

Ministère de l'Education
Nationale

République du Mali

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES

ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



Année universitaire : 2018-2019

N°/...../

THESE

**EVALUATION DU SYSTEME DE
REFERENCE/EVACUATION
OBSTETRICALE AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE BANAMBA.**

Présentée et soutenue publiquement le 12/03/2019 devant
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. Sékou TOURE

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

Membres de jury

Président : Pr. COULIBALY Tiéman

Membre : Dr. BALLO Aliou Badara

Codirecteur : Dr. COULIBALY Mamadou Bakary

Directeur : Pr. TOURE Moustapha

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Allah, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux. Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail. Nous prions Dieu à ce que ce travail soit un moyen d'atteindre encore plus le but de notre création qui est l'adoration. Paix et salut sur le sceau des prophètes, sa famille, ses compagnons, tous ceux qui l'ont suivi et le suivront jusqu'au jugement dernier.

A ma tendre mère : Badiallo Wagué

Toi qui m'as offert ce bas monde sur un plateau d'or en échange de tes larmes, de ton corps et de ta vie. A la plus douce et la Plus merveilleuse de toutes les mamans.

A la personne qui m'a tout donné sans compter. Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi. Sans toi je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin. Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements

A mon père : Sadian Touré

Toi qui nous as transformé ce monde en lune de miel et nous dissipé des difficultés, saches que tes nuits vierges, tes souffrances, ta bonté, ta générosité m'ont permis d'atteindre ce niveau.

Merci Papa, voici enfin le fruit de ce long périple. Puisse Dieu nous accorder les moyens de te faire oublier ce dur passé.

A mon grand-père feu Sékou Touré et à ma grande mère feu Niagalé Touré : c'était une fierté pour vous que je deviens docteur. Que vos âmes reposent en paix

A mon épouse Aichata Konaté

Grâce à toi je sens ce résidu maternel (chaleur, douceur, tendresse, foi). Tu as bravé la souffrance, la pauvreté, renoncé à tout au nom de l'amour.

Grâce à toi la vie du prophète et ses compagnons sont notre quotidien. Merci chérie, qu'Allah nous fasse bénéficier des fruits de ce travail.

A ma fille Sira Touré

Joie de vivre, fruit de notre mariage, puisse Dieu t'accorde la joie de grandir devant tes deux parents et faire de toi un enfant béni

A mes amis Seybou Kolo ; Diakaridia Coulibaly ; Bakary Fané ; Youssouf Diakité ; Jérémie Kamaté :

Amis sincères, inégalés, vous m'avez pris comme un frère et m'avez ouvert la porte de vos cœurs sans hésiter. Puisse Allah allonger notre union ici-bas et dans l'au-delà.

A mon grand frère : Kalilou Touré

Merci pour le sacrifice consenti. Recevez en ce travail le fruit de vos efforts. Que Dieu fasse continuer ce lien jusqu'à la fin de notre existence sur terre.

A la famille Sacko de Banconi Plateau :

Merci pour l'hospitalité et les bénédictions, nous vous serons toujours reconnaissants. La vraie richesse d'une famille, c'est son union. Recevez ce travail comme gage de mon attachement à cet idéal.

A ma belle-famille : la famille Konaté à Kayes

Merci de m'avoir accepté dans votre famille sans hésitation Que Dieu nous accorde les voies pour vous dire merci pour la confiance.

A mes amis et camarades du Mali. Ce travail vous est dédié.

A mes tontons : Zeina Touré ; Modibo Touré ; Boubou Touré, Moussa Touré

Merci pour l'aide

REMERCIEMENTS

A la FMOS :

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 FMOS :

Ce travail est avant tout le vôtre. Merci pour la qualité de l'enseignement.

A mes encadreur Dr Sidy NIARE, Dr Aliou BALLO, Dr Kalilou DIARRA Dr Daouda SANGARE, Dr Mamadou DIALLO, Dr Drissa COULIBALY :

Chers maitres, vous êtes et serez des modèles pour nous. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait du service de la maternité du CS Réf de Banamba un pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante et de votre dévouement, je ne vous en remercierai jamais assez.

A Dr Youba COULIBALY, Dr Ramata SAMAKE, Dr Ibrahim DIARRA

Votre contribution à ma formation a été capitale. Ce travail est aussi le fruit de votre assistance.

A mon cadet : Bakary DRAME

Aux sages-femmes, infirmières et aides-soignantes au CS Réf de Banamba : merci pour votre collaboration et vos conseils.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical du CS Réf de Banamba

A tous mes aînés de la F.M.P.O.S: Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A la famille DICKO : vous m'avez accueilli et traité comme un membre de votre famille. Je ne l'oublierai jamais, merci pour l'hospitalité

A tous ceux qui me connaissent, de loin ou de près qui me sont chers et que je n'ai pas pu nommer ici, merci !

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY**

**EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION OBSTETRICALE AU CENTRE DE
SANTÉ DE REFERENCE DE BANAMBA**

A notre maître et président du jury

Professeur Tiéman COULIBALY

- **Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du
CHU Gabriel TOURE ;**
- **Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel
Touré ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique (SOMACOT).**

Honorable maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury ; Vous nous avez mis à l'aise dès le premier contact

Votre disponibilité, votre enthousiasme, votre amour pour le travail bien fait font de vous un grand maître apprécié de tous.

Merci pour votre contribution à l'amélioration de ce travail.

Soyez assuré cher maître de notre sincère gratitude.

A notre maitre et membre de jury :

Dr Aliou BALLO

- **Médecin chef adjoint au CS réf de Banamba ;**
- **Titulaire de master en santé publique**
- **Médecin responsable en santé de la reproduction au CS réf de Banamba ;**
- **Médecin urgentiste**

Être votre élève a été pour moi une chance car j'ai eu à travers votre humanisme ; ce que doit être la vision d'un homme, d'un responsable.

Je suis convaincu que cette empreinte guidera ma réflexion tout au long de ma carrière. Car votre qualité (votre simplicité, votre courtoisie votre humilité votre courage, votre compétence et votre esprit de recherche) fait de vous une référence.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

A notre maître et co-directeur de thèse

Dr Mamadou Bakary COULIBALY

- **Médecin spécialiste en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali.**

Cher maître,

Vos conseils et vos suggestions nous ont été d'un apport bénéfique dans la réalisation de cette thèse toujours disponible, vous avez été pour nous un bon guide; c'est le moment de le dire vous êtes un exemple à suivre, et c'est un honneur pour nous de vous voir siéger dans notre jury.

Durant cette thèse, nous avons pu apprécier et admirer le maître que vous êtes et nous ne cesserons jamais d'imiter votre compétence vos qualités scientifiques et humaines.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous.

A notre maître et directeur de thèse

Pr Moustapha TOURE

- **Chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Membre du comité de pilotage pour la recherche de la Mutilation Génitale Féminine (MGF) OMS /Genève ;**
- **Secrétaire Général de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues obstétriciens (UPIGO) ;**
- **Expert médical auprès des cours et tribunaux**
- **Officier de l'ordre national du Mali.**

Honorable maître,

Nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce travail.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme nous forcent l'estime et l'admiration. L'intérêt que vous portez sur la formation de ressources humaines bien qualifiées témoigne tout votre patriotisme.

Cher maître nous sommes fiers d'être compté parmi vos disciples.

Puisse Allah le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous. Amen

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	4
II. GENERALITES.....	6
IV. METHODOLOGIE.....	29
V. RESULTATS.....	39
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	58
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	66
VIII. REFERENCES.....	69
IXANNEXE	74

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La mortalité maternelle et périnatale constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement où surviennent 99% des décès maternels et périnatals mondiaux [1].

Selon l'organisation mondiale de la santé (O.M.S) ; au moins un demi-million de femmes dans le monde meurent suite aux complications de la grossesse ou de l'accouchement. Ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour une cause liée à la procréation [2].

Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement, ou elles sont responsables d'une mortalité fœto-maternelle élevée. Les causes directes de ces décès maternels sont les hémorragies, les complications hypertensives, l'infection, les accouchements dystociques et les complications liées aux avortements clandestins [3]

Au Mali, la situation sanitaire est caractérisée par une légère diminution du taux de mortalité maternelle et infantile. L'enquête EDS IV [4] a trouvé un taux de mortalité estimé à 464 pour 100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité infantile à 191 pour 1 000 naissances vivantes.

Selon plusieurs sources concordantes, la plupart des complications pouvant survenir au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum immédiat ne peuvent pas être prédites, ni prévenues, mais elles peuvent être traitées avec succès. C'est pourquoi il existe des solutions techniques efficaces pour réduire de façon significative la mortalité maternelle et infantile. Cela dépend en grande partie de l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence pour les femmes qui développent des complications.

Selon le groupe de travail sur « l'initiative pour une maternité sans risque ces complications concernent 15% des femmes enceintes qui devraient accoucher dans des établissements Obstétricaux de référence pour des raisons maternelles ou périnatales [5].

Devant cette situation d'urgence sanitaire, la république du Mali a adopté une politique sectorielle de santé et de population (PSSP) en 1990 pour réduire ces problèmes.

Cette volonté politique s'est traduite par la mise en place d'un système de référence qui entraine dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

L'application de la politique sectorielle de santé et de population a abouti à la mise en place des centres de santé communautaires encadrés par les centres de référence [6].

Il y a eu une tendance à l'amélioration, matérialisée par une diminution du ratio de mortalité maternelle qui a été estimée respectivement à 582 et 464 pour 100.000 naissances vivantes par l'EDS III [7] et l'EDS IV [8].

Malgré cette amélioration le Mali est loin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement cinq (OMD5). Il faudrait se poser des questions telles que:

- Pourquoi ces décès surviennent-ils et comment les éviter ?
- Comment identifier ce qui ne fonctionne pas et entreprendre des mesures correctives.

De ce fait il nous a paru nécessaire de faire une étude sur le système de référence/évacuation obstétricale dans le centre de santé de référence de Banamba en se fixant les objectifs suivants :

I- OBJECTIFS

OBJETIFS

1. Objectif général :

Evaluer le système de référence/évacuation obstétricale au centre de sante de référence de Banamba.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des références/évacuations Obstétricales au CS Réf de Banamba ;
- Préciser le profil sociodémographique des patientes référées ou évacuées ;
- Préciser les motifs des références/évacuations obstétricales ;
- Déterminer les conditions de référence/évacuation ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal
- Apprécier les facteurs de risques qui influencent le pronostic.

II. GENERALITES

II-GENERALITES

1. Définition : La référence/évacuation sanitaire

- **La référence** : c'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée.
- **L'évacuation sanitaire** : d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert urgent d'un malade d'un centre de Santé vers un autre mieux équipé et plus spécialisé.

La société Africaine de gynécologie obstétrique (SAGO) lors de sa Conférence biennale tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes :

La référence : concerne une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse.

L'évacuation : concerne une parturiente ou une gestante adressée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge urgente.

- NB : Par définition une femme non suivie en consultation prénatale (CPN) ne peut être référée, elle est évacuée.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes dans nos régions africaines.

Le pronostic maternel et fœtal sont réservés.

Ce pronostic dépend :

- du suivi correct de la grossesse ;
- de la prise en charge des parturientes dans les centres de santé communautaire (CSCOM) ;
- de l'accessibilité géographique des CS Réf ;
- des moyens logistiques, matériels et financiers.

Selon Maine D et Col [9] il y a 3 types de retards qui aggravent le pronostic maternel et fœtal :

- - **le 1^{er} retard** : c'est le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
- - **le 2^{ème} retard** : c'est le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences ;
- - **le 3^{ème} retard** : c'est le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

2- L'organisation du système de santé au Mali :

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la République du Mali a adopté en décembre 1990, la déclaration de la politique sectorielle de sante et de population [10].

Elle préconise la participation effective de la communauté au financement et à la gestion des Centres de santé. La population se regroupe au tour d'une association appelée ASACO (Association de Santé Communautaire) pour le financement et la gestion du CSCOM (Centre de Santé Communautaire).

- Le CSCOM est le 1^{er} échelon offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Il est géré par l'ASACO, composée de délégués représentant la population des villages d'une aire de sante bien déterminée.
- Le CS Réf est le 2^{eme} échelon, qui est le premier niveau de référence/évacuation avec un plateau chirurgical plus ou moins équipé, encadré pour la plupart des cas par des médecins ayant une compétence chirurgicale.

Le tableau I ci-dessous présente les fonctions par niveau.

➤ **Tableau I : Organisation du système de sante par niveau, structures et fonctions au Mali**

Niveau	Structures	Fonctions
National	Ministère de la santé, Cabinet du Ministère, Secrétariat Général du Ministère : Hôpitaux nationaux Direction Nationale de la Santé, Structures rattachées	Orientation des politiques et planification stratégique, définition des normes et procédures, évaluation Formation continue Soins spécialisés
Régional	Direction régionale : Hôpital régional	Appui technique aux cercles Soins de référence de 2 ^{eme} niveau
Cercle	Centre de santé de référence (hôpital de première référence)	Planification/gestion, administration Soins de référence de 1 ^{er} niveau Supervision du 1 ^{er} échelon

3-Etapes de

Aires de sante (groupes de villages ou de quartiers urbains)	Centre de santé Communautaire	Prestation des soins définis dans le paquet minimum d'activités : Préventif, Curatif, Promotionnels, Réadaptatifs.
---	----------------------------------	---

la mise en œuvre du système de référence/évacuation [6] :

a. Elaboration d'un cadre conceptuel pour l'organisation de la référence/évacuation :

- description du système existant à travers une analyse de situation par niveau ;
- rationalisation des activités du centre de santé de cercle à travers une mise en œuvre conforme aux fonctions et rôles de référence ;
- définition du chronogramme de mise en œuvre ;
- élaboration des comptes d'exploitation prévisionnels des activités de la référence;
- définition des indicateurs de suivi d'évaluation

b. Organisation d'un atelier d'appropriation par le personnel.

c. Organisation d'un atelier d'information des ASACO, des collectivités et autres partenaires pour discuter des modalités de la référence/ évacuation.

d. Négociation des ASACO et des collectivités avec les populations des aires de santé pour une large information des communautés.

e. Atelier de consensus sur l'organisation de la référence/ évacuation

f. Formation en périnatalité, SOU, PTME (Prévention de la Transmission MERE-ENFANT) contre le VIH

g. Mise en place des supports SIS (système d'information sanitaire) et de gestion

h. Suivi Supervision

i. Monitoring semestriel

j. Evaluation annuelle

k. Extension aux soins de référence en médecine et chirurgie.

3.1. Conditions de réussite [6]_:

a- Equipe Socio-sanitaire complète du cercle :

- Au moins 2 médecins à compétence chirurgicale,
- Au moins 2 sages-femmes,
- Au moins 2 infirmiers diplômés d'Etat,

- 1 technicien de l'Action Sociale,
- 1 technicien supérieur de l'action Sociale ou 1 administrateur,
- 1 technicien sanitaire,
- 1 gestionnaire,
- 1 personnel qualifié pour le fonctionnement des différentes unités opérationnelles, personnel de soutien.

b- Infrastructures et équipements

- Au moins un bloc opératoire avec deux salles d'opération équipées suivant les normes,
- Une maternité équipée,
- Une unité de néonatalogie équipée selon les normes,
- Des pavillons d'hospitalisation en chirurgie et en médecine équipés selon les normes,
- L'existence d'une mini banque de sang,
- L'existence d'un laboratoire,
- L'existence d'une salle de réanimation)

c- Médicaments consommables : existence d'un dépôt de médicaments essentiels, disponibilité d'un stock suffisant en médicaments essentiels, disponibilité d'un kit complet pour le laboratoire.

d- Financement : remboursement des kits pour l'intervention chirurgicale, les frais d'hospitalisation, actes et examens préopératoires et le post opératoire.

e- Logistique : un réseau RAC fonctionnel ou téléphone, ambulance fonctionnelle, système de maintenance des RAC, système de transport adéquat entre le village et le Cscm.

f- Formation du personnel technique : périnatalité, chirurgie, anesthésie, laboratoire, gestion.

g- Formation des membres des ASACO.

3.2. Rôle des hôpitaux nationaux dans les références :

Les hôpitaux nationaux sont rattachés au Secrétariat Général du Ministère de la Santé qui est lui-même sous la dépendance du Cabinet dudit ministère. Les autres structures sanitaires à savoir : les hôpitaux régionaux, les centres de Santé de référence et les structures sanitaires de premier niveau sont rattachés à la Direction Nationale de la Santé. Les hôpitaux régionaux adressent aux hôpitaux nationaux les cas qu'ils ne peuvent pas prendre en charge. Le Mali compte cinq hôpitaux nationaux qui sont l'hôpital du Point G, l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital de Kati, l'hôpital du Mali et le Centre National d'Odontostomatologie. Ils constituent avec l'Institut National de Recherche en Santé publique (INRSP), la Pharmacie Populaire du Mali, le Laboratoire National de la Santé et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), les établissements publics administratifs.

4-Référence/Evacuation après la mise en place du système de référence évacuation:

4.1 Depuis 1997-1998 le système de référence /évacuation est organisé dans le cercle de Banamba.

Toutes les parturientes référées ou évacuées par les CSCOM sont directement conduites au CS Réf où elles sont accueillies en priorité et ont un accès direct à la salle d'accouchement sur présentation de la fiche de référence/évacuation dûment signée.

Le circuit de l'évacuation est le suivant :

4.2. Organisation de la référence/évacuation :

Le CSCOM évacue sur décision du Directeur technique du centre qui saisit le CS Réf par téléphonie mobile afin que l'ambulance lui soit envoyée. L'information est donnée à la maternité dès l'arrivée de la parturiente dans les heures à suivre.

Le Directeur technique du centre établit une fiche d'évacuation expliquant le motif d'évacuation.

A l'arrivée de la parturiente au Csréf, un examen obstétrical est effectué systématiquement par la sage-femme et /ou l'interne. Le médecin de garde confirme le diagnostic après son examen

En cas d'indication chirurgicale la parturiente est directement conduite au bloc opératoire ou les dispositions ont été déjà prises (préparation de la salle, kit gratuit de césarienne d'urgence).

La sage-femme (et/ou l'interne) gère la situation s'il n'y a pas nécessité d'intervention chirurgicale sur les recommandations du médecin.

Le Médecin traitant doit établir une fiche de retro information qui sera transmise au chef de poste médical du CSCOM.

N.B: le retard à l'évacuation est le plus souvent dû à des raisons diverses :

- Réseau téléphonique perturbé ;
- Réticence première de la parturiente (rare) ou ses parents.

5- Physiologie de l'accouchement [10] :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après 28 SA.

Un accouchement avant 37 SA est dit prématuré [10].

Il est dit spontané s'il se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures.

Par contre, il est dit provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.

L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon, il est dirigé.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal.

Dans le cas contraire, il est dystocique [10].

Pour passer de l'excavation pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit adapter au mieux sa forme et ses dimensions à celles du canal pelvi-génital : c'est l'accommodation.

L'accommodation se fait grâce à deux phénomènes qui sont l'orientation (la tête fœtale fait coïncider son plus grand diamètre avec celui du plan à franchir) et l'amoindrissement (obtenu par la modification d'attitude de la présentation) [10].

L'accouchement comporte deux phénomènes :

5.1. Phénomène dynamique :

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre.

Les contractions utérines du travail sont involontaires, douloureuses, intermittentes, rythmes, progressives dans leur durée et dans leur intensité, totales et s'accompagnent de modifications du col de l'utérus.

Les contractions utérines ont pour conséquences [10]:

- l'effacement et la dilatation du col
- la formation de la poche des eaux
- la progression du fœtus à travers la filière pelvienne.

5.2. Phénomène mécanique [10] :

La mécanique de l'accouchement met en confrontation deux éléments dont la connaissance anatomique est indispensable pour tout accoucheur : le bassin obstétrical et le mobile fœtal. Le bassin obstétrical comprend : le détroit supérieur, l'excavation et le détroit inférieur. Le dernier est sans importance car rarement cause de dystocie insurmontable. Par contre, le détroit supérieur est l'élément clé : c'est un anneau osseux qui sépare le grand bassin en haut du petit bassin en bas. Il est limité en arrière par le promontoire, latéralement par le bord antérieur de l'aileron sacré et les lignes innominées, en avant par le bord supérieur du pubis.

5.3. Travail d'accouchement :

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et aboutissent à une modification du col (ramollissement et ouverture). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

L'accouchement comprend trois périodes [11] :

-1^{ère} période : elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure en moyenne 6 à 8 heures chez la multipare et 10 à 12 heures chez la primipare. Elle comprend deux phases (la phase de latence avec une dilatation inférieure à 4 cm et la phase active, de 4 à 10 cm).

-2^{ème} période : elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à la sortie du fœtus et doit être inférieure à 45minutes. Elle comporte deux phases : la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation, la seconde est celle de l'expulsion proprement dite.

-3^{ème} période : c'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 a 30 minutes. La délivrance évolue en trois phases : le décollement du placenta, l'expulsion du placenta et l'hémostase.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement, s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail à l'aide du Partogramme* qui permet de :

- réduire la durée du travail
- corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- contrôler de façon constante les paramètres maternels et fœtaux
- faire le pronostic

*Le Partogramme est un document sur lequel sont notés la dilatation, la progression de la présentation et les éléments de surveillance de la mère et du fœtus : il sert de système d'alerte précoce.

5.4. Pronostic maternel : basé sur l'étude du bassin par :

- La pelvimétrie clinique interne et externe,
- La radiopelvimétrie,
- La scanno-pelvimétrie

D'autres paramètres sont à considérer tels que : la taille de la femme, l'appréciation de la hauteur utérine, du périmètre ombilical et du diamètre bipariétal par l'échographie. Il faut identifier aussi la présentation fœtale et sa variété de position.

5.5. Pronostic fœtal :

Le bien être fœtal sera apprécié à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou cardiographe, la couleur du liquide amniotique et la PH-métrie

6- Les motifs de référence /évacuation

A. Les motifs de référence : Sont le plus souvent [12]:

- Ancienne césarienne ;
- Grande multiparité ;
- Taille courte moins de 1m50 ;
- Primipare jeune (15 ans ou moins) ou âgée (30 ans ou plus) ;
- Antécédent de mort-né ou avortement à répétition ;
- Antécédent de cure de prolapsus génital ou cure de fistule vésico-vaginal (FVV).

B. Les motifs d'évacuation [13] :

B.1. Les hémorragies :

B.1.1. La grossesse extra-utérine (GEU) [13] :

La GEU correspond à l'implantation et au développement du trophoblaste en dehors de l'utérus, le plus souvent dans la trompe, rarement dans l'ovaire ou dans la cavité péritonéale.

Les facteurs de risque sont les antécédents d'infection sexuellement transmissible, la sérologie positive pour les chlamydiae, l'antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne, le tabac, la grossesse ayant débuté sous contraception.

Dans la forme typique, l'interrogatoire retrouve des douleurs pelviennes latéralisées à type de colique, des métrorragies classiquement noirâtre ou sépia, un retard des règles, des troubles sympathiques de grossesse.

A l'examen, la palpation abdominale retrouve une douleur latéralisée, le toucher vaginal révèle une masse latéro-utérine douloureuse avec un utérus moins gros que l'âge suppose de la grossesse.

Dans les formes compliquées :

Rupture cataclysmique : le tableau classique est celui d'un choc hémorragique par hémopéritoine

Hématocèle enkysté : A l'interrogatoire on a des douleurs pelviennes évoluant depuis plusieurs jours, des métrorragies, parfois avec des épisodes syncopaux. L'examen clinique retrouve une défense sous ombilicale inconstante, un cul-de-sac de Douglas bombe hyperalgique au toucher vaginal. Le traitement toujours chirurgical dans notre contexte consiste à une salpingectomie.

B.1.2. Placenta prævia (PP) [14] :

C'est l'insertion vicieuse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus.

Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporéale devenue pendant la grossesse la caduque ou la déciduale.

Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables, indolores (sauf au cours du travail). L'utérus est souple.

Anatomiquement nous avons trois variétés :

- **La variété latérale** : le placenta n'atteint pas l'orifice du col ;
- **La variété marginale** : il arrive au bord supérieur du canal cervical ;
- **La variété centrale** : il recouvre l'orifice cervical.

Le placenta prævia est une cause de prématurité.

B.1.3. Hématome retro placentaire (HRP) [14] :

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus.

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

Ses complications sont graves et voir mortelles. Les principales sont :

_ **Les troubles de la coagulation** : hémorragies incoercibles par défibrination, moins rares, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elles entraînent.

La nécrose corticale du rein : sur le plan hémo-vasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero- placentaire. Il y a libération de thromboplastine ovulaire qui va entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une construction

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

_ Thrombophlébites des suites de couches.

B.1.4. Pré rupture et Rupture utérine : [14]

La pré rupture :

Etat morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail d'accouchement. La pré rupture est caractérisée par une hypertonie et une hypercinésie utérine.

Elle se manifeste par :

- Une douleur abdominale progressivement croissante ;
- Une agitation, modification de la forme de l'utérus (utérus en coque d'arachide dit en sablier) ;
- Un utérus mal relâché ;
- Une anomalie de bruits du cœur fœtal ;
- Un liquide amniotique verdâtre (méconial).

Son traitement impose la césarienne en urgence sinon survient la rupture utérine (RU).

La rupture utérine (RU) : C'est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale.

Les causes maternelles :

Les anomalies du bassin osseux : bassin limite, bassin généralement rétréci (BGR);

Multiparité ;

- Cicatrices utérines (surtout corporéales) ;

Les causes fœtales :

- Présentations dystociques : présentation transversale, présentation du front, présentation de la face en menton sacré ;

- Macrosomie fœtale ;
- Hydrocéphalie ;

Les causes iatrogènes :

- Emploie abusif d'ocytociques (ou inadapté) ;
- Extractions instrumentales ;
- Manœuvres obstétricales : versions par manœuvre interne et externe ;
- Expressions utérines.

Il s'agit d'une extrême urgence. La laparotomie est obligatoire pour son traitement.

B.1.5. Les Hémorragies de la délivrance et du post-partum immédiat : [15]

Les hémorragies de la délivrance sont une perte 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, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et/ou leur retentissement sur l'état général.

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques.

B.2. La pré éclampsie/éclampsie : [2]

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce de la pré éclampsie dont l'éclampsie est une des complications majeures. L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux.

Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du travail, rarement dans les suites de couches. Le traitement de la crise d'éclampsie est basé sur le traitement médical (en réanimation) et obstétrical par une évacuation rapide de l'utérus gravide.

B.3. Les dystocies :

B.3.1. Les dystocies d'origine fœtale : [15]

B.3.1.1. La disproportion fœto-pelvienne (DFP) :

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

Selon Delecour M. [16] une hauteur utérine est dite excessive lorsqu'elle est supérieure à 36 cm,

Un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne [16].

6.3.1.2. Les présentations dystociques [15] :

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

6.3.1.2.1. La présentation du siège [15] :

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

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12 % selon Delecour M. [16] sur un total de 18 % de présentation de siège au centre de Foch.

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

B.3.1.2.2. La présentation de la face [15] :

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec celui de la présentation du siège. Elle peut aussi évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines ou l'occiput et le cou s'engageant en même temps au détroit supérieur peuvent provoquer souvent une rupture utérine.

B.3.1.2.3. La présentation du front [15] :

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne.

B.3.1.2.4. La présentation transverse/épaule [15] :

Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule méconnue avec souvent le risque de rupture utérine.

Elle indique une césarienne.

B.3.2. Dystocies d'origine maternelle [15] :

B.3.2.1. La dystocie dynamique : La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col.

Il peut s'agir :

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

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

B.3.2.2. Bassins pathologiques [15] :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques.

Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radiopelvimétrie.

Elle permet de définir trois types principaux d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

- Les bassins transversalement rétrécis,
- Les bassins aplatis,
- Les bassins généralement rétrécis.

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

- celles dont l'état nécessite une césarienne ;
- celles chez qui l'épreuve du travail est indiquée ;
- celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse.

B.3.2.3. L'utérus cicatriciel [15] :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus ayant déjà été fragilisé par une intervention chirurgicale qui a intéressée la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine. Une grossesse dans un utérus cicatriciel impose un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical.

B.4. Procidence du cordon [15] :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible

B.5. La souffrance fœtale [15] :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal ; elle est suspectée aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial. On distingue la souffrance fœtale chronique pendant la grossesse (liquide amniotique teinté jaunâtre) et la souffrance fœtale aiguë pendant le travail d'accouchement (liquide amniotique teinté verdâtre). A savoir que la souffrance fœtale chronique peut devenir une souffrance fœtale aiguë pendant le travail d'accouchement.

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

7- Thérapeutiques obstétricales :

7.1. La césarienne [15] :

Le principe consiste à une extraction chirurgicale de l'enfant par voie abdominale, après incision transversale du segment inférieur de l'utérus, sous anesthésie générale ou locorégionale.

7.1.1 Indications absolues

Parmi les indications absolues on distingue :

- **Avant tout début de travail :**

- Bruits du cœur fœtal (BCF) pathologiques
- Dystocie par disproportion évidente entre le bassin maternel et la tête fœtale, ou malformation du crâne fœtal
- Placenta prævia recouvrant
- Utérus bi cicatriciel et plus
- D décollement prématuré du placenta normalement inséré
- Présentation transversale chez une primipare
- Voie basse à risque pour la mère et/ ou pour l'enfant : diabète sévère avec Macrosomie fœtale, autres pathologies sévères de la mère (hypertension artérielle par exemple)
- Rupture prématurée des membranes et l'état du col défavorable (mauvais BISHOP)

NB : L'indice de **BISHOP** est calculé à partir des données sur : l'état du col, du segment inférieur, de la situation de la présentation (voir le tableau ci-dessous). Il est obtenu par l'addition des points attribués à chaque critère. La condition cervicale est favorable si l'indice de **BISHOP** est égal ou supérieur à sept (7).

**Tableau de calcul d'indice pelvien pour le déclenchement du travail
d'accouchement**
(d'après BISHOP) [32]:

	0	1	2	3
Longueur du col	4cm	3cm	2 cm	1cm
Dilatation du col	0	1 ou 2 cm	3 ou 4 cm	5 ou 6
Position du col	postérieur	Médian	antérieur	
Consistance du col	rigide	Souple	mou	
Niveau de la présentation	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2

• **En cours de travail :**

- Procidence du cordon en cas de présentation céphalique
- Présentation transversale avec rupture de la poche des eaux
- Anomalies de présentation incompatibles avec la voie basse : présentation du front fixée, présentation de la face en mento- postérieure persistante
- Disproportion fœto-pelvienne stagnation de dilatation ou non engagement de la présentation à dilatation complète syndrome de pré rupture utérine, ou rupture utérine avérée

7.1.2 Indications relatives

- **Avant tout début du travail :**

Bruits du cœur fœtal (BCF) pathologiques ou suspects

Utérus cicatriciel

Siège avec facteur de risque associé

Antécédents maternels chargés (hypofertilité, HTA gravidique)

Primipare de 40 ans ou plus

- **Au cours du travail :**

Fièvre (à confronter avec BCF et stade de la dilatation)

Stagnation de dilatation

Procidence du cordon sur siège à dilatation complète

7.2. Les extractions instrumentales :

7.2.1. Le Forceps [15] :

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

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

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

7.2.2. La ventouse [15] :

C'est un instrument de flexion et accessoirement de traction.

La ventouse obstétricale connaît des contre-indications qui lui sont propres telles que la prématurité, l'existence de troubles de la coagulation chez le fœtus, les anomalies de la présentation (front, face, siège), une volumineuse bosse séro-sanguine.

7.2.3. Les spatules de Thierry [15] : Ce sont des instruments d'orientation et de propulsion et non de traction, ce qui les différencie des forceps.

7.3. Le déclenchement artificiel du travail :

C'est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'était pas jusque-là en travail [15] .

Les indications sont multiples ; fœtales (grossesse prolongée, incompatibilité Sanguine fœto-maternelle, diabète, retard de croissance intra-utérin), materno-fœtales (rupture prématurée des membranes, syndromes vasculorenaux) et enfin, maternelles pures (pathologie maternelle telles que cardiopathie, pneumopathie ...)

8-Définitions opératoires :

Primigestes : il s'agit des femmes qui sont enceintes pour la première fois.

Pauci gestes : les femmes qui ont fait 2 à 3 grossesses.

Multi gestes : les femmes qui ont fait 4 à 6 grossesses.

Grande multi gestes : les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses.

Primipares : il s'agit des femmes qui ont accouchés pour la première fois.

Pauci pares : les femmes qui ont fait 2 à 3 accouchements.

Multipares : les femmes qui ont fait 4 à 6 accouchements.

Grandes multipares : les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements.

Mort fœtale in utero : les femmes pour lesquelles les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles à l'admission.

Souffrance fœtale aigue : Toutes les parturientes chez lesquelles l'auscultation des bruits du cœur fœtal au stéthoscope de Pinard à l'entrée révèle des BCF < 120 battements/min ou > 160 battements/min.

Travail prolonge :

- **Chez la multipare :** Travail d'accouchement excédant les 10 heures.

- **Chez la nullipare :** Travail d'accouchement excédant les 12 heures.

Accouchement par voie basse : regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales.

Mort- né : tout nouveau- né dont score d'Apgar est nul à la naissance.

La mortalité néonatale est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré jusqu'aux 28 jours révolus. Ce temps a été subdivisé pour définir la période néonatale précoce s'étalant de 0-7 jours inclus et la période néonatale tardive allant de 8-28 jours inclus [18].

La mortalité maternelle se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, 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 motivée, mais ni accidentelle, ni fortuite [19].

METHODOLOGIE

9 Méthodologie :

A-Cadre de l'étude : L'étude s'est déroulée à la maternité du centre de référence de Banamba (région de Koulikoro, République du Mali).

B-Présentation du cercle de Banamba:

B.1. Description des caractéristiques physiques du milieu

B.1.1. Données géographiques : (Superficie et Limites)

Couvrant une superficie d'environ 7500 Km², le cercle de Banamba est limité par les circonscriptions de : Nara au Nord, Koulikoro au Sud, Niono et Ségou à l'Est, Kolokani à l'Ouest.

Le relief est constitué par les plateaux gréseux de Shuala ; les sols sont sablonneux, siliceux ou argileux.

Le climat est de type soudano sahélien avec une prédominance de grands vents (harmattan et mousson). Les mois de Juillet, Août, Septembre sont les plus pluvieux.

La végétation est aussi de type soudano sahélien. Elle se compose de baobab, balanzan , karité, néré et d'épineux.

L'hydrographie est dominée par l'existence de marigots torrentiels et temporaires qui chutent des collines et continuent leur course pour se lancer dans le fleuve Niger.

Voies et moyens de communication

Le tronçon Bamako-Nara passant par Banamba est la plus importante voie de communication très fréquentée par les transporteurs.

La route Bamako-Banamba est goudronnée depuis Février 2007; la route de Banamba-Niono est terminée ; c'est une route latéritique très pratique et très fréquentée par les commerçants

Les pistes qui relient les communes au chef-lieu de cercle sont praticables en toute saison, à l'exception de Toukoroba.

Banamba est relié à l'extérieur par de nombreux réseaux téléphoniques (SOTELMA, ORANGE, MALITEL) ;

Les CSCom/CSAR fonctionnels communiquent avec Banamba par réseau téléphonique du centre.

B.1.2. Données économiques

Dans le cercle de Banamba, les principales activités de production sont : l'agriculture et l'élevage, complétés par le commerce, la cueillette, l'artisanat et la chasse.

❖ Agriculture

Elle vient au premier plan dans l'économie. C'est pourquoi elle est pratiquée partout, par toutes les couches et ethnies de la société. Elle a tendance à se moderniser grâce à l'appui des services techniques comme le service local d'appui conseil, d'aménagement et de l'équipement rural (SLACAER). Le mil /sorgho, le fonio, l'arachide, le haricot, sont les principales cultures du cercle.

La plantation du henné se fait dans un but purement commercial.

❖ Elevage

- ❖ Le cercle de Banamba est une zone d'élevage par excellence à cause de sa situation géographique dans la zone soudano-sahélienne. Il recèle d'immenses potentialités en matière d'élevage qui porte sur les bovins, les ovins, les caprins et les assains.

L'embouche bovine est très pratiquée dans un but commercial.

❖ Commerce et Transport

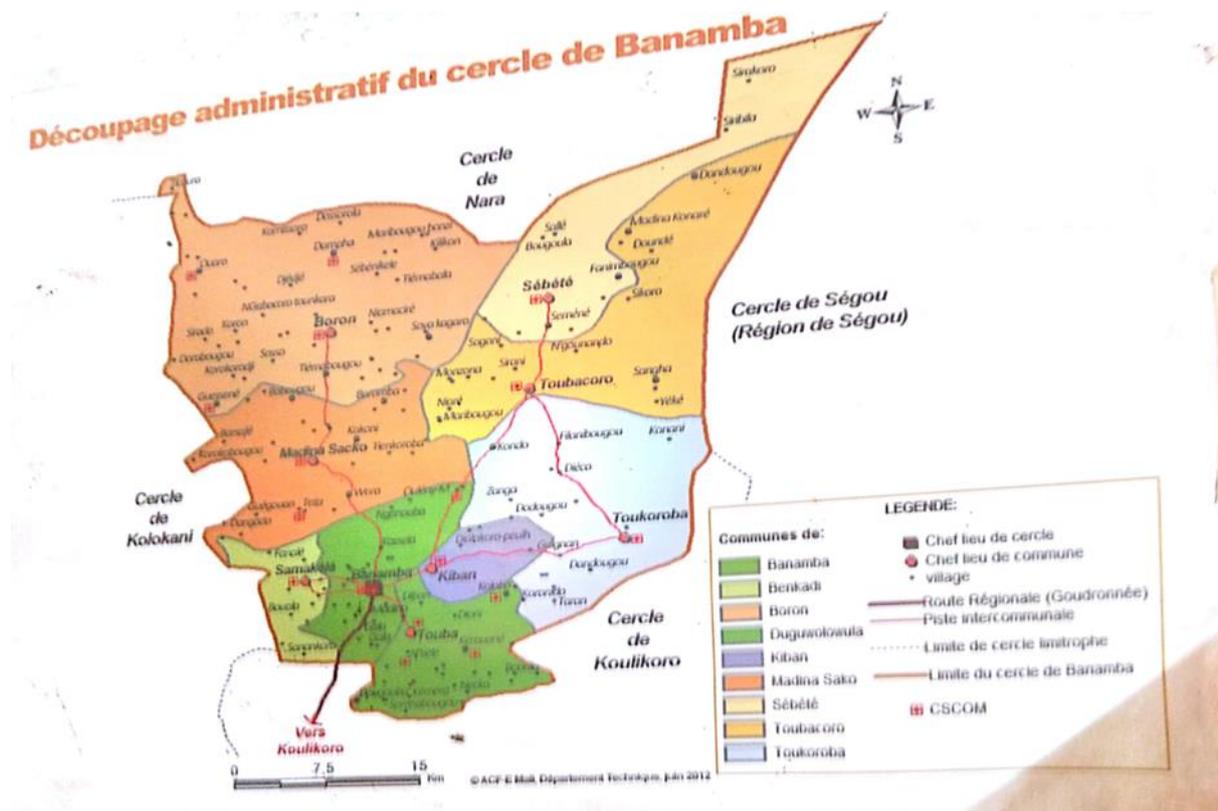
Banamba est une zone de commerce, pratiqué par les Sarakolés. Mais les coûts des marchandises sont élevés à cause de l'enclavement du cercle.

Banamba a une foire hebdomadaire qui se tient tous les lundis.

Le transport est assuré entre Banamba et Bamako par les gros camions, les cars ; les minicars ; les chevaux, les charrettes tractées par des ânes ou par des bœufs assurent les déplacements des populations à l'intérieur du cercle.

Les engins à deux roues assurent aussi le déplacement de la population jeune très mobile. Plusieurs localités du cercle sont reliées à Bamako par des transports publics.

EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION OBSTETRICALE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BANAMBA



B.1.3. Données démographiques

Le cercle de Banamba compte une population de 220418 **habitants** répartis entre les communes comme suit :

Tableau 1 : Répartition de la population par commune

COMMUNES	POPULATION	NOMBRE VILLAGES
Banamba	33298	22
Benkadi	7691	13
Boron	38538	48
Dougouwolowila	42684	36
Kiban	11896	5
Madina-Sacko	21642	30
Sébété	7022	10
Toubacoro	11488	28
Tokoroba	6976	12
Total:	181235	204

Source : *Recensement Général de la Population : 2009*

Les principales ethnies du cercle sont les Bambara, les Peulhs, les Sarakolés, les Kagoros et les Maures.

B.2. Description des caractéristiques de la population

B.2.1. Données historiques

Selon les chroniques de la tradition orale, le village de Banamba aurait été fondé vers 1825 par un chasseur bambara du nom de Mathèfili COULIBALY, sous l'appellation de « N'Guilikido »

Après arrivèrent les « Simpara » sous la direction de Hadji Simpara. Il faut noter que les ancêtres des Simpara seraient venus de Gadiaga, arrondissement d'Ambédidy région de Kayes où ils étaient connus sous le nom Bathily.

La commune rurale de Banamba a été fondée autour de l'ancien chef lieu de l'arrondissement central et chef lieu de cercle.

Les concertations villageoises et les travaux des commissions de découpage ont abouti au regroupement de vingt six (26) villages de l'ex-arrondissement plus deux (02) villages de l'ex arrondissement de Touba (Gana et Badoucourébougou).

La commune rurale de Banamba a été créée par la loi N°96-059/AN – RM du 04 novembre 1996 modifiée portant création des communes en république du Mali.

Le taux d'accroissement du cercle est de 2,2% ; il varie en fonction des ethnies : plus faible chez les bambara 1,7% contre 3,2% chez les Sarakolés très dominants

B.2.2. Données socioculturelles

❖ Organisation Sociale :

Dans le but de renforcer la cohésion sociale, de présenter les normes et valeurs, chaque société adopte une certaine organisation. Dans le cercle de Banamba, chaque village a un chef et un conseil de village.

La pyramide sociale est composée de trois classes : les nobles, les hommes de caste et les captifs.

La religion dominante est l'Islam, vient ensuite l'animisme. Le Christianisme a très peu d'adhérents.

❖ Culture / Tradition :

Le mariage est une institution sociale. A Banamba, l'âge moyen au mariage est de 18 à 20 ans pour les garçons et de 13 à 17 ans pour les filles.

Les festivités de mariage se déroulent ensemble en un seul jour, fixé par les notables, en saison sèche et très souvent au mois d'Avril et font l'objet d'un mouvement important des ressortissants vers le village natal. On observe surtout des mariages de parenté et des mariages précoces.

L'excision est pratiquée à Banamba et se fait tout juste après le baptême ou avant l'âge scolaire.

ONG et Associations :

Le cercle de Banamba possède plusieurs associations dont les plus connues sont :

World Education, CAEB, AGIDE, CSPEEDA, CR-ONG, L'ONG jigi, le syndicat Yiriwaso du cercle de Banamba, l'ANICT, l'UNUCEF, L'ONG DERK, la SNV, FELAPH, Association des personnes vivant avec le VIH (SIDA LAKARI), Association des femmes démunies seules chargées de famille, Association des femmes HEREMA KONO de Kodjan Fofanala, CRADE, HKI, COFESFA, JIGIYASOBA (institution financière d'épargne et crédit)

B.3. Situation Sanitaire :

▪ Présentation du CSREF de Banamba :

❖ Cadre de stage

Le centre de santé de référence de Banamba est le niveau d'appui / conseil et de coordination des activités de santé de tous les centres de santé communautaire sur l'ensemble du cercle. Il est délimité :

- à l'Est par le CSCOM dembagnouman et le jardin d'enfants Hadji Simpara
- à l'Ouest par la route de Banamba – Boron qui passe devant la porte du CS Réf et l'Office des Postes et Télécommunications ;
- au Nord par le groupe scolaire Ismaïla Diawara ;
- au Sud par la route de Banamba – Kiban

Le centre existe depuis longtemps ; il a évolué avec l'indépendance du pays et les différentes réformes administratives et sanitaires. Il est devenu service socio sanitaire avec l'avènement des soins de santé primaires et centre de santé de référence avec le PRODESS.

Ce centre de santé de référence a eu son bloc opératoire en 1982 avec le Plan International de parrainage. Avec l'organisation du système de Référence/évacuation, le centre a bénéficié d'une rénovation qui a permis la construction d'un autre bloc opératoire et donné de nouveaux équipements en 1997 – 98.

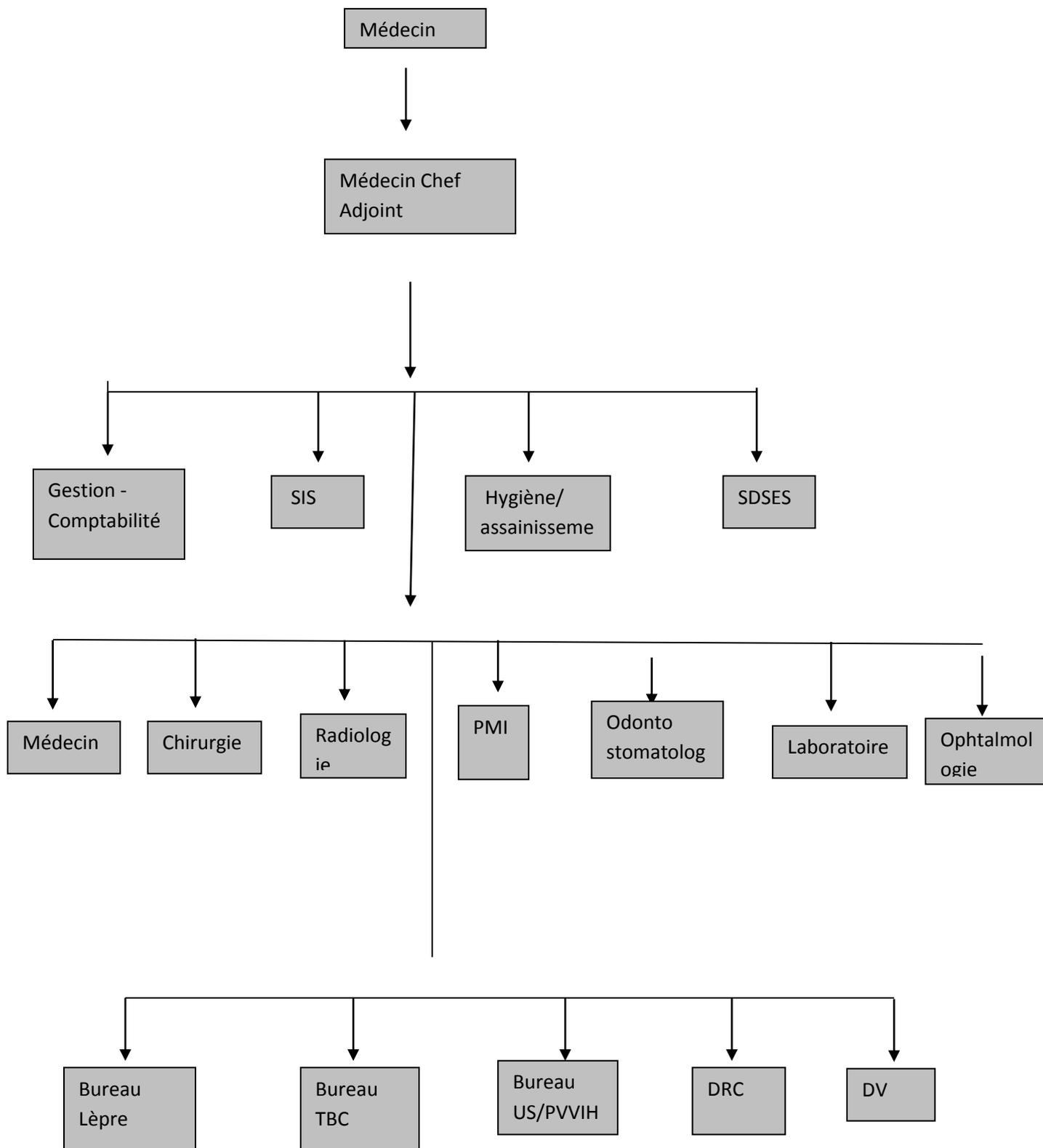
Actuellement le centre de santé de référence a été entièrement rénové et comprend les services et unités suivants :

- un bloc administratif abritant le bureau du médecin chef, le secrétariat, le système local d'informations sanitaires
- l'unité médecine et ses salles d'hospitalisations
- l'unité Chirurgie comprenant deux blocs opératoires dont un fonctionnel et les salles d'hospitalisations
- la PMI comprenant tous les soins maternels et infantiles
- l'unité gestion financière du CSREF comprenant le DRC et le DVC
- le laboratoire d'analyses
- un Service de Développement social et de l'Economie solidaire
- un Service d'hygiène
- un bureau lèpre
- un bureau du programme de lutte contre la tuberculose
- un bureau PEV
- une unité d'ophtalmologie
- une unité de radio non fonctionnel
- une unité de stomatologie fonctionnelle

Le centre de santé de référence est une structure de cercle qui reçoit les cas graves et compliqués. Il est géré par un conseil de gestion dont la présidence est assurée par le conseil du cercle.

Banamba est en même temps chef-lieu de cercle et de commune et une grande ville qui a donné son nom au cercle.

❖ Organigrammes de structure du CS Réf de BANAMBA



4.1. Lieu d'étude : Centre de santé de référence de Banamba

4.2. Période d'étude : Notre étude s'est déroulée sur une période d'un an allant du 1er Octobre 2017 au 30 Septembre 2018.

4.3. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude prospective avec recueil prospectif des données se rapportant aux cas d'urgences obstétricales évacuées ou référées dans le CS Réf de Banamba.

4.4. L'échantillonnage : Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif ou nous avons pris en compte les parturientes évacuées ou référées et prises en charge au CS Réf pour une urgence obstétricale dans le cadre de la Référence/évacuation.

4.5. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes référées ou évacuées pour un problème obstétrical avec un support conventionnel (fiche de référence/évacuation) ayant bénéficié d'une prise en charge dans le service.

4.6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- les patientes admises au centre pour un problème non obstétrical.
- les patientes venues d'elles même.
- les patientes admises au centre sans support conventionnel

4.7. Analyses et saisie des données : Les données ont été traitées et saisie sur WORLD 2010 et analysées par le logiciel Epi info 6

III-RESULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

Fréquence globale : Durant la période d'étude allant du 1^{er} Octobre 2017 au 31 Septembre 2018 sur 1001 patientes enregistrés a la maternité 284 parturientes ont été référées / évacuées soit une fréquence globale de 28,3%.

Tableau I : répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
< 20 ans	116	40,85
20 – 30 ans	110	38,73
31 – 40 ans	56	19,72
41 – 50 ans	2	0,70
Total	284	100

Les adolescentes inférieure à 20ans étaient les plus représentées avec 116 cas sur 284 soit 40,85 %.

Tableau II : répartition des patientes en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Enseignante	2	0,70
Femme au foyer	278	97,89
Vendeuse	1	0,35
Autres	3	1,06
Total	284	100

Les femmes au foyer représentaient 278 cas sur 284 soit 98%

Tableau III : répartition des patientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	115	40,49
Malinké	5	1,76
Peulh	58	20,42
Soninké	94	33,10
Autres	12	4,23
Total	284	100

Les bambaras étaient majoritaires avec 115 cas sur 284 soit 40,49%

Tableau IV : répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	5	1,78
Mariée	274	97,51
Veuve	2	0,71
Total	284	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 274 cas sur 284 soit 97,51%

Tableau V : répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
HTA	9	3,17
Maladie mentale	2	0,70
Anémie	3	1,05
Aucun	270	95,07
Total	284	100

Seulement 9 patientes étaient hypertendues ; Maladie mentale :2 ; Anémie :3 et 270 sur 284 cas n'ont aucun antécédent médical

Tableau VI : répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Grande multigeste	63	22,18
Multigeste	54	19,01
Pauci geste	60	21,12
Primigeste	107	37,67
Total	284	100

Les primigestes ont représentées 107 cas soit 37 ,67% sur un ensemble de 284 cas de référence /évacuation

Tableau VII : répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Grande multipare	48	16,90
Multipare	55	19,36
Nullipare	104	36,61
Pauci pare	39	13,73
Primipare	38	13,38
Total	284	100

Dans notre étude les nullipares représentaient 104 cas soit 36,61% les 284 cas de référence/évacuation

Tableau VIII : répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants vivants

Enfants vivants	Fréquence	Pourcentage
> 7	20	7,04
0 – 2	183	64,44
3 – 5	53	18,66
5 – 7	28	9,86
Total	284	100

Dans notre étude les femmes ayant le nombre d'enfants entre 0 à 2 étaient les plus représentées avec 183 cas sur 284 soit 64,44%

*Tableau IX : répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants
décédés*

Enfants décédés	Fréquence	Pourcentage
> 5	1	0,35
0 – 2	265	93,97
3 – 5	16	5,67
Total	282	100

Durant notre étude les femmes ayant le nombre d'enfants compris entre 0 à 2 étaient les plus représentées avec 93,97%

Tableau X : répartition des patientes en fonction du nombre d'avortement

Avortement		
0 – 2	276	98,22
3 – 5	5	1,78
Total	284	100

Sur les 284 patientes référées /évacuées 276 patientes avaient le nombre d'avortement entre 0 à 2 soit 98,22%

Tableau XI : répartition des patientes en fonction du lieu de référence/évacuation

Lieu de référence/évacuation	Effectif	Pourcentage
CSCOM Banamba central	10	3,52
CSCOM Banamba Ouest	16	5,6
CSCOM Boron	11	3,9
CSCOM Bougouba	7	2,5
CSCOM Dampha	9	3,2
CSCOM Dangado	6	2,1
CSCOM Guessene	9	3,2
CSCOM Kerouané	13	4,6
CSCOM Kiban	19	6,7
CSCOM Kolobo	10	3,5
CSCOM Madina-Sacko	12	4,2
CSCOM N'Tiélé	7	2,5
CSCOM Ouaro	3	1
CSCOM Ouleyni	12	4,2
CSCOM Samakélé	9	3,2
CSCOM Sébété	8	2,8
CSCOM Tota	10	3,5
CSCOM Touba	21	7,4
CSCOM Toubacoro	11	3,9
CSCOM Toukoroba	6	2,1
Hors Zone	75	26,4
Total	284	100

La majorité des références/évacuations était effectuée par le CSCOM de Touba avec 21 cas soit 7,4%

Tableau XII : répartition des patientes en fonction de la longueur du trajet

Longueur du trajet	Fréquence	Pourcentage
5-20 km	75	26,4
25-30 km	58	20,42
35- 50 km	41	14,43
51-70 km	20	7,04
71-105 km	10	3,52
Indéterminée	75	26,4
Total	284	100

Durant notre étude 26,4% soit 75 patientes sur 284 parcouraient une distance comprise entre 5 à 20 km et 26,4% venaient d'une distance inconnue (hors zone)

Tableau XIII : répartition des patientes en fonction de la durée du trajet

Durée du trajet	Fréquence	Pourcentage
< 30 min	16	5,6
30min-59min	54	19,0
1H-1H59	53	18,7
2H-2H59	36	12,7
3H - 3H59	12	4,2
4H - 5H	7	2,5
Indéterminée	100	37,3
Total	284	100

Dans 37,3% des cas la durée du trajet était indéterminée et dans 19% des cas la durée était comprise entre 30 et 59 minutes

Tableau XIV : répartition des patientes en fonction du temps entre la réception et la prise en charge (temps entre réception et le début de traitement)

Temps entre la réception et la PEC	Fréquence	Pourcentage
1mn	4	1,4
10mn	9	3,2
2mn	65	22,9
3mn	75	26,4
4mn	45	15,8
5mn	40	14,1
6mn	31	10,9
7mn	8	2,8
8mn	6	2,1
9mn	1	0,4
Total	284	100

Dans 185 cas le temps du début de prise en charge était inférieur à 5 minutes

Tableau XV : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent référent

Qualification de l'agent référent	Fréquence	Pourcentage
Infirmier	150	52,8
Matrone	33	11,6
Médecin	83	29,2
Sage-femme	18	6,3
Total	284	100

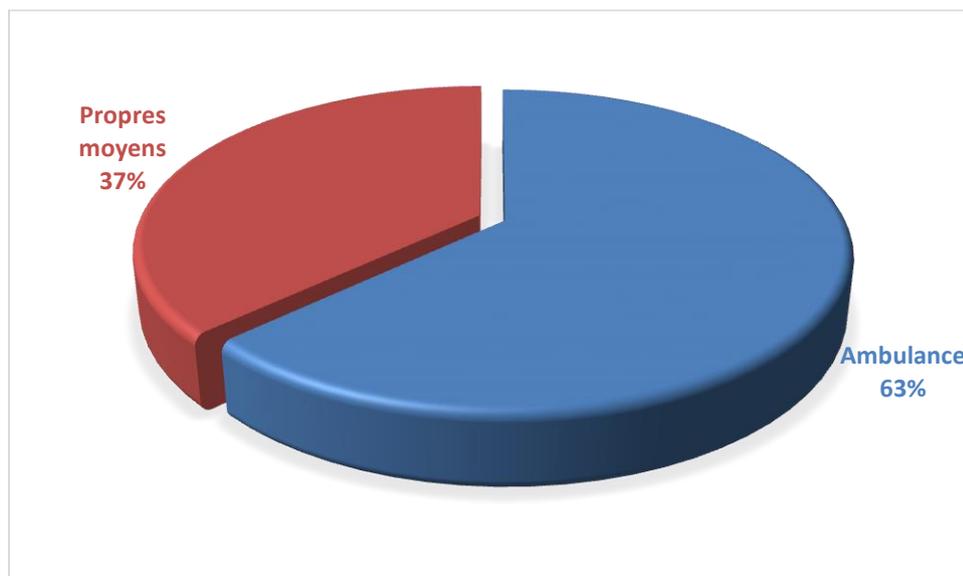
La majorité des patientes soit 52,8% était adressée par des infirmiers

Tableau XVI : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent accompagnant

Qualification de l'agent accompagnant	de Fréquence	Pourcentage
Aide-soignant	1	0,4
Autres	13	4,6
Infirmier	5	1,8
Interne	47	16,5
Matrone	130	45,8
Médecin	1	0,4
Sage-femme	3	1,1
Indéterminée	84	29,6
Total	284	100

Chez 130 patientes soit 45,8% étaient accompagnées par des matrones

Graphique 1 : Répartition des patientes en fonction du moyen de locomotion utilisée



L'ambulance était le moyen le plus utilisé dans 63,03 % des cas pour l'évacuation pendant la période d'étude.

Tableau XVII : répartition des patientes en fonction de moyen communication utilisée

Moyen de communication utilisé	Fréquence	Pourcentage
Commission	13	4,58
Téléphone	271	95,42
Total	284	100

Dans 95,42% des cas le moyen de communication utilisé était le téléphone

Tableau XVIII : répartition des patientes en fonction de motif de référence

Motif de référence	Fréquence	Pourcentage
Anémie	21	18,58
Facteurs de risque	86	76,10
Infection du post partum	2	1,76
Autres	4	3,53
TOTAL	113	100

Le motif de référence le plus fréquent était des grossesses à risque avec 76,10%

Tableau XIX : répartition des patientes en fonction de motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Fréquence	Pourcentage
Dystocie	68	39,76
Hémorragie	38	22,22
Menace d'accouchement	2	1,16
Pré-éclampsie	/	
Eclampsie	28	16,37
Rupture utérine	1	0,58
SFA	3	1,75
Présentations vicieuses	29	16,95
Autres	2	1,16
Total	171	100

Le motif d'évacuation le plus fréquent était les dystocies avec 39,76%

Tableau XX : répartition des patientes en fonction de temps de prise en charge

Temps de prise en charge	Fréquence	Pourcentage
00 – 60 mn	86	30,28
121 – 180 mn	33	11,62
181 – 240 mn	17	5,99
61 – 120 mn	82	28,87
Indéterminé	66	23,24
Total	284	100

Pendant la durée d'étude 86 patientes soit 30,28% avaient un temps de prise en charge de moins de 60 minutes

Tableau XXI : répartition des patientes en fonction du type d'intervention

Type d'intervention	Fréquence	Pourcentage
Accouchement instrumental	27	9,5
Autres	4	1,4
Césarienne	91	32,0
Laparotomie	2	0,7
PEC médicale	40	14,1
Voie basse	120	42,3
Total	284	100

La voie basse est la voie d'intervention la plus fréquente avec 147 cas soit 51,8

Tableau XXII : répartition des patientes en fonction de l'indication de césarienne

Indication de césarienne	Fréquence	Pourcentage
Autres	19	20,88
Dystocie	26	28,57
Eclampsie	7	7,69
HRP	6	6,59
Placenta Prævia	8	8,79
Pré rupture	5	5,49
Présentation du front	2	2,20
Présentation transverse	4	4,40
SFA	8	8,79
Utérus cicatriciel	6	6,59
Total	91	100

La dystocie était l'indication de césarienne la plus fréquente avec 28,57% des cas. Les autres* : **8,8%** DFP ;**3,3%** Primipares âgées ; **2,2%** rétention de la tête derrière ;**6,6%** Procidence du cordon

Tableau XXIII : répartition des patientes en fonction de la réalisation d'une transfusion

Transfusion	Fréquence	Pourcentage
Oui	51	17,96
Non	233	82,04
Total	284	100

Dans notre étude 233 patientes n'ont pas été transfusées soit 82,04% et 17,96% ont été transfusées soit 51 patientes

Tableau XXIV : répartition des patientes en fonction de voie veineuse à l'entrée

Voie veineuse	Effectif	Pourcentage
Oui	119	41,9%
Non	165	58,1%
Total	284	100%

Au cours de notre étude 165 patientes avaient une voie veineuse à l'entrée soit 58,1%

Tableau XXV : répartition des patientes en fonction de la survenue de complication post opératoires

Survenue de complications post opératoires	Fréquence	Pourcentage
Oui	19	20,43
Non	74	73,56
Total	93	100

Dans notre étude 73,56% n'ont pas connu de complications post opératoires

Tableau XXVI : répartition des patientes en fonction du type de complications post opératoires

Type complications post opératoires	Fréquence	Pourcentage
Hémorragie	3	15,8
Infections puerpérales	3	15,8
Suppurations	9	47,4
Anémie	3	15,8
Névrite	1	5,2
Total	19	100

Les suppurations étaient les complications post-opératoires les plus observées avec 11 cas.

Tableau XXVII : répartition des patientes en fonction de l'évacuation vers EPH

Evacuation vers EPH	Fréquence	Pourcentage
Oui	10	3,52
Non	274	96,48
Total	284	100

Au cours de notre étude 10 patientes soit 3,52% ont été évacuées vers un EPH

Tableau XXVIII : répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation vers un EPH

Motif d'évacuation	Fréquence	Pourcentage
A la demande des parents	2	20,0
Cardiopathie probable	1	10,0
Complications rénales	3	30,0
Consultation traumatologie	1	10,0
Maladies thromboemboliques	1	10,0
Manque de plateau technique	1	10,0
Suspicion de CIVD	1	10,0
Total	10	100

Dans notre étude 10 patientes ont été évacuées vers un E.P.H soit 3,52%. 20% à la demande des parents ; 10% pour cardiopathie probable ;30% pour complications rénales ;10% pour complication traumatologique ;10% pour maladies thromboemboliques ;10% pour suspicion de CIVD et 10% pour manque de plateau technique

Tableau XXIX : répartition des patientes en fonction de retard à l'évacuation

Retard à l'évacuation	Fréquence	Pourcentage
Oui	86	30,3%
Non	198	69,7%
Total	284	100%

Dans notre étude 30,3% des patientes ont accusées d'un retard à l'évacuation

Tableau XXX : répartition des patientes en fonction du motif de retard à l'évacuation

Motif du retard	Fréquence	Pourcentage
Trousse financière non disponible	24	27,9%
Accompagnant non disponible	5	5,8%
Retard à l'arrivée de l'ambulance	55	63,9%
Réticence première de la parturiente	2	2,3%
Total	86	100%

Dans notre étude 63,9% de retard sont dus à un retard à l'arrivée de l'ambulance

Tableau XXXI : répartition des patientes en fonction de l'état de la mère à la sortie

Etat de la mère à la sortie	Fréquence	Pourcentage
Décédée	2	0,7
Vivante	282	99,29
Total	284	100

Au cours de notre étude 282 patientes étaient vivantes à la sortie soit 99,29% et 2 patientes décédées soit 0,7%.

Les causes des décès étaient dues à l'éclampsie avec complication rénales et l'autre était due à l'hémorragie du post partum immédiat

Tableau XXXII : répartition des patientes en fonction de l'état du nouveau-né

Etat du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Décès dans les 24Heures	4	1,4
Mort-né	54	19,0
Vivant	212	74,6
Indéterminé	14	4,9
Total	284	100

Le pronostic a été défavorable chez 58 nouveau-nés soit 20,4%

Tableau XXXIII : état de fonctionnement des ambulances

Ambulance	Date de mise en service	Marque	Etat actuel
Ambulance 4x4	2000	Land cruiser Toyota	Passable
Ambulance 4x4	2003	Toyota Hilux	Passable
Ambulance SUN RAY	2013	ABS+EBD	Passable

Les deux ambulances 4x4 sont réservées pour le transport des patientes du CSCOM au CS Réf. Et l'autre ambulance SUN RAY n'étant pas adapté dans les brousses est réservé pour les évacuations vers les EPH

**Tableau XXXIV : états de paiement de quotes parts dans le cercle de
Banamba 2018**

Acteurs	Nombre	Part individuel	Montant à recouvrer	Montant recouvrer 2018	Montant reste à recouvrer
ASACO	20	200000	4000000	3450000	550000
Mairie	9	150000	1350000	300000	1050000
Conseil de cercle	1	150000	150000	0	150000
Total	30	500000	5500000	3750000	1750000

Au cours de notre étude les ASACO étaient les plus impliqués dans le système évacuation avec un taux de participation à 86,25%

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1.Aspect méthodologique :

L'étude prospective s'est étendue sur 12 mois. Ainsi sur les 1001 admissions effectuées dans la période d'étude, 284 patientes ont été enregistrées dans la référence évacuation dans notre étude. L'une des difficultés rencontrées durant notre étude est le non paiement des quottes part par certaines autorités communales dont certaines mairies et le conseil de cercle pour la prise en charge des évacuations. Dans ce contexte les familles sont obligées de payer les frais pour le carburant de l'ambulance.

Le retard en fonction de la distance, et l'état des routes sont la cause principale de la grande morbidité et mortalité materno-fœtale dans notre étude.

2-Fréquence :

Durant la période d'étude (12 mois) 1001 admissions ont été effectuées à la maternité du CS Réf de Banamba dont 284 évacuées soit une fréquence de 28,37%. Notre fréquence se rapproche un peu de celle trouvée par TRAORE. K [20] NIONO (24,4%). Par contre elle est nettement supérieure à celles rapportées par THIERO [21] au CHU Gabriel Touré (12,9), MACALOU [22] à l'hôpital régional de Kayes (11,5%) et FALL [23] au Sénégal (6,1%). La fréquence des évacuations est diversement appréciée cela dépend de la zone et du mode de recrutement. Dans les pays développés les évacuations sont exceptionnelles car il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [24]. Notre fréquence pourrait s'expliquer par le fait que le district sanitaire de Banamba couvre assez d'aires de santé (20) d'une part et d'autre part reflète l'application assez correcte du système de référence/évacuation au niveau local et le renforcement des capacités en matière de réduction de la mortalité materno-fœtale.

3. Profil sociodémographique :

Age :

Les adolescentes âgées de moins 20 ans étaient majoritaires soit 40,87%.

Dans la même tranche d'âge Diarra M. [25], Alamine [26] et Touré A. [27] trouvent respectivement 48,09% ; 41% et 27,6%. Le jeune âge de la majorité de nos patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue de grossesses précoces dans un contexte d'immaturation physique et psychique ; toute chose pouvant jouer un rôle certain dans la survenue des dystocies.

Statut matrimonial :

Les célibataires ont été retrouvées avec une fréquence de 1,78%. Ces taux pourraient s'expliquer par la discrimination et la stigmatisation qu'engendre la conception hors mariage, encore mal acceptée dans nos sociétés traditionnelles africaines. Il a été observé dans notre étude 97,51% de femmes mariées. Macalou B. [22] (2002), Diarra M. [25] (2008) et Alamine [26] (2004) ont rapporté respectivement 96,80%, 88,46% et 80,9%.

Profession de la patiente :

Les ménagères étaient les plus représentées avec 97,89% des cas. Ce résultat est proche de ceux de Macalou B. [22] et Fall G. [23] qui étaient respectivement 92,8% et 92,24 %.

Ethnie :

Les ethnies Bambara ; Soninké et Peulh étaient les plus représentées dans notre étude avec respectivement 40,49% ; 33,10% et 20,42% des évacuées/référées. Ces taux élevés s'expliquent par le fait que ces trois (3) ethnies sont dominantes dans le cercle de Banamba.

4-Les antécédents :

La gestité et la parité ont joué un rôle important dans les causes des évacuations. Les nullipares représentaient la proportion la plus importante (36,40%). Ce taux confirme la notion de risque de la gravido-puerpéralité de la femme n'ayant

aucune expérience de la parturition et par le nombre d'adolescence élevé dans notre étude. Notre taux est inférieur à celui de MACALOU [22] (37,7%) et supérieur à celui de THIERO [21] (30,6%). Les grandes multipares représentaient 16,96% dans notre série. Ce résultat est supérieur à celui de CAMARA [28] (9,2%) et inférieur à celui de THIERO [21] (30,6%). Le risque chez ces dernières est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesse multiples et rapprochées dues à un faible niveau de contraception de nos patientes.

5-Provenance et distance parcourue :

Dans 26,4% des cas, les patientes ont parcourues une distance comprise entre 5-20 Km avec des extrêmes de 0km-105km. Ceci est dû au fait que la plupart des patientes venait des différentes communes de Banamba. Des extrêmes de 2Km-180Km et 2Km-250Km ont été rapportées respectivement par Macalou B. [22] et Diarra M. [25].

Le CSCOM de Touba a évacué 7,4% de nos patientes suivies de Kiban 6,7% et du CSCOM Banamba Ouest 5,6%. La fréquence élevée des évacuées dans ces trois zones est dû à la grande affluence au niveau de ces trois CSCOM, leur bonne organisation et la qualité de leur personnel

6-Durée du trajet :

C'est le temps mis entre le départ de l'ambulance au CS Réf et l'arrivée de l'ambulance au CS Réf. Les extrêmes pour la durée du trajet ont été de 15 mn (patientes venant de la ville de Banamba) et 5 heures (patientes venant de Ouaro, localité située à 105 km de Banamba, à cause de l'état de la route). Dans 37,3% la durée est indéterminée et dans 19% des cas la durée était comprise entre 30 mn et 59mn.

7-Temps entre la réception et la prise en charge

C'est le temps compris entre l'admission et le début des prises en charges avec des extrêmes entre 1mn et 10mn. Ce temps allongé parfois peut être expliqué par des plateaux techniques insuffisants ou aux manques de personnels

8-Qualifications de l'agent demandeur de la référence /évacuations

La majorité des références/évacuations étaient faites par les infirmiers avec 52,8% des cas. Diarra B. [29] en 2007 et Touré A. [27] en 2010 ont trouvé chacun 37% et 64,8% des taux de référence/évacuation faite par les matrones. Ceci s'explique par le fait que la plupart des CSCOM sont tenus par les infirmiers (DTC) qui ordonnent les évacuations. Seulement 29,2% des références/évacuations ont été faites par les médecins alors que Diarra M. [25] au Point-G et Alamine [26] en commune I ont rapporté respectivement 41,20% et 48,8% des références/évacuations faites par les médecins. Notre résultat s'explique par la présence de médecins dans 5 CSCOM sur 20 que compte le district sanitaire de Banamba

9-Qualifications de l'agent accompagnant de la référence /évacuation

Au cours de notre étude environ 45,8% des patientes ont été accompagnées par des matrones ;16,50% par des internes ; 29,6% sans accompagnant. Ceci s'explique par l'insuffisance de personnel qualifié dans la référence/évacuation

10-Moyens de locomotion utilisé dans la référence/évacuation

Parmi les patientes évacuées 63,03% l'avaient été par ambulance. Ce taux d'évacuation par ambulance est inférieur à celui de Diarra M [25] qui retrouve 73, 6% et C. Oumar [3] avec 71,6% mais reste supérieur à celui d'Alamine [26] et Macalou B. [22] qui ont retrouvé respectivement : 0,8% et 14,71%.

Les évacuées par ambulance étaient assistées d'un agent de santé durant le parcours

Ce résultat s'explique par les efforts consentis par les autorités de tutelle dans la dotation en ambulance et l'organisation du système de référence /évacuation.

11-Moyens de communication utilisé dans la référence/évacuation

Le moyen de communication le plus couramment utilisé est le téléphone avec 95,42%. Ceci s'explique par l'avènement et le développement de la technologie dans le cercle de Banamba.

12- Motifs de référence/évacuation :

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés étaient :

- ◆La dystocie dans 23,9 % ;
- ◆Les facteurs de risque sur grossesse dans 30,3% ;
- ◆Les hémorragies dans 13,4 %.
- ◆Les Pré-éclampsie /éclampsie dans 9,9%

Niaré A. [30] rapportait par ordre de fréquence :la disproportion foetopelvienne : 30,32%, la présentation vicieuse :12,3%, l'hémorragie : 8,61% des cas en 2009 au CS Réf CII. Traoré B.D. [31] rapportait dans son étude, par ordre de fréquence : la dilatation stationnaire 13,29%, l'utérus cicatriciel 8,65%, l'éclampsie 6,86% des cas, en 2010 au CS Réf CVI.

13-Temps de prise en charge

Au cours de notre étude 30,28% des patientes étaient prises en charge entre 00mn et 60mn ; 28,87% entre 61mn et 120mn et 23,24% indéterminé Cela montre la qualité et la disponibilité des personnels qualifiés dans le district de Banamba

14-Types d'intervention

L'attitude thérapeutique dépend du diagnostic à l'admission, de l'état général de la mère et du fœtus. Le taux des interventions chirurgicales était de 32,7% dont 32% de césarienne,0,7% de laparotomie pour péritonite post partum et grossesse molaire.

Parmi les 91 patientes césarisées ; les plus fréquentes étaient pour : dystocie 28,57% ; SFA et HRP 8,79% ; Eclampsie 7,69%

L'accouchement s'est terminé par la voie basse dans 51,8% des cas. Il s'agit de 42,3% d'accouchement normal et 9,5% d'extraction instrumentale (ventouse). Et 14,1% des patientes ont été assurées par une prise en charge médicale Dans l'étude de THIERO [21] au CHU Gabriel Touré les interventions chirurgicales ont représenté 57,5% dont 50,63% de césarienne pendant que l'accouchement se terminait par la voie basse dans 42,5% des cas avec 39,12%

d'accouchements normaux. SAVADOGO S. [32] a trouvé 50,6% comme taux de césarienne au CHU de Point G

Dans notre étude 17,96% patientes ont été transfusées soit 51 patientes et 82,04% sont restées sans transfusion soit 233 patientes. Ce résultat est nettement supérieur à celui de Cisse.B[35] et de EL ADJ.I[12] qui ont respectivement trouvés 9,4% et 2,4% de transfusion sanguine

15-Types de complications post opératoires

L'étude des suites post opératoires nous a permis de recenser 19 cas de complications post opératoires soit 20,43% contre 73,56% de suites simples. Notre résultat se rapproche de celui de KEITA. A [33] qui a trouvé 15,3% de complication contre 84,7% de suites simples.

Les complications étaient :

- Hémorragie dans 13,6% des cas ;
- Infections puerpérales dans 18,2% des cas
- Suppurations dans 50% des cas
- Anémie dans 13,6% des cas

16-Présence de partogramme

Dans notre étude 46,5% des patientes avaient un partogramme à l'arrivée. Cheick O. [3] et Alamine [26] ont respectivement trouvés 6,9% et 19,4%

17-Voie veineuse :

La majorité de nos patientes référées ou évacuées n'avaient pas d'abord veineux dans 58,1% des cas.

Ce taux est bas par rapport à ceux trouvés par Traoré B.D.[31] et EL Adj I.[12] qui ont respectivement trouvé 72,47% et 50,3% en 2010 au CS Réf CVI et en 2012-2013 au CS Réf CII

18-Evacuation vers un EPH

Durant la période d'étude 3,53% soit 10 patientes ont été évacuées sur Bamako pour :cardiopathie ;complications rénales ;consultation traumatologie ;maladies

thromboemboliques ;manque de plateau technique ; à la demandes des parents ;suspicion de CIVD

19-Retard à l'évacuation :

Dans notre étude 30,3% des patientes ont accusé d'un retard à l'évacuation.

Diarra M. [25] et Alamine [26] ont respectivement trouvé 33,92% et 48,52%

20-Motif du retard à l'évacuation :

Durant notre étude 63,9% de retard à l'évacuation étaient dus à un retard à l'arrivée de l'ambulance. Ce retard à l'ambulance peut s'expliquer par le mauvais état de certaines routes ou un déplacement de l'ambulance pour une autre évacuation

21-Mortalité maternelle

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 2cas de décès maternel soit un taux de 0,7 %. Macalou B. [22] en 2002, Dolo K. [34] en 2008 et Touré A. [27] en 2010 rapportaient respectivement 6,50% ;5,76% et 2,8%. L'éclampsie avec des complications rénales était la cause du 1^{er} décès et l'hémorragie était la cause du 2^{ème} décès dans notre série de cas.

Le taux de décès maternel était estimé à Banamba selon le rapport d'activités de 2004 à 17 cas soit 5% des malades admises à la maternité avant la gratuité de la césarienne en 2005

Ce taux de mortalité maternelle pourrait s'expliquer par les trois (3) types de retard décrits par Maine D. [9], le manque de sang par refus des parents de donner du sang. Ce taux de décès maternel pourrait être réduit en améliorant le système de référence /évacuation

22-Etat du nouveau-né à la sortie

Au cours de notre étude le taux de nouveau-nés vivants et de mort-nés était respectivement de 74,6% et 19%. Cheick O. [3] en 2013 à Kita, Amadou I. [1] en 2015 ont rapporté respectivement 83,3% et 15,13% ; 76% et 24%. Ces taux élevés de mort-nés s'expliqueraient par le mode d'admission, le retard à l'évacuation et le non suivi prénatal chez certaines patientes

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V-CONCLUSION

Un renforcement du système référence /évacuation est nécessaire pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales.

VI- RESUME

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées : le délai d'évacuation, le suivi de la grossesse et l'acte effectué.

La tranche d'âge de 20-35 ans était la plus représentée.

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés étaient :

- Travail dystocique 23,9%,
- Facteurs de risque sur grossesse 30,3%
- Hémorragies 13,4%
- Présentations vicieuses 10,2%,
- Prééclampsie/éclampsie 9,9%.

La voie basse était le mode d'accouchement le plus utilisé avec 42,3%. Le taux de mortalité était de 20,30% dont l'hémorragie maternelle et le retard d'évacuation étaient les principales causes. Le taux de décès maternel était de 0,7%, dû au choc hypovolémique par hémorragie et l'éclampsie avec complications rénales.

La mise en place du système de référence/évacuation associé à la gratuité de la césarienne ont permis de diminuer le taux de décès maternel et fœtal. Cependant des difficultés persistent dans le système de référence /évacuation dont :

- le non paiement des quotes parts par les autorités communales
- le retard d'évacuation : le mauvais état des routes ; la réticence première de la parturiente ou ses parents
- la communication : réseaux téléphoniques perturbés

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer la prise en charge des évacuées nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités socio-sanitaires :

- construire un bloc de césarienne
- Installer un petit laboratoire au niveau de chaque CSCOM pour les examens complémentaires indispensables ;
- Rendre disponible le sang en permanence à la mini banque de sang au CS Réf ;
- Recruter des sages-femmes, des personnels qualifiés et assurer la formation continue du personnel existant.

Au personnel de sante :

- Assurer une CPN de qualité tout en insistant sur le plan d'accouchement ;
- Surveiller le travail d'accouchement par l'utilisation correcte et systématique du partogramme ;
- Sensibiliser la population sur l'importance de la surveillance de la grossesse dans les centres de santé ;
- Sensibiliser la population sur les avantages des méthodes modernes de PF ;
- Améliorer l'organisation des références/évacuations et veiller à la prise d'une voie veineuse avant la référence/ évacuation.

A la population :

- Suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- Eviter le mariage précoce des filles ;
- Exhorter la population à s'impliquer d'avantage dans le système de référence/évacuation par le paiement des cotisations des ASACO des collectivités territoriales (quote part).

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1-Coulibaly A. Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au CS Réf de la commune V de Bamako

2-OMS.

Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.

Genève : OMS ; 2005. 261p (1-12).

3-Cheick O. Evaluation du système de référence/évacuation a la maternité du district sanitaire de Kita

4-Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali.

Enquête Démographique et de Santé du Mali.2001

5-Interagency group for safe motherhood.

The safe motherhood action agenda: Priorities for the next decade. Colombo, Sri Lanka 1997,1-95

6-Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali.

Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population 1990

7-Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali.

Enquête Démographique et de Santé du Mali.2001

8-Ministère de la santé et de l'économie, de l'industrie, du commerce du Mali.

Enquête Démographique et de Santé du Mali.2006.

9- Maine D. et Col.

La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. École de santé publique, Université de Columbia. Int. J

Gynaecol Obstet. 1997 Nov., 59 Suppl 2: 5259-65.

10-Merger R., Levy J., Melchior J.

Précis d'obstétrique. 6^{ème} Edit. Paris : MASSON,1995.597p

11-Le Horrier G., Solat J.

Mécanisme général de l'accouchement. Encyclopédie médicale Obstétrique,
Paris, 1986. 1 ,5070 C 10.

12-EL ADJ I. Evaluation du système référence/évacuation a la maternité du CS
Réf de la commune II de Bamako

13-VEQUEAU – GOUA V., PIERRE F.

La grossesse extra-utérine : Etiologie, Diagnostic, Traitement. Impact
internat 1999; p. 201-206

14-Saye M.

Les urgences obstétricales à l'hôpital régional Somine Dolo de Mopti à propos
de 140 cas. Thèse Méd. : Bamako, FMPOS, 2005,82p, n0120

15- LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H.

Pratique de l'accouchement, 3^{ème} Edit. Paris : Masson, 2001

16- Delecour M.

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves ?
Entretien de Bichat-chirurgie et spécialité ; 1980 :177-179.

17-Ministère de la Santé du Mali.

Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali.
Mai 2000, 49p.

18-Lansac J. C Berger. C Magnin et AL.

Obstétrique pour le praticien 2^{ème} édit. Paris, SIMEP 1990 chapitre 7 (152-162).

19- Millier J.

Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien
3^{ème} édit. 1989.

20-Traoré K. Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de
Niono. Thèse Med, Bamako, 2005, No

21-Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital
Gabriel Touré : à propos de 160 cas. Thèse Med. Bamako, 1995, No17.

22- Macalou B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional
Fousseyni Daou de Kayes. Thèse Méd. Bamako, 2002, No142.

23-Fall G (épouse Kandji) Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence d'Afrique sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996. Thèse Med, Dakar, 1996.

24- Berland M. Le choc en obstétrique. Enc Med chir Paris obstet 1980. 65082A10.

25- Diarra M. Evacuations obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique du Point-G.

Thèse Méd. : Bamako, FMPOS, 2008, 108p, n°131.

26- Altanata S., Alamine. Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako de novembre 2003 à octobre 2004 à propos de 371cas.

Thèse Méd. : Bamako, FMPOS, 2005, 65p, 168

27-Touré Abdoul Aziz. Système de référence/évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de Kolokani. Etude prospective à propos de 145 cas. Thèse Méd. : Bamako, FMPOS, 2010, 90p.

28-Camara S (épouse Kaba). Evacuations sanitaires d'urgence en Obstétrique: bilan de 2 années d'étude. Thèse Med. Bamako, 2000, No714.

29- Diarra Broulaye. Evaluation du système de référence et évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de juillet 2005 à juin 2006.

Thèse Méd. : Bamako, FMPOS, 2007, 67p, n°153

30-Niaré A. Evacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune II. Thèse méd. Bamako 2009 N°241

31-Traoré B.D. Problématique du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse méd. Bamako 2010.N°365

32-Savadogo S. Les urgences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point G. Thèse Med. Bamako, 2012, No133

33-Kéita A. (épouse SYLLA) Les évacuations obstétricales à l'hôpital de

Sikasso. Thèse Med, Bamako, 2010, No 453.

34-Dolo K. Evaluation du système de référence/évacuation gynéco-obstétricale à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Etude Longitudinale, descriptive et prospective. Thèse Méd. : Bamako, FMPOS, 2008, 118p, n°238.

35-CISSE B. Evaluation du système de référence /évacuation des urgences obstétricales au Cs réf de Marakala

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. Caractéristiques sociodémographiques :

1-Nom et prénom:.....

2-Age: Inf. à 20 ans 20 – 30 ans 31-40 ans 41-50 ans sup à 50 ans

Profession:..... Village:.....

3-Ethnie :..... Statut matrimonial :.....

4-Numero de telephone :

4-Etude clinique :

a) Antecedents medicaux:HTA / /Diabete/ / Maladie mental/ / Anemie/ /

b) Antecedents chirurgicaux:

c)Antecedents obstetricaux:Grossesse / / Parite/ /Vivants/ /Decede/ /Avortement/ /

II. Données par rapport à la référence/évacuation

Date : Heure appel d'ambulance:.....

Heure départ CS Réf : Heure arrivée CS Réf:.....

Duree du trajet :..... Temps entre reception et la PEC :.....

1. Qualité de l'agent qui réfère :

1=Médecin..... 2=Infirmier... 3= Matrone 6=Autre à préciser.....

2. Qualité de l'agent accompagnant :

1=Médecin..... 2=Infirmier..... 3=Aide soignant..... 5=Matrone.....

6=Autre à préciser.....

3. Moyen de locomotion utilisé

1=Ambulance 2=propres moyens 3=autres à préciser

4. Moyen de communication utilisé :

1=RAC 2=Téléphone 3= Commission 4=Autres à préciser.....

III. Motif de référence/évacuation du CSCom :

1=SFA.... 2=Dystocie..... 3=Hémorragie..... 4=Rupture utérine..... 5=infection post partum...

6= Facteurs de risques..... 7=Pré éclampsie/Eclampsie.....8=Anémie.....9=

Paludisme 10=Menace d'accouchement..... 11= Autres à préciser.....

IV. Prise en charge au niveau CSRéf

1. Temps de prise en charge : 1=00- 60mn..... 2=61-120 mn..... 3=121-180mn..

4=181-240mn..... 5=indt.....

2. Type d'intervention : 1= Césarienne..... 2= Voie basse..... 3=Laparotomie.....
4= Prise en charge médicale..... 5=Accouchement instrumental :.....6=Autres à
préciser.....

3. Si césarienne : Indication de la césarienne :

1=P. transverse..... 2=P. du front.... 3=Dystocie..... 4=HRP.... 5=Eclampsie..... 6= SFA.....
7= Pré rupture..... 8=PP.... 9= Utérus cicatriciel..... 10= Maladies métaboliques :
11=Autres à préciser.....

V. Transfusion sanguine

1=Oui..... 2=Non.....

Si oui :Nombre de poches / / Nature du produit sanguin :.....

VI. Complications post opératoires

1=Oui..... 2=Non.....

4. Si complication post opératoires : type de complications

4.1 Hémorragie : 1=Oui.... , 2=Non , 9=indt

4.2 Infections puerpérales : 1=Oui....., 2=Non, 9=inde

4.3 Suppurations : 1=Oui....., 2=Non, 9=indt

4.4 Eclampsie : 1=Oui....., 2=Non, 9=indt.....

4.4 Anémie : 1=Oui....., 2=Non, 9=indt

4.5 Autres à préciser : 1=Oui....., 2=Non....., 9=indt

VII. Présence de partogramme à l'arrivée :

1=Oui:..... 2=Non:.....

VIII. Evacuation vers EPH :

1=Oui..... 2=Non.....

Si oui :Motif d'évacuation :.....

IX. Etat de la mère a la sortie :

Vivante..... Décédée

. Si décès : Causes du décès de la mère :

Audits :Oui/ / Non/ /

5.1 Hémorragie : 1=Oui..... 2=Non..... 3=indt.....

5.2 Infections : 1=Oui..... 2=Non..... 3=indt.....

5.3 Suppurations : 1=Oui..... 2=Non.....3=indt.....

5.4 Eclampsie : 1=Oui..... 2=Non..... 3=indt....

5.5 Anémie : 1=Oui..... 2=Non..... 3=ind t.....

5.6 Autre à

préciser.....

X. Etat du nouveau-né :

6.1 Vivant : 1=Oui..... 2=Non.....

6.2 Mort-né : 1=Oui..... 2=Non.....

6.3 Décès dans les 24Heures : 1=Oui..... 2=Non.....

XI. Contribution des acteurs dans le système de référence/évacuation

8.1 ASACO

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom et Prénom : TOURE Sékou

Titre : Évaluation du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de Banamba.

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique ; Santé publique.

Résumé : La référence/évacuation des patientes pose un problème médical mais aussi de santé publique dans le cercle de Banamba.

Au centre de santé de référence de Banamba les référées/évacuées représentaient 28,37% des femmes du 1^{er} octobre 2017 au 30 septembre 2018.

La tranche d'âge moins de 20 ans était dominante avec 40,85%.

Les ménagères étaient plus représentées : 98%.

L'accouchement par voie basse a été le mode d'accouchement le plus pratiqué dans 42,3 %.

Le taux de décès maternel était de 0,7 %.

Les principales causes de décès maternel étaient l'hémorragie par choc hypovolémique et l'éclampsie avec complications rénales.

Mots clé : Système, Référence/Evacuation, Maternité, CS Réf Mortalité Maternelle.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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