conjugués des populations, des prestataires de services de santé et des pouvoirs publics ; c'est pourquoi nous formulerons quelques recommandations.

RECOMMANDATIONS

1) A l'adresse de la population :

- Eviter les pratiques coutumières néfastes: le mariage précoce, les mutilations sexuelles telles que l'excision.
- Scolariser les filles.
- Eviter les accouchements à domicile
- Aller assidûment aux CPN, tout en respectant les prescriptions faites pendant ces dernières.
- Aller aux consultations post-natales afin que les problèmes existants soient décelés tôt par le personnel et pris en charge de façon adéquate. Espacer les naissances en respectant un minimum d'au moins deux ans entre deux grossesses.

2) Aux prestataires de service de santé

- Utiliser de façon adéquate le partogramme.
- Assurer un meilleur système d'évacuation en posant les gestes élémentaires nécessaires avant celle-ci, tel que la prise d'une voie veineuse sûre et efficace en cas d'hémorragie.
- Assurer une bonne qualité des CPN par un bon accueil et une bonne sensibilisation des femmes par rapport à l'utilité de respecter les prescriptions faites pendant ces dernières.
- Mettre au point et utiliser des protocoles de prise en charge des cas pour les urgences obstétricales adaptés à chaque niveau de la pyramide sanitaire et contrôler l'application des normes de la pratique obstétricale dans les maternités.

3) Aux autorités sanitaires

- Procéder à un recyclage régulier et à la formation continue du personnel de santé (accoucheuses traditionnelles, matrones, infirmières obstétriciennes, sages-femmes, médecins) pour un meilleur suivi des consultations prénatales et de la parturition.
- Promouvoir une action rigoureuse de sensibilisation des populations par le personnel qualifié, les médias, les élites locales pour une meilleure adhésion aux consultations prénatales et à la planification familiale.
- Investir une grande partie du budget national dans la santé de la mère et de l'enfant.
- Garantir l'accès à des soins appropriés au cours de la grossesse et de l'accouchement en créant des maternités chirurgicales de relais.
- Renforcer les campagnes de sensibilisation pour le don de sang et instaurer des minis banques de sang dans toutes les structures sanitaires à partir du deuxième niveau de la pyramide sanitaire, tout en assurant la sécurité transfusionnelle.

RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Akpadza K. et coll.

La mortalité maternelle au CHU de Tokoin, Lomé de 1990 à 1992
Revue française de gynécologie obstétrique, 1994, 89, 2, 81-85.

2. Anonyme :

Recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle dans
l'agglomération urbaine d'Abidjan (Côte-d'Ivoire)
SMI - France 1993, 27p.

3. Bouissou R.

Histoire de la médecine
Encyclopédie Larousse, page 311

4. Bouvier Colle M.H

La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale. L'enfant
en milieu tropical, 1990. P. 187-188

5. Bouvier Colle -MH.

Mortalité maternelle.
Encyclopédie médico-chirurgicale, obstétrique, 5-082-D-10, 2001, 9 p.

6. Bureau de l'information, communiqué de presse; 28 octobre 1999

Publication par les organisations des Nations Unies, d'une déclaration
commune sur la réduction de la mortalité maternelle.

7. Campbell O. & Ronsmans C.

Verbal autopsies for maternal deaths. London School of hygiene and
tropical medicine. WHO / FHE / MSM / 95.15. Geneva

8. Cantrelle P., Thonneau P & Touré B.

Mortalité maternelle : deux études communautaires en Guinée
Les données Ceped 1992, N°20, Paris, 1992 ; 43p.

9. Coulibaly F.

Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako. A propos de 25 études de cas cliniques.

Thèse Médecine, Bamako 1995, 95p. N°40

10. D. Luton / O. Sibony :

Préparation au concours d'internat, gynécologie et obstétrique ; Ellipses.

11. Danièle, Epouse Simnoué.

Etude de la mortalité maternelle au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 160 cas.

Thèse Médecine, Bamako 2004, 77p. N° 27.

**12. DGS / Bureau de la qualité des pratiques : 8, avenue de Ségur
75007 Paris**

Le point sur la mortalité maternelle. Juillet 2001

13. Diallo F.B, Diallo A.B., Diallo Y., Goma O., Camara Y., Clissé M., Diallo M.S.

Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie.

Médecine d'Afrique Noire 1998, 45 (12)

14. Diallo MS., Diallo A.B., Diallo M.L., Touré B., Keïta N., Condé M., Bah M.D., Correa P.

Caractéristiques de la mortalité maternelle dans les pays en développement : situation africaine et stratégie de prévention.

A.f. Med.1991, 30(289): 1345-350

15. Djanhan Y., Kodjo R., Goudo D., Abauleth YR., Kesse MA. Habarugina P., Barry A., Bohoussou K.M.

La mortalité maternelle chez les adolescentes au CHU de Cocody (Abidjan). Médecine d'Afrique Noire 42 (5) : 282-284, 1995

16. Drave A.

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G

Thèse médecine 1996 N°39

17. E.D.S Mali IV, 2006

Rapport de synthèse.

18. Elizabeth Goodburn, Oona Campbell

British medical Journal April 2001

N° 322 p.917-920, Site : www.bmj.com

19. Etard J.F. Kodio B. & Traoré S.

Assessment of maternal mortality and late maternal mortality among a cohort of pregnant women in Bamako, Mali.

BJOG 1999 ; 106 : 60-5

20. Family Care International (FCI) et le groupe inter-organisation (IAG)

Maternité sans risque.

E-mail : smi10@familycareintl.org

21. Geelhoed DW., Visser LE., Asarek, Schagen Van Leuwen JH., Van Roosmalen J.

Trends in maternal mortality: a 13- year hospital based in rural Ghana.

Eur J Obstet.gynaecol Reprod Biol 2003 April 25; 107

22. Goïta O.

Epidémiologie de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement dans le cercle de Douentza (Mopti)

Thèse Médecine, Bamako ; 1992 N°38

23. Greenwood AM. Bradley AK. & Byass P.

Evaluation of a primary health care program in the Gambia.

The impact of trained traditional birth attendants on the outcome of pregnancy.

J. Trop. Med. Hyg. 1990 ; 93 : 58-66

24. Hussain F., Bhuiyan AB, Haqueya, Flora MS.

Verbal autopsy for maternal death.

Dept of obstetrics & Gynaecology, Dhaka Medical College, Dhaka.

Bangladesh Med Rescounc Bull 2002 April; 28(1): 45

25. Jafarey SN.

National committee for maternal health and department of obstetrics and Gynaecology, Ziauddin Medical University, Karachi

Maternal mortality in Pakistan – compilation of available

26. Jagdish C. Bathia

Réalités de la mortalité maternelle en Inde

Maternité sans risque.

Forum mondial de la santé ; 1990 ; volume 11 N°2

27. Journal du médecin N°1235 - vendredi 14 janvier 2000

Thierry GOORDEN

La semaine mondiale de sensibilisation de la population: sauvons des vies de femmes.

28. Kodio B.

Niveaux, causes et facteurs de risque de la mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal 1984-1998

Thèse médecine : Université Victor Segalen Bordeaux 2 ; 2001

29. Koudjou TAKOUGOUM, Laurès Blaise

Etude de la mortalité maternelle dans les services de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation du CHU du Point G à propos de 73 cas.

Thèse médecine Bamako, FMPOS : 2008 ; N° 521.

30. Koné S.

Etude de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerpéralité dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital régional de Ségou de Janvier 1993 à Décembre 1998. / Thèse médecine Bamako 1999, N°63

31. Lankoandé J., Ouedrogo CH., Touré B., Ouedraogo A., Dao B., Koné B.

La mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou (BURKINA Faso) à propos de 123 colligés en 1995.

Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (3)

32. Leke R.J.

Out come of pregnancy and delivery at the centre maternity of the central hospital of Yaoundé

Ann. Univ. Sc, santé Yaoundé : 1987, 4 : 4322-330

33. Maguiraga M.

Etude de la mortalité maternelle au Mali, causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V

Thèse Médecine 2000 N°110

34. Moore J.L Jr., Chauhan-SP., Wiener-WB., Morrisson J.C

Maternal mortality in Mississippi 1987-1991

J. Miss- state - Med - Assoc. 1993 February

35. Okonta PI, Okali UK, Otoide Vo., Twomey D.

Exploring the causes of and risk factors for maternal death a rural nigerian referral hospital.

J. Obstet. Gynaecol 2002 Nov. ; 22(6) : 626-9

36. OMS

Maternité sans risque N°18, 1995 p.3

37. OMS

Coverage of maternity care: a tabulation of available information.

Geneva: Division of family health, WHO, 1993.

38. OMS / UNICEF

Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. Nouvelle méthodologie.

OMS avril 1996, 14 p

39. OMS Division santé de la famille.

La vie des mères peut dépendre des soins communautaires.

Maternité sans risques- Mars – Juillet – 1992 N°8

40. Organisation mondiale de la santé, Genève 1997.

« Coverage of maternal care: A listing of available information, fourth edition ».

41. Organisation mondiale de la santé, Genève 1998

Abortion: A tabulation of available Data on the frequency and mortality of unsafe abortion.

42. P. Bernard et coll.

Le traitement des hémorragies obstétricales incoercibles d'origine utérine.

Revue Gyn. Obst. du praticien – Nov. 1989, I, p.29-34

43. P. Thonneau, N. Goyaux, B. Touré, T.M. Barry, P.Cantrelle, E.Welfens, E. Papiernik, G. Magnin

Mortalité maternelle en Guinée : Mesure et perspectives.

J. Gynecol.obstét. Biol. Reprod. 1994, 23, 721-726

44. Programme survie de l'UNICEF

Projet Maternité sans risques (MSR)

Webmaster @undjibouti.org

Copyright 2002 Maple Gen information Technology house.

45. Prual A.

Grossesse et accouchement en Afrique de l'ouest ; vers une maternité à moindre risque ?

Santé publique 1999, volume 11, N°2.

46. R. Merger, J.Levy, J. Melchior

Précis d'obstétrique. 5^e édition 1993

47. R. Merger, J.Levy, J. Melchior

Précis d'obstétrique. 6^e édition, Masson, 1995.

48. Ronsmans C., Etard JF., Walraven G., Hojl, Dumont A., de Bernish L., Kodio B.

Maternal mortality and access to obstetric services in west Africa.

Maternal health programme, Department of infectious diseases, London School of hygiene and Tropical Medicine, London, UK.

Trop Med Int Health 2003 Oct; 8 (10): 940-8

49. Sissoko M.

Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerpéralité à Bamako 1975-1979

Thèse médecine 80 n°27.

50. Vision 2010 : Direction Nationale de la Santé.

Forum sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest et du centre.

7-8 Mai 200, palais des congrès de Bamako page 12-13.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE CAS

Numéro du dossier

Année

Identité de la femme

1. Numéro du dossier :

2. Age /___/

3. Activité socioprofessionnelle : /_____/

4. Résidence /___/

1 = commune I 2 = commune II 3 = commune III
4 = commune IV 5 = commune V 6 = commune VI
7 = hors du District

5. Ethnie /___/

1 = Bambara 2 = Sarakolé 3 = Sonhaï 4 = Malinké
5 = Peulh 6 = Dogon 7 = Senoufo 8 = Somono
9 = Autre à préciser

6. Statut Matrimonial /___/

1 = Mariée 2 = Célibataire 3 = Veuve 4 = Divorcée

7. Niveau d'instruction /___/

1 = Sans instruction 2 = Niveau primaire
3 = Niveau secondaire 4 = Niveau supérieur

DECES

8. Date du décès /___/___/___/

9. Période du décès /___/

1 = Ante partum 2 = Per partum 3 = Post partum

10. Cause Probable du décès /_____/

11. Temps entre admission et décès dans le service de

Gynéco/Obstétrique du Point G /___/

1 = Moins de 1H 2 = Entre 1H et 2H 3 = Entre 3h et 6H
4 = Entre 7H et 12H 5 = Plus de 12H

ANTECEDENTS

12. Antécédents médicaux /___/

1 = HTA 2 = Diabète 3 = Drépanocytose
4 = Aucun antécédent 5 = Inconnus

13. Antécédents chirurgicaux /___/

1 = Oui 2 = Non

14. Antécédents Obstétricaux /___/

1 = Césarienne 2 = Myomectomie 3 = GEU
4 = Avortement spontané 5 = Avortement à risque
6 = Aucun antécédent 7 = inconnu

15. Gestité /___/

1 = Primigeste 2 = Entre G2 et G5 3 = Plus de G6

16. **Parité** /___/
1 = Nullipare 2 = P1 à P5 3 = ≥ P6
17. **Consultation Prénatale** /___/
1 = 0 2 = < 4 3 = ≥ 4
18. **Nombre d'enfants vivants** /___/
1 = 0 2 = 1 3 = 2 4 = 3
5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = ≥ 7
19. **Intervalle Inter génésique** /___/
1 = < 1an 2 = [1 - 2 ans] 3 = ≥ 2 ans

FACTEURS DE RISQUE A L'ADMISSION

20. **Taille** /___/
1 = inf. à 1,5 m 2 = sup. 1,5 m
21. **Hémorragie** /___/
1 = Oui 2 = Non
22. **Césarienne au dernier accouchement** /___/
1 = Oui 2 = Non
23. **Tension artérielle** /___/
1 = Moins de 14 / 09 2 = Plus de 14 / 09
24. **Anomalie de la présentation** /___/
1 = Oui (à préciser) 2 = Non
25. **Température** /___/
1 = inf. à 37,5 °c 2 = sup. à 37,5°c
26. **Durée du travail** /___/
1 = < 12 H 2 = ≥ 12 H
27. **Etat de conscience** /___/
1 = Lucide 2 = Obnubilation 3 = Coma

REFERENCE / EVACUATION

28. **Femme référée ou évacuée** /___/
1 = Oui 2 = Non
29. **Si oui Référée / évacuée par** /___/
1 = Médecin 2 = Personnel paramédical 3 = Infirmière
4 = Venue d'elle-même 5 = Non précisée
30. **Temps écoulé entre la Référence / Evacuation et l'admission dans le service** /___/
1 = Moins de 1 H 2 = Entre 2 H et 6 H 3 = Plus de 6 H
31. **Lieu d'implantation de la structure de santé qui a référé ou évacué la patiente** /___/
1 = Commune I 2 = Commune II 3 = Commune III
4 = Commune IV 5 = Commune V 6 = Commune VI
7 = Hors du District (lieu à préciser)
32. **Type de référence / évacuation** /___/
1 = Référence / évacuation verbale
2 = Fiche de référence / évacuation 3 = Partogramme
4 = Partogramme + Fiche de référence/ évacuation

33. Moyen de transport utilisé pour se rendre à l'établissement de santé /___/

- 1 = Véhicule privé 2 = Ambulance
3 = Autre (à préciser).....
4 = Inconnu

34. Durée séjour de la patiente dans l'établissement de santé qui l'a référée/évacuée /___/

- 1 = Moins de 24 H 2 = Entre 24 H et 48 H
3 = Plus de 72 H

35. Motif de référence / évacuation /___/

- 1 = HTA 2 = Eclampsie 3 = Présentation vicieuse 4 = Hémorragie
5 = Rétention placentaire
6 = Infection 7 = Anémie 8 = Souffrance fœtale aiguë
9 = Procidence du cordon 10 = Dilatation stationnaire
11 = Déchirure des parties molles
12 = Autre (à préciser).....

ETAT DE LA PATIENTE A L'ADMISSION DANS LE SERVICE DE

GYNECO-OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT G

36. Voie veineuse /___/

- 1 = Cathéter 2 = Aiguille simple 3 = Pas de voie veineuse

37. Etat des membranes /___/

- 1 = Amniotomie faite 2 = Poche des eaux intacte

38. Groupage Rhésus /___/

- 1 = Fait 2 = Non fait

39. Taux d'hémoglobine /___/

- 1 = Fait 2 = Non fait

40. Thérapeutiques effectuées /___/

- 1 = Révision utérine 2 = Utero tonique
3 = Antihypertenseur 4 = Anticoagulant
5 = Sonde urinaire 6 = Bourrage compressif
7 = Autre (à préciser).....
8 = 1 + 2 9 = 3 + 4 10 = 3 + 4 + 5

ACCOUCHEMENT

41. Lieu d'accouchement /___/

- 1 = Service de Gynéco/Obstétrique du CHU du Point G
2 = Autre établissement (à préciser).....
3 = A domicile

42. Type d'accouchement /___/

- 1 = Normal 2 = Forceps 3 = Césarienne

43. Grade de la personne ayant fait l'accouchement /___/

- 1 = Médecin 2 = Sage femme 3 = Matrone
4 = Inconnu

44. Nouveau Né /___/

- 1 = Vivant 2 = Mort Né

45. Diagnostic trouvé à l'admission dans le service

Gynéco/Obstétrique du Point G /___/

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 1 = HTA | 2 = Eclampsie | 3 = Présentation vicieuse |
| 4 = HRP | 5 = Placenta praevia | 6 = Rupture utérine |
| 7 = Hémorragie de la délivrance | 8 = Hémorragie post abortum | |
| 9 = Déchirure du col | 10 = Déchirure du vagin | |
| 11 = Déchirure de la vulve | 12 = Rétention placentaire | |
| 13 = Septicémie post abortum | 14 = Septicémie post partum | |
| 15 = Anémie | 16 = Souffrance fœtale aiguë | 17 |
| = Procidence du cordon | 18 = Dilatation stationnaire | |
| 19 = Avortement | | |
| 20 = Autre (à préciser)..... | | |

46. Le diagnostic à l'admission concorde t-il avec le motif de référence/ évacuation ? /___/

- 1 = Oui 2 = Non

47. Prise en charge de la patiente dans le service de Gynéco/Obstétrique du Point G /___/

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------|
| 1 = Groupage Rhésus en urgence | 2 = Taux d'hémoglobine | |
| 3 = Remplissage vasculaire | | |
| 4 = Transfusion (préciser quantité des produits)..... | | |
| 5 = Césarienne | 6 = Hystérorraphie | 7 = Hystérectomie |
| 8 = Salpingectomie | 9 = Délivrance artificielle | |
| 10 = Ocytociques (à préciser)..... | | |
| 11 = Anticonvulsivant (à préciser)..... | | |
| 12 = Antihypertenseur (à préciser)..... | | |
| 13 = Accouchement Normal | 14 = 1 + 2 + 3 + 4 | |
| 15 = 14 + 5 + 9 | | |

FICHE D'ENQUÊTE TEMOIN

Numéro du dossier

Année

Identité de la femme

1. Numéro du dossier :.....

2. Age /___/

3. Activité socioprofessionnelle : /_____/

4. Résidence /___/

1 = commune I 2 = commune II 3 = commune III
4 = commune IV 5 = commune V 6 = commune VI
7 = hors du District

5. Ethnie /___/

1 = Bambara 2 = Sarakolé 3 = Sonrhai 4 = Malinké
5 = Peulh 6 = Dogon 7 = Senoufo 8 = Somono
9 = Autre à préciser

6. Statut Matrimonial /___/

1 = Mariée 2 = Célibataire 3 = Veuve 4 = Divorcée

7. Niveau d'instruction /___/

1 = Sans instruction 2 = Niveau primaire
3 = Niveau secondaire 4 = Niveau supérieur

ANTECEDENTS

8. Antécédents médicaux /___/

1 = HTA 2 = Diabète 3 = Drépanocytose
4 = Aucun antécédent 5 = Inconnus

9. Antécédents chirurgicaux /___/

1 = Oui 2 = Non

10. Antécédents Obstétricaux /___/

1 = Césarienne 2 = Myomectomie 3 = GEU
4 = Avortement spontané 5 = Avortement à risque
6 = Aucun antécédent 7 = inconnu

11. Gestité /___/

1 = Primigeste 2 = Entre G2 et G5 3 = Plus de G6

12. Parité /___/

1 = Nullipare 2 = P1 à P5 3 = ≥ P6

13. Consultation Prénatale /___/

1 = 0 2 = < 4 3 = ≥ 4

14. Nombre d'enfants vivants /___/

1 = 0 2 = 1 3 = 2 4 = 3
5 = 4 6 = 5 7 = 6 8 = ≥ 7

15. Intervalle Inter génésique /___/

1 = < 1an 2 = [1 - 2 ans] 3 = ≥ 2 ans

FACTEURS DE RISQUE A L'ADMISSION

16. Taille /___/
1 = inf. à 1,5 m 2 = sup. 1,5 m
17. Hémorragie /___/
1 = Oui 2 = Non
18. Césarienne au dernier accouchement /___/
1 = Oui 2 = Non
19. Tension artérielle /___/
1 = Moins de 14 / 09 2 = Plus de 14 / 09
20. Anomalie de la présentation /___/
1 = Oui (à préciser) 2 = Non
21. Température /___/
1 = inf. à 37,5 °c 2 = sup. à 37,5°c
22. Durée du travail /___/
1 = < 12 H 2 = ≥ 12 H
23. Etat de conscience /___/
1 = Lucide 2 = Obnubilation 3 = Coma

REFERENCE / EVACUATION

24. Femme référée ou évacuée /___/
1 = Oui 2 = Non
25. Si oui Référée / évacuée par /___/
1 = Médecin 2 = Personnel paramédical 3 = Infirmière
4 = Venue d'elle-même 5 = Non précisée
26. Temps écoulé entre la Référence / Evacuation et l'admission dans le service /___/
1 = Moins de 1 H 2 = Entre 2 H et 6 H 3 = Plus de 6 H
27. Lieu d'implantation de la structure de santé qui a référé ou évacué la patiente /___/
1 = Commune I 2 = Commune II 3 = Commune III
4 = Commune IV 5 = Commune V 6 = Commune VI
7 = Hors du District (lieu à préciser)
28. Type de référence / évacuation /___/
1 = Référence / évacuation verbale
2 = Fiche de référence / évacuation 3 = Partogramme
4 = Partogramme + Fiche de référence/ évacuation
29. Moyen de transport utilisé pour se rendre à l'établissement de santé /___/
1 = Véhicule privé 2 = Ambulance
3 = Autre (à préciser).....
4 = Inconnu
30. Durée séjour de la patiente dans l'établissement de santé qui l'a référée/évacuée /___/
1 = Moins de 24 H 2 = Entre 24 H et 48 H
3 = Plus de 72 H

- 31. Motif de référence / évacuation** /___/
- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 1 = HTA | 2 = Eclampsie | 3 = Présentation vicieuse | 4 = Hémorragie |
| 6 = Infection | 7 = Anémie | 8 = Souffrance fœtale aiguë | 5 = Rétention placentaire |
| 9 = Procidence du cordon | 10 = Dilatation stationnaire | | |
| 11 = Déchirure des parties molles | | | |
| 12 = Autre (à préciser)..... | | | |

ETAT DE LA PATIENTE A L'ADMISSION DANS LE SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT G

- 32. Voie veineuse** /___/
- | | | |
|--------------|---------------------|--------------------------|
| 1 = Cathéter | 2 = Aiguille simple | 3 = Pas de voie veineuse |
|--------------|---------------------|--------------------------|
- 33. Etat des membranes** /___/
- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1 = Amniotomie faite | 2 = Poche des eaux intacte |
|----------------------|----------------------------|
- 34. Groupage Rhésus** /___/
- | | |
|----------|--------------|
| 1 = Fait | 2 = Non fait |
|----------|--------------|
- 35. Taux d'hémoglobine** /___/
- | | |
|----------|--------------|
| 1 = Fait | 2 = Non fait |
|----------|--------------|

- 36. Thérapeutiques effectuées** /___/
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|
| 1 = Révision utérine | 2 = Utero tonique | |
| 3 = Antihypertenseur | 4 = Anticoagulant | |
| 5 = Sonde urinaire | 6 = Bourrage compressif | |
| 7 = Autre (à préciser)..... | | |
| 8 = 1 + 2 | 9 = 3 + 4 | 10 = 3 + 4 + 5 |

ACCOUCHEMENT

- 37. Lieu d'accouchement** /___/
- | |
|---|
| 1 = Service de Gynéco/Obstétrique du CHU du Point G |
| 2 = Autre établissement (à préciser)..... |
| 3 = A domicile |
- 38. Type d'accouchement** /___/
- | | | |
|------------|-------------|----------------|
| 1 = Normal | 2 = Forceps | 3 = Césarienne |
|------------|-------------|----------------|
- 39. Grade de la personne ayant fait l'accouchement** /___/
- | | | |
|-------------|----------------|-------------|
| 1 = Médecin | 2 = Sage femme | 3 = Matrone |
| 4 = Inconnu | | |
- 40. Nouveau Né** /___/
- | | |
|------------|-------------|
| 1 = Vivant | 2 = Mort Né |
|------------|-------------|

41. Diagnostic trouvé à l'admission dans le service

Gynéco/Obstétrique du Point G /___/

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 1 = HTA | 2 = Eclampsie | 3 = Présentation vicieuse |
| 4 = HRP | 5 = Placenta praevia | 6 = Rupture utérine |
| 7 = Hémorragie de la délivrance | 8 = Hémorragie post abortum | |
| 9 = Déchirure du col | 10 = Déchirure du vagin | |
| 11 = Déchirure de la vulve | 12 = Rétention placentaire | |
| 13 = Septicémie post abortum | 14 = Septicémie post partum | |
| 15 = Anémie | 16 = Souffrance fœtale aiguë | 17 |
| = Procidence du cordon | 18 = Dilatation stationnaire | |
| 19 = Avortement | | |
| 20 = Autre (à préciser)..... | | |

42. Le diagnostic à l'admission concorde t-il avec le motif de référence/ évacuation ? /___/

- 1 = Oui 2 = Non

43. Prise en charge de la patiente dans le service de Gynéco/Obstétrique du Point G /___/

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------|
| 1 = Groupage Rhésus en urgence | 2 = Taux d'hémoglobine | |
| 3 = Remplissage vasculaire | | |
| 4 = Transfusion (préciser quantité des produits)..... | | |
| 5 = Césarienne | 6 = Hystérorraphie | 7 = Hystérectomie |
| 8 = Salpingectomie | 9 = Délivrance artificielle | |
| 10 = Ocytociques (à préciser)..... | | |
| 11 = Anticonvulsivant (à préciser)..... | | |
| 12 = Antihypertenseur (à préciser)..... | | |
| 13 = Accouchement Normal | 14 = 1 + 2 + 3 + 4 | |
| 15 = 14 + 5 + 9 | | |

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : BENGALY

PRENOM : Alassane

TITRE DE LA THESE : Etude de la mortalité maternelle dans le service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U du Point G de 2005 à 2007 à propos de 51 cas.

Année : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la F.M.P.O.S

Secteurs d'intérêt : Santé publique et Gynécologie Obstétrique

RESUME :

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective cas-témoin portant sur la mortalité maternelle dans le service de Gynéco/Obstétrique du C.H.U du Point G du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2007 portant sur 51 cas appariés à 102 témoins.

Il ressort de notre étude que les femmes de la tranche d'âge : 15-19 ans, primipares, avec un IIG inférieur à deux ans étaient les plus touchées.

Le taux de mortalité maternelle pour la période d'étude est de 1508.35 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Les principaux facteurs de risque retrouvés sont : l'absence de CPN, la fièvre, et l'HTA.

Les principales causes de décès maternels retrouvées sont : l'hémorragie (29%), l'anémie (23%) et l'infection (16%).

94% des femmes décédées étaient évacuées.

Mot-clés : mortalité maternelle, hémorragie, évacuation tardive.



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.
Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure.

