

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

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



U.S.T.T-B

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



F.M.O.S

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

TITRE

**EVALUATION DU SYSTEME DE
REFERENCE/EVACUATION DES
URGENCES OBSTETRIQUES AU CSREF
DE NIORO DU SAHEL DE 2015 A 2018.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 11/ 09/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. Yacouba TRAORE

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

Jury :

Président : Pr Kassoum KAYENTAO

Membre : Dr Dramane HAIDARA

Co-directeur : Dr Safouna DIAKITE

Directeur : Pr Boubacar MAIGA

DEDICACE

&

REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Je dédie ce travail :

A DIEU, l'unique, l'absolu, le Tout Puissant, le Miséricordieux, qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener ce modeste travail. Gloire à toi **ALLAH**, car nul ne peut se passer de ton aide.

SEIGNEUR :

Donne à mes yeux, la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur, la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains, l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles, la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres, les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit, le désir de partager ;

Donne-moi seigneur le courage, la force, l'intelligence d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

A notre Prophète MOHAMED (paix et salut sur LUI), à toute sa Famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mes défunts parents : C'est avec les yeux débordants de larmes, d'amour et de reconnaissance, que je rédige ces mots. Je voudrais vous signifier toute ma gratitude, mais je suis embarrassé, ne voyant pas comment vous joindre et l'exprimer avec exactitude. Dormez en paix chers parents.

A mon Père : Feu Yaya TRAORE (paix à ton âme),

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les solutions à tous les problèmes.

Je me rappelle bien, après le décès de notre mère, tu nous as ramené au pays (Mali), pour que je puisse emprunter le chemin de l'école, afin de devenir ce que je suis aujourd'hui.

Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait, tes infatigables conseils ont porté fruits, mais il ne reste que toi pour la cueillette.

Tu nous as guidés avec rigueur, mais aussi avec l'amour. Ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, faisaient de toi un père exemplaire.

Que DIEU te récompense avec son immense paradis. **Amen !**

A ma Mère : Feue Sali SANGARE (paix à ton âme),

Je ne t'ai pas trop connu, car tu m'as quitté très tôt pour l'éternité, mais je demeure persuadé, que j'ai appris ton sens élevé de l'honnêteté, de la dignité et ta qualité de bonne mère à travers ton histoire.

Chère mère, tu es l'une des victimes de complications obstétricales mais sache que je m'engagerai dans ce combat de lutte contre la mortalité maternelle.

Votre absence à créer un vide dans nos cœurs. Je regrette profondément ton départ prématuré, puisse ALLAH le tout puissant t'accueille dans son Paradis.

Amen !

A ma grand-mère : Gnifing KONE

Toi qui as joué le rôle de mère et de père dans ma vie après le décès de mes parents, je ne saurais avoir le mot juste pour te remercier.

Votre courage, votre engagement et votre amour pour tes petits-fils font de toi une grand-mère exceptionnelle. Merci d'être la mère des orphelins que nous sommes. Je te souhaite une longue vie et qu'Allah te récompense.

A TOUTES CES MERES QUI ONT PERDU LA VIE, POUR CAUSE DE PROCREATION. QUE VOS AMES REPOSENT EN PAIX CHERES MAMANS.

REMERCIEMENTS :

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A mon pays le MALI et à ses autorités, d'avoir rendu l'éducation gratuite.

A tous mes enseignants, depuis le primaire jusqu'à la faculté.

A l'ensemble du **corps professoral de la FMOS** pour la qualité des cours dispensés.

A mes oncles : Daouda TRAORE ; Birama TRAORE ; Adama TRAORE ; Abdoulaye TRAORE dit Ancien ; Souleymane TRAORE ; Yacouba TRAORE ; Salia TRAORE. Votre sagesse, votre tendresse, votre volonté de me voir allé de l'avant font que ce jour est le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Puisse DIEU vous accorder une longue vie.

A mes tantes : Chatou KONE ; Afou KONE ; Safiatou KONE à Bougouni et Safiatou KONE à Sanankoroba. Vous m'avez apporté un grand soutien, pendant ces longues années d'étude. Ce travail est la finition de votre solidarité.

A mes frères et sœurs : Bibata TRAORE ; Abdou TRAORE ; Bakary dit Tiekoroba TRAORE ; Amadou TRAORE ; Kadiatou TRAORE ; Youba TRAORE ; Harouna TRAORE ; Tahirou TRAORE. Unissons-nous et travaillons, car l'union fait la force et seul le travail libère l'homme.

A ma très chère Epouse Kadiatou KONE : Ce travail est également le fruit de tes prières, de ta patience et de tes encouragements. Qu'ALLAH le tout puissant bénisse notre foyer. Je n'aurai jamais assez de mots pour t'exprimer ici mon attachement, ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

Au Médecin Chef : Dr Safouna DIAKITE : Merci d'avoir accepté ce travail dans votre Centre et merci pour le soutien. Ce travail est le vôtre.

A mes maîtres formateurs : **Dr Safouna DIAKITE, Dr Abdoul'Aziz TOURE, Dr Karamoko Ibrahim COULIBALY, Dr Issouf Abdoulaye COULIBALY, Dr Yacouba SANGARE, Dr Brehima OUATTARA, Dr Soumaila Kassoum SIDIBE, Dr Saidina Osman DIARRA et Dr Djibi DIAGA.** Vos talents, vos disciplines, vos rigueurs et vos dévouements pour le

travail bien fait font de vous des exemples à suivre. Merci pour le soutien et l'encadrement non seulement dans le domaine médical mais aussi sur la vie dans la société. Je ne manquerai pas de suivre vos pas inch Allah.

A Mr Oumar SANGARE, Anesthésiste : Vous m'avez toujours donné des conseils de sage quant à la bonne conduite de la pratique médicale.

Que Dieu vous paye.

A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes et matrones du service : Vous avez été toujours là à mes côtés, en apportant sans cesse votre soutien, à la réalisation de ce travail et même socialement. Je vous en serai très reconnaissant.

A tout le personnel du CSREF de Nioro du Sahel, merci pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe.

A tout le personnel du second cycle Djibril SEMEGA de Nioro du Sahel, merci pour votre compréhension et de votre soutien.

A toute la famille, Feu Idrissa Mory Koné à Bougouni, merci de votre accueil chaleureux et de votre hébergement pendant mon cycle au Lycée de Bougouni.

A toute la 10ème promotion du numerus clausus, Merci, courage et persévérance.

A mes collègues et membres du groupe « LES AMIS DU POINT G » : Assana KONE ; Adama CAMARA ; Souleymane DIARRA ; Seydou SOUMAORO ; Albakaye SEMBER ; Souleymane MARIKO ; Mamoudou DIAKITE, Jean KEITA, merci pour la bonne collaboration.

A tous mes amis d'enfance : Adama Alou TRAORE ; Daouda Salif KONE ; Bassairou KONE ; Youssouf TRAORE ; Saibou KONE et Siaka KONE. Ce travail est le vôtre, je ne vous oublierai jamais. Vous avez été des amis formidables pour moi, avec vous je ne m'ennuyais point. Je vous remercie infiniment.

Merci à tous ceux qui ont été involontairement omis.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Professeur Kassoum KAYENTAO

- **Maitre de recherche en santé publique, option épidémiologie,**
- **Enseignant-chercheur au MRTC/DEAP (Malaria Rresearch and Training Center du Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires),**
- **Responsable adjoint de l'unité paludisme et grossesse au MRTC.**

Honorable maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant, tout de suite de présider le jury de cette thèse, malgré vos multiples occupations.

Votre contact facile, votre simplicité, votre disponibilité et surtout votre modestie font de vous un maître admirable.

Recevez ici honorable maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge :

Docteur Dramane HAIDARA

- **Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako;**
- **Praticien hospitalier ;**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique.**

Cher maître, nous vous sommes sincèrement reconnaissants, d'avoir accepté de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre générosité, votre abnégation, votre savoir médical et votre engagement pour la formation, font de vous une référence pour les étudiants.

Trouver ici, le témoignage de nos remerciements et notre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directeur de thèse:

Docteur Safouna DIAKITE

- **Médecin chef du district sanitaire de Nioro du Sahel,**
- **MBA /GSS (Master Business Administration/Gestion des services de santé),**
- **Manager des programmes de santé,**

Cher maître, vous nous avez inspiré, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre modestie, et surtout votre souci constant pour le travail bien fait, sont autant de qualités que vous incarnez.

C'est une fierté pour nous, d'être encadré par vous et c'est l'occasion pour nous de vous exprimer toute notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Boubacar MAIGA

- **PhD en Immunologie à l'université de Stockholm en Suède,**
- **Maître de conférences à la FMOS,**
- **Chef adjoint de DER des sciences fondamentales de la FMOS,**
- **Médecin chercheur au MRTC/DEAP,**

Honorable maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Nous vous remercions de nous avoir confié ce sujet et de diriger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre compétence et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Puisse Dieu dans sa clémence, vous garder en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs.

SOMMAIRE :

LISTE DES TABLEAUX :.....	XIII
LISTE DES FIGURES :.....	XIV
SIGLES ET ABREVIATIONS :.....	XV
I- INTRODUCTION :.....	1
II- CADRE THEORIQUE :	4
2.1. Contexe et Justification :.....	5
2.2. Objectifs de recherche :.....	6
III- GENERALITES :.....	7
3.1. Définitions opératoires des concepts :	8
3.2. Rappel sur les urgences obstétricales :.....	11
IV- METHODOLOGIE :	16
4.1. Cadre et lieu d'étude :.....	17
4.2. Type d'étude :	21
4.3. Période d'étude :	21
4.4. Population à l'étude :	21
4.5. Echantillonnage :.....	22
4.6. Aspects éthiques :.....	23
V- RESULTATS :.....	24
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	48
VII- CONCLUSION :	60
VIII- RECOMMANDATIONS :.....	62
IX- REFERECES BIBLIOGRAPHIQUES :	64
X- ANNEXES :	68

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I: Répartition des patientes selon le mode d'admission	25
Tableau II: Répartition des patientes évacuées selon tranche d'âge.....	25
Tableau III: Répartition des patientes selon la Provenance.	28
Tableau IV: Répartition des patientes selon la distance parcourue.....	28
Tableau V: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent qui décide l'évacuation.	31
Tableau VI: Répartition des patientes selon la mise en place d'un abord veineux avant évacuation.....	31
Tableau VII: Répartition des patientes selon la rétro-information.....	32
Tableau VIII: Répartition des patientes selon la gestité.	32
Tableau IX: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.....	36
Tableau X: Répartition des patientes selon le motif de l'évacuation.	37
Tableau XI: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au Csref.	38
Tableau XII: Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance.	40
Tableau XIII: Répartition des nouveau-nés selon l'apgar.	40
Tableau XIV: Répartition des mort-nés selon l'étiologie.....	41
Tableau XV: Répartition des nouveau-nés selon la relation Apgar et l'acte effectué.	42
Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'évolution des suites de couche.	42
Tableau XVII: Répartition des patientes selon le type de complications des suites de couche.....	43
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation en jours.	43
Tableau XIX: Répartition des patientes selon la relation tranche d'âge et pronostic maternel.	45
Tableau XX: Répartition des patientes selon la relation CPN et pronostic maternel.....	45
Tableau XXI : Situation des montants recouverts par acteur de la référence/évacuation pendant la période d'étude.	46

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Carte sanitaire du cercle de Nioro du Sahel.	18
Figure 2 : Répartition des patientes selon l'ethnie.	26
Figure 3 : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial.	26
Figure 4 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.	27
Figure 5 : Répartition des patientes selon la profession.	27
Figure 6 : Répartition des patientes selon le moyen de communication.	29
Figure 7 : Répartition des patientes selon le moyen de transport.	29
Figure 8 : Répartition des patientes selon le support d'évacuation.	30
Figure 9 : Répartition des patientes selon l'agent de santé ayant accompagné l'ambulance.	30
Figure 10 : Répartition des patientes selon la parité.	33
Figure 11 : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.	33
Figure 12 : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission.	34
Figure 13 : Répartition des patientes selon la coloration conjonctivale	34
Figure 15 : Répartition des patientes selon le bassin obstétrical.	35
Figure 16 : Répartition des patientes selon le type de traitement.	39
Figure 17 : Répartition des patientes selon la transfusion effectuée.....	39
Figure 18 : Répartition des patientes selon le pronostic maternel.	44
Figure 19 : Répartition des patientes selon la cause de décès maternels.	44

SIGLES ET ABREVIATIONS :

< : Inférieur.

> : Supérieur.

≤ : Inférieur ou égal.

≥ : Supérieur ou égal.

AMIU : Aspiration manuelle intra utérine.

ASACO : Association de santé communautaire.

BDCF : Bruit du cœur fœtal.

CPN : Consultation Périnatale.

CPON : Consultation Postnatale.

CSCOM : Centre de santé communautaire.

CSREF : Centre de santé de référence.

CUD : Contractions utérines douloureuses.

Ddl : Degré de liberté.

DFP : Disproportion fœto-pelvienne.

DRC : Dépôt Répartiteur du Cercle.

DV : Dépôt de vente.

EDS : Enquête démographique et de santé.

F : Fréquence

FMOS : Faculté de médecine et odontostomatologie.

G/dl : Gramme par décilitre.

GEU : Grossesse extra-utérine.

HRP : Hématome rétro placentaire.

HTA : Hypertension artérielle.

HU : Hauteur utérine.

Km : Kilomètre.

MAP : Menace d'Accouchement prématuré.

N : Effectif.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

P : Probabilité.

PF : Planning familial.

PSSP : Politique Sectorielle de Santé et de Population

PPH : Placenta prævia hémorragique.

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant.

RGPH : Recensement général de la Population et de l'Habitat.

RPM : Rupture prématurée des membranes.

RU : Rupture utérine.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

SFA : Souffrance fœtale aiguë.

SIS : Système d'information Sanitaire.

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

URENI : Unité de Récupération d'Education Nutritionnelle Intensive.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue. [1]

Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse et/ou au cours de l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart aurait pu être évité. [2]

Le risque pour une femme, de mourir des suites de ces complications est de 1 sur 4900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en voie de développement. [3]

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. [4]

D'après Adamson Peter : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale est d'identifier le plus tôt possible les 15% des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps. [5]

De multiples facteurs limitent l'accès à des soins de qualité devant contenir cette mortalité à un niveau plus acceptable, comme la faiblesse des ressources familiales, l'éloignement des structures de santé et la précarité du système de transport. [6]

Une étude menée en Tanzanie sur les références liées à la grossesse par Jahn et al. en 1998, a montré que l'autoréférence représente 70% de toutes les admissions à la maternité, les références pour accouchement 84% et les références d'urgences 1, 2%. [7]

L'initiative qui a consisté à organiser le système de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et d'en assurer le financement, constitue une innovation importante du système de santé qui s'adresse à un problème de santé

majeur. De cette initiative découlent deux (2) aspects : **il s'agit de la référence et de l'évacuation.**

Dans le système sanitaire du Mali, les établissements publics hospitaliers constituent des structures de référence secondaire et tertiaire pour les échelons périphériques de soins. Une complémentarité doit être établie entre eux. [8]

L'accès aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU) est aussi une question financière. Les coûts associés au transport, aux services rendus, aux fournitures médicales et aux médicaments peuvent être trop élevés pour certaines femmes et familles. [9]

La décentralisation avec l'implication de nouvelles collectivités créées dans le partage des coûts, le contexte de gratuité de la césarienne et la redynamisation du cadre conceptuel de la référence/évacuation sont autant de facteurs qui nous ont poussés à réaliser cette étude. Elle contribuera non seulement à l'amélioration de l'organisation de la référence/évacuation à Nioro, mais aussi à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali et singulièrement dans le district sanitaire de Nioro du Sahel.

CADRE THEORIQUE

II- CADRE THEORIQUE :

2.1. Contexte et Justification:

L'application de la Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) doit aboutir à la mise en place des CSCOM encadrés par des centres de santé de référence. L'organisation de ce système se heurte à un certain nombre de problèmes : l'accès des malades au centre de référence et la prise en charge rapide des urgences, l'inadéquation des soins obstétricaux d'urgence, l'accessibilité financière des patientes aux soins, la disponibilité d'un personnel qualifié. La PSSP au Mali préconise une décentralisation du système de santé avec une participation effective des communautés dans la gestion et le financement. Pour cela, elle met l'accent sur la promotion des soins de santé primaire. L'objectif majeur de cette politique est la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

En effet, au Mali on constate depuis 2001, une réduction du taux de mortalité maternelle allant de 582 décès pour 100 000 naissances selon EDSM III-2001, à 368 décès pour 100 000 naissances (EDSM V : 2012-2013) et à 325 décès pour 100 000 naissances à la dernière enquête démographique et de Santé du Mali (EDSM VI : 2018). [10]

Selon Maine D et al [9] la mortalité maternelle est le fait de trois retards :

- Retard de décider de recourir aux soins,
- Retard lié au transport (route et moyen),
- Retard d'administrer les soins qui est inhérent au service de santé.

Pour pallier à ces retards, les autorités sanitaires du pays ont mis en place un système de référence/évacuation à l'échelle nationale qui vise à fournir les ressources nécessaires, afin de permettre le transfert des femmes, présentant des complications obstétricales, du premier niveau de soins aux niveaux supérieurs. Sommairement ce système peut être décrit comme ayant deux composantes principales : un dispositif de financement (caisses de solidarité), un système

d'alerte et d'évacuation sanitaire (ambulance et radio) et de la mise à niveau de la référence obstétricale. Cette mise à niveau se fait comme suit :

- ❖ **Premier niveau** : Centres de santé communautaire (CSCOM) qui sont en charge des accouchements normaux et de l'identification rapide des complications ;
- ❖ **Deuxième niveau** : Centres de santé de référence (CSREF) qui s'occupent des accouchements compliqués et sont en mesure de procéder à des manœuvres par voie basse (utilisation de forceps), à des césariennes, et qui sont parfois dotés de banques de sang ;
- ❖ **Troisième niveau** : Hôpitaux régionaux qui procèdent aux accouchements compliqués et qui ont à leur disposition un service de chirurgie obstétricale et une banque de sang.

Dans le district sanitaire de Nioro du Sahel, le système de référence/évacuation mis en œuvre fonctionne depuis l'an 2003 et il n'y a pas eu d'étude d'évaluation de ce système. C'est ainsi que le présent travail se propose, d'évaluer le système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Nioro de 2015 à 2018.

Pour mener à bien notre étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

2.2. Objectifs de recherche :

2.2.1. Objectif général :

Evaluer le système de référence/évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Nioro du Sahel, de janvier 2015 au décembre 2018.

2.2.2. Objectifs spécifiques :

- 1-Déterminer la fréquence des évacuations liées aux urgences obstétricales ;
- 2-Déterminer le profil socio démographique des femmes évacuées ;
- 3-Identifier les éléments de pronostic des femmes évacuées ;
- 4-Identifier les motifs d'évacuation obstétricale et les modes de prise en charge ;
- 5-Etablir le pronostic maternel et fœtal des femmes évacuées ;
- 6-Déterminer le niveau d'implication des acteurs (Mairies ; ASACO ; Conseil de cercle) à travers les paiements des quotes-parts.

GENERALITES

III- GENERALITES :

3.1. Définitions opératoires des concepts :

3.1.1. Evaluation :

C'est une procédure scientifique et systématique, qui vise à déterminer une action ou un ensemble d'actions atteignant avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

3.1.2. Evacuation :

Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé, dans un contexte d'urgence.

3.1.3. Référence :

C'est l'ensemble des dispositions prises pour permettre le transfert d'un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge et cela sans notion d'urgence.

3.1.4. Urgences obstétricales :

Ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième et troisième trimestre de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42ème jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme ou de fœtus.

3.1.5. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) :

Ils constituent les soins obstétricaux et néonataux essentiels destinés à prendre en charge les complications inattendues et urgentes liées à la grossesse.

3.1.6. Etat général :

- ❖ **Etat général bon :** C'est quand les paramètres vitaux sont stables et sont dans les limites normales. La patiente est consciente et son état de santé est satisfaisant.
- ❖ **Etat général passable ou moyen :** C'est quand les paramètres vitaux sont stables dans les limites normales (ou près des limites normales). La patiente est consciente mais peut souffrir de complications mineures.

- ❖ **Etat général mauvais** : Les paramètres vitaux peuvent être instables et hors des limites normales. La patiente peut être inconsciente et elle souffre de complications importantes.

3.1.7. Grossesse :

C'est l'état qui débute par la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception. [11]

3.1.8. Gestité et Parité :

- ❖ **Primigeste** : Il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse.
- ❖ **Paucigeste** : Il s'agit d'une femme qui a fait entre 2 et 3 grossesses.
- ❖ **Multigeste** : Il s'agit d'une femme qui a fait entre 4 et 6 grossesses.
- ❖ **Grande Multigeste** : Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 grossesses.
- ❖ **Nullipare** : Il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- ❖ **Primipare** : Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement.
- ❖ **Paucipare** : Il s'agit d'une femme qui a fait entre 2 et 3 accouchements.
- ❖ **Multipare** : Il s'agit d'une femme qui a fait entre 4 et 6 accouchements.
- ❖ **Grande Multipare** : Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 accouchements.

3.1.9. L'accouchement : C'est un ensemble des phénomènes physiques et physiologiques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles.

- ❖ **Accouchement par voie basse** : Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles, y compris les extractions instrumentales et les manœuvres.
- ❖ **Accouchement par voie haute (ou césarienne)** : C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale.
- ❖ **Le Partogramme** : Est un outil de surveillance du travail dont l'utilisation a pour but de prendre des décisions à temps afin de réduire la morbidité, la mortalité maternelle et périnatale.

3.1.10. Mortalité :

❖ Mortalité maternelle :

Elle se définit comme : Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quel qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite. [12]

❖ Mortalité néonatale :

Désigne l'ensemble des décès des enfants nés vivants et morts entre 0 et 28 jours d'évolution. Elle est subdivisée en mortalité néonatale précoce à savoir le nombre de décès survenant au cours des 7 premiers jours de vie ; et en mortalité néonatale tardive à savoir le nombre de décès survenant après le 7eme jour mais avant 28 jours complets de vie. [13]

❖ **Mortinatalité :** Nombre d'enfants mort-nés au sein d'une population et pendant une période donnée.

3.1.11. L'aire de santé ou secteur sanitaire : Elle représente une zone géographique des services par une structure sanitaire.

3.1.12. Carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des structures de soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources.

3.1.13. Retro-information :

C'est l'information donnée par le centre de santé ayant reçu un malade pour des soins plus spécifiques au centre de santé ayant adressé le malade.

La fiche de retro information doit évoquer : la genèse du transfert, le diagnostic retenu, les soins reçus et la suite du traitement et les recommandations par rapport aux insuffisances relevées lors de la prise en charge au niveau de la structure périphérique.

3.2. Rappel sur les motifs d'évacuation :

3.2.1. Rupture utérine :

La rupture utérine 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.

La laparotomie est obligatoire pour son traitement.

3.2.2. Placenta prævia hémorragique :

C'est l'insertion du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus. Lors du saignement, la rupture des membranes a une influence favorable sur les hémorragies en supprimant une des causes : le tiraillement des membranes.

Cette rupture des membranes favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation, mais expose le plus souvent le fœtus à la prématurité.

3.2.3. Hématome rétro-placentaire (HRP) :

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 un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta, jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser. Ses complications sont graves et voire mortelles. Les principales complications sont : les troubles de la coagulation, la nécrose corticale du rein, les thrombophlébites des suites de couches.

3.2.4. La pré éclampsie/éclampsie :

- **La pré éclampsie** est la survenue d'une hypertension artérielle avec protéinurie et/ou œdème des membres inférieurs, après la 20ème semaine d'aménorrhée, chez une femme sans antécédents d'hypertension artérielle.

- **L'éclampsie**, complication de pré éclampsie, est un syndrome vasculo-rénal caractérisé par un état convulsif, survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du travail,

rarement dans les suites de couches. Le traitement de la crise d'éclampsie est basé sur le traitement médical et obstétrical par une évacuation rapide de l'utérus gravide. La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilat) et les diurétiques dans le post-partum [14].

3.2.5. Les dystocies :

❖ Les dystocies d'origine fœtale :

➤ La disproportion fœto-pelvienne :

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

Selon Delecour.M, une hauteur utérine 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. [20]

La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

➤ Les présentations dystociques :

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

• La présentation du siège :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12 % selon Delecour.M. [20]

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

• La présentation de la face :

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très

dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine.

Le pronostic maternel est bon mais celui du fœtus est réservé.

- **La présentation du front :**

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.

La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

Le seul traitement convenable est la césarienne.

- **La présentation transverse/oblique :**

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

Elle est une indication de césarienne.

- ❖ **Dystocies d'origine maternelle :**

- **La dystocie dynamique :**

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine (hypocinésie ou hypercinésie) et de la dilatation du col.

- **Bassins pathologiques (dystocies mécaniques) :**

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

***Bassin généralement rétréci (BGR) :** Promontoire atteint et les lignes innominées sont suivies dans leur totalité.

***Bassin limite :** Promontoire atteint, mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers (2/3) antérieurs.

3.2.6. Procidence du cordon :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. Elle est définie par 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 [11].

Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que le cordon non battant ne signifie pas obligatoirement la mort du fœtus.

3.2.7. La souffrance fœtale aigue :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal ; elle est suspectée aussi par découverte d'un liquide amniotique Méconial. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide de fœtus soit par césarienne soit par extraction instrumentale. [11]

3.2.8. L'avortement :

C'est une interruption de grossesse avant le terme théorique de 180 jours soit 28 semaines d'aménorrhée. Il existe des avortements spontanés et des avortements provoqués. Ce sont les complications d'avortements provoqués qui sont le plus souvent fâcheuses.

3.2.9. Rupture prématurée des membranes (RPM) :

Elle se définit comme une rupture des membranes, survenant avant tout début de travail de 12heures à 24heures avant l'expulsion du fœtus.

3.2.10. Menace d'accouchement prématuré (MAP) :

Selon l'OMS, on appelle accouchement prématuré toute naissance survenant entre la 22^e et la 37^e semaine d'aménorrhée, soit avant 259 jours d'aménorrhée d'un enfant de plus de 500grammes.

Cette menace est caractérisée par des contractions utérines anormales douloureuses, plus ou moins régulières et des modifications du col.

3.2.11- Les hémorragies du post-partum (HPP):

Ce sont des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml pendant ou immédiatement après la délivrance lors d'un accouchement par voie naturelle ou supérieur ou égale à 1000 ml en cas de césarienne. Le diagnostic est clinique et le traitement dépend de l'étiologie et de l'hémorragie. [11]

Ces hémorragies sont dites immédiates lorsqu'elles surviennent dans les 24 heures de l'accouchement et tardives après les 24 heures.

3.2.12- Utérus cicatriciel :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus portant en son sein une cicatrice survenue pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine ayant été suturée ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous dirons que la césarienne itérative systématique est inutile quand la première césarienne ne révélait d'une indication permanente.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

4.1- Cadre et lieu de l'étude :

4.1.1- Cercle de Nioro du Sahel :

Situé à l'extrême Nord-est de la région de **KAYES**, le cercle de **NIORO DU SAHEL** couvre une superficie de 11 060 Km². Il est limité au Nord par la République Islamique de **MAURITANIE**, à l'Est par les cercles de **DIEMA** et **NARA**, au sud par les cercles de **BAFOULABE** et **DIEMA** et à l'Ouest par le cercle de **YELIMANE**.

Une population totale estimée à **28 2221** habitants en **2015**, elle a passé à **307 616** habitants en **2018**. La population est essentiellement composée de Peulhs et de Maures semi-nomades, de Soninkés et de Bambaras sédentaires. La religion majoritaire est l'Islam, il existe aussi le Christianisme et l'Animisme.

Le relief du cercle n'est pas accidenté. Cependant, il existe dans sa partie sud-ouest (Sandaré et Gavinané) une chaîne montagneuse constituée de collines et de plateau par endroits qui sont le prolongement du Fouta-Diallon.

Les terrains sont généralement plats, constitués de sable et de cailloux (graviers et schistes). La nature du relief rend souvent difficile le déplacement.

Le cercle est dépourvu de fleuve et de cours d'eau importants. Seuls existent des rivières, des marigots et des mares saisonnières.

Le climat est de type sahélien dont la végétation est composée de savane arborée et une steppe herbeuse. Une alternance de deux saisons dont une pluvieuse et l'autre sèche couvrent l'année. La pluviométrie dépasse rarement 800 mm /an.

L'agriculture, l'élevage et le commerce sont les principales activités économiques. Cependant, le cercle de Nioro du Sahel constitue de nos jours, un véritable carrefour commercial faisant intervenir les commerçants mauritaniens et la population du cercle. L'apport des expatriés constitue aussi une part importante dans l'économie du cercle.

La communication à l'intérieur du cercle est assurée par des pistes rurales.

La liaison du cercle avec l'extérieur est assurée principalement par les routes :

- Nioro-Bamako longue de 450 km de bitume ;
 - Nioro-Kayes longue de 255 km avec 110 Km de piste impraticable pendant l'hivernage jusqu'à Sandaré.
 - Nioro-Gogui à la frontière avec la Mauritanie longue de 65 Km de bitume.
- Par ailleurs, il existe un aéroport pour des liaisons aériennes civiles.

4.1.2- Carte sanitaire du cercle :

4.1.2.1- Présentation :

Le District sanitaire de Nioro du Sahel compte vingt-huit (28) aires de santé dont vingt-sept (27) fonctionnelles avec une population totale estimée à **307 616** habitants en **2018**.

Les établissements sanitaires de la ville de Nioro se composent comme suite : un (1) Csref, deux (2) Cscm, une (1) infirmerie de garnison, trois (3) cabinets médicaux, deux (2) cabinets de soins et trois (3) officines de pharmacie privée.

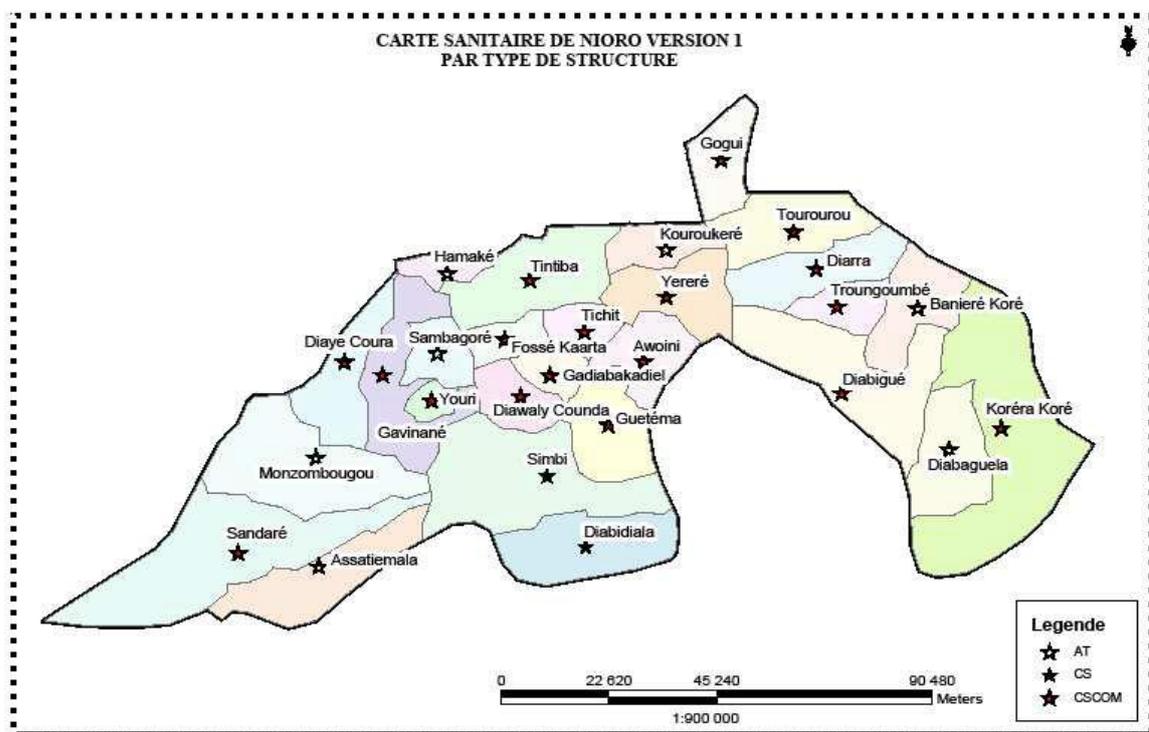


Figure 1 : Carte sanitaire du cercle de Nioro du Sahel.

Source : Ministère de la sante : Cellule de la Planification et de la Statistique (C.P.S.). Carte sanitaire du mali, version 1. Année 2007 – 2008.

4.1.2.2. Ressources humaines au niveau du Csref :

Le personnel est pluri disciplinaire et composé de :

- **Neuf (9) médecins** dont, un (1) médecin chef spécialiste en santé publique, un (1) Chirurgien urologue, six (6) médecins généralistes à tendance chirurgicale, et un médecin généraliste au compte de l'USAC ;
- Quatre (4) assistants médicaux ;
- Quatre (4) sages-femmes ;
- Deux (2) techniciens supérieurs de Santé ;
- Un (1) technicien Supérieur d'Hygiène et d'Assainissement ;
- Six (6) techniciens de santé ;
- Trois (3) techniciens de Laboratoire et de pharmacie ;
- Quatre (4) infirmières obstétriciennes ;
- Un (1) comptable ;
- Un (1) gérant DRC ;
- Deux (2) gérants DV ;
- Deux (2) matrones ;
- Cinq (5) chauffeurs ;
- Trois (3) manœuvres ;
- Deux (2) gardiens ;
- Un (1) interne en médecine.

4.1.2.3. Les bâtiments et moyens logistiques du CSREF :

a- Les bâtiments :

Un Bloc des entrées ;

Un Bloc administratif ;

Un Bloc de consultations externes ;

Un Bloc pour maternité composé d'une salle d'accouchement, une salle d'attente, une salle de CPN/CPON, une salle PTME, deux salles de garde, deux salles de suites de couche, deux toilettes ;

Un Bloc opératoire avec une seule salle d'opération fonctionnelle.

Un Bloc d'hospitalisation chirurgie ;

Un Bloc d'hospitalisation médecine ;

Un Bloc laboratoire avec une mini banque de sang- radiographie- échographie ;

Un Bloc pour programme USAC ;

Une Morgue ;

Un Bloc pour unité ophtalmologie ;

Un Bloc DRC-Dépôt de jour ;

Un Bloc de dépôt nuit- salle de réunion- Salle SIS ;

Une unité d'URENI ;

Une unité Odontostomatologie ;

Un logement du gardien ;

Une mosquée et deux Blocs de toilettes ;

Il faut en plus noter, **l'absence d'unité de pédiatrie, de néonatalogie et la présence d'une seule salle opératoire fonctionnelle.**

NB : Le CSREF est en chantier de rénovation.

b - Les moyens logistiques :

Pendant la période d'étude, le CSREF n'avait que deux (2) ambulances fonctionnelles non médicalisées. Quatre (4) véhicules TOYOTA 4X4 assuraient les supervisions. Il n'y avait pas de RAC et la communication était assurée par des téléphones mobiles <<**Flottes**>>. Le SIS s'occupait des informations sanitaires du district à travers une connexion internet.

4.1.2.4. L'organisation et fonctionnement du service :

Le service est dirigé par un médecin chef qui est le coordinateur et le superviseur de toutes les activités ; il est l'ordonnateur des dépenses. Il est assisté dans ces tâches par le médecin chef adjoint et les autres médecins qui sont à leur tour, responsable chacun d'une unité de l'établissement sanitaire et/ou d'un programme.

Au centre de santé, les consultations médicales, les interventions chirurgicales, les hospitalisations sont effectuées par les médecins.

Chaque unité d'hospitalisation est dirigée par un infirmier major et la maternité par la sage-femme responsable. Cette responsabilisation du personnel est valable pour les autres secteurs du service.

La garde au niveau du centre est assurée par une équipe constituée d'un médecin, un infirmier, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, et les élèves stagiaires. Les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes s'occupent des accouchements normaux et les soins des hospitalisées de la maternité. Les infirmiers et les stagiaires s'occupent des soins infirmiers des hospitalisés de la médecine et de la chirurgie.

Toutes ces activités sont sous contrôle du médecin de garde.

Un staff quotidien a eu lieu sur les cas reçus au cours de la garde.

Un dépôt de vente d'urgence a été créé pour faciliter l'accès aux médicaments à tout moment. Les pathologies ou les urgences qui nécessitent une prise en charge spécialisée sont référées ou évacuées sur l'hôpital régional de Kayes ou sur l'un des hôpitaux nationaux.

4.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale avec recueil rétrospectif des données se rapportant aux cas des urgences obstétricales évacuées sur le Csref de Nioro du Sahel.

4.3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 4 ans allant du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2018.

4.4. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les patientes admises à la maternité du centre de santé de référence de Nioro du Sahel pendant la période d'étude.

4.4.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses, toutes les femmes enceintes et /ou ayant accouché, évacuées en urgence par une structure de santé et ayant bénéficié une prise en charge dans le service.

4.4.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les patientes admises au centre pour un problème non obstétrical,
- Les patientes enceintes et/ou ayant accouchées, mais ne présentant pas une urgence obstétricale,
- Les patientes référées.

4.5. Echantillonnage :

4.5.1. Méthode d'échantillonnage :

La méthode non probabiliste est utilisée.

4.5.2. Technique d'échantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif où nous avons pris en compte, toutes les patientes évacuées pour une urgence obstétricale et prises en charge au Csref dans le cadre de la Référence/évacuation.

4.5.3-Taille minimum de l'échantillon :

Elle a été calculée par la formule suivante :

$$n = \sum \alpha^2 pq / i^2 \quad ; \text{ pour } i=0,05 \text{ et } \alpha=1,96=2, \text{ donc :}$$

$$n = 4 p \times q / i^2$$

P = proportion de femmes exposées au phénomène étudié (urgence obstétricale)

$$q = 1 - P$$

i = 0.05 précision de l'étude (marge d'erreur) = 5%

$$P = 10\%$$

$$n = 4 \times 0.10 \times 0.09 / 0.05^2 = 202 \text{ cas.}$$

4.5.4. Technique et outils de collecte :

Les données ont été recueillies à partir des questionnaires servant de fiche d'enquête et des bases sur Excel 2010 ont été élaborées à cet effet, des dossiers des patients, des registres d'hospitalisation, des supports d'évacuation (fiche de référence/évacuation, Partogramme) et du registre SONU.

4.5.5. Traitement et analyse des résultats :

Les données ont été analysées sur Epi-info 7 version 7.2.1.0 et le traitement de texte sur le logiciel Word 2010.

4.6. Contraintes et limites :

Au cours de cette étude, nous avons été confrontés à des difficultés liées à l'enquête, telles que : absence de dossiers obstétricaux mieux structurés, des évacuations venant d'autres aires de santé et hors pays d'où la difficulté de faire une rétro-information.

4.7. Aspects éthiques :

Cette étude entre dans le cadre de la recherche opérationnelle afin d'apporter des solutions à l'épineux problème de la mortalité maternelle et néonatale dans notre pays. Les résultats obtenus feront l'objet d'une large diffusion auprès des instances de décisions en matière de santé de la reproduction dans notre pays et dans la sous-région. L'anonymat sera gardé lors de l'analyse et il ne sera pas fait mention des identités lors de la présentation des résultats.

RESULTATS

V- RESULTATS :

5.1- Fréquence :

Tableau I : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Fréquence (%)
Venue d'elle-même	1183	36,14
Référée	1051	32,12
Evacuée	1039	31,74
Total	3273	100

Sur un total de **3273** admissions enregistrées du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2018, les patientes évacuées sont au nombre de **1 039** représentant une fréquence de **31,74%**.

5.2- Aspects sociodémographiques des femmes évacuées :

Tableau II : Répartition des patientes évacuées selon tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence (%)
14 - 19 ans	471	45,33
20 - 29 ans	360	34,65
30 - 39 ans	197	18,96
40 - 49 ans	11	1,06
Total	1039	100

La tranche de **14-19 ans** était la plus représentée soit **45,33%** avec les âges extrêmes de **14 ans** et de **48 ans** et l'âge moyen étant **22 ans**.

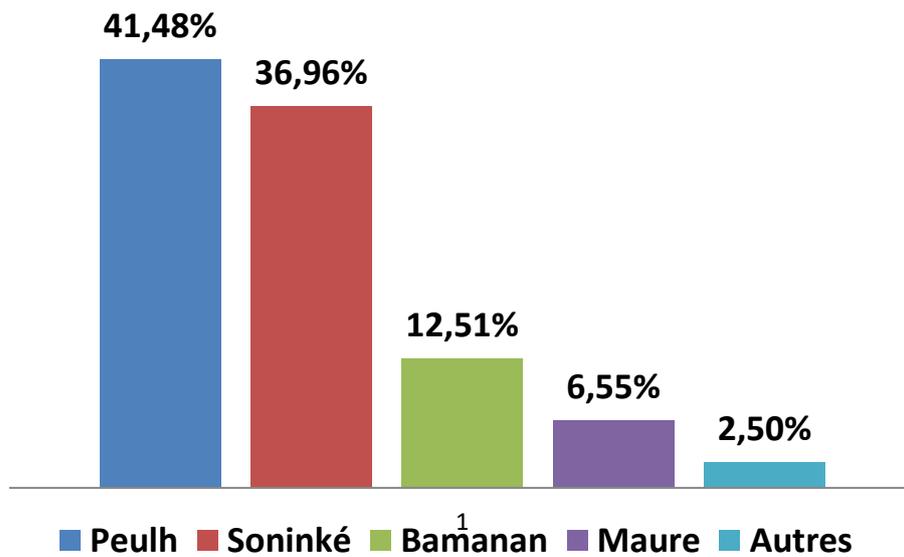


Figure 2 : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Le Peulh était l'ethnie la plus représentée dans notre série avec **41,48%**.

Autres : Malinké (11), Senoufo (8), Mianka (5), Dogon (2).

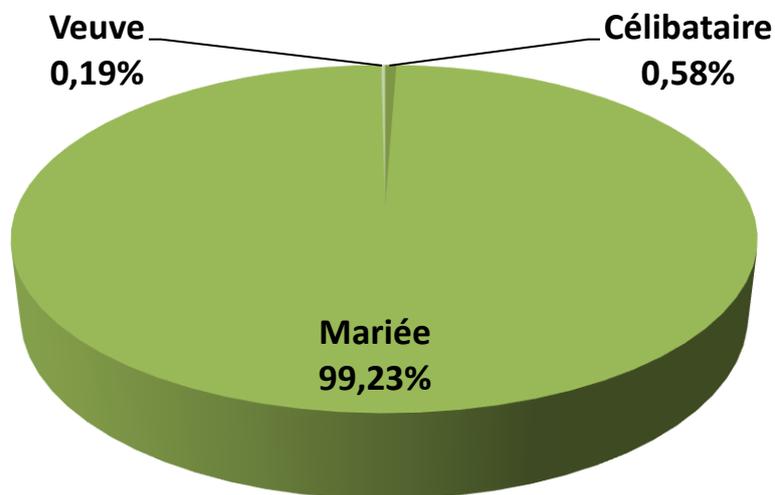


Figure 3 : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial.

Les femmes mariées représentaient **99,23 %** des sujets de notre étude.

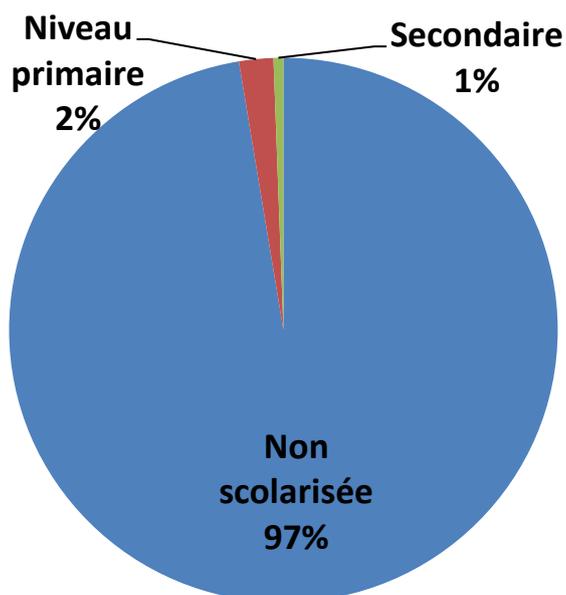


Figure 4 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Les patientes non scolarisées étaient majoritaires, soit **97%** de l'échantillon.

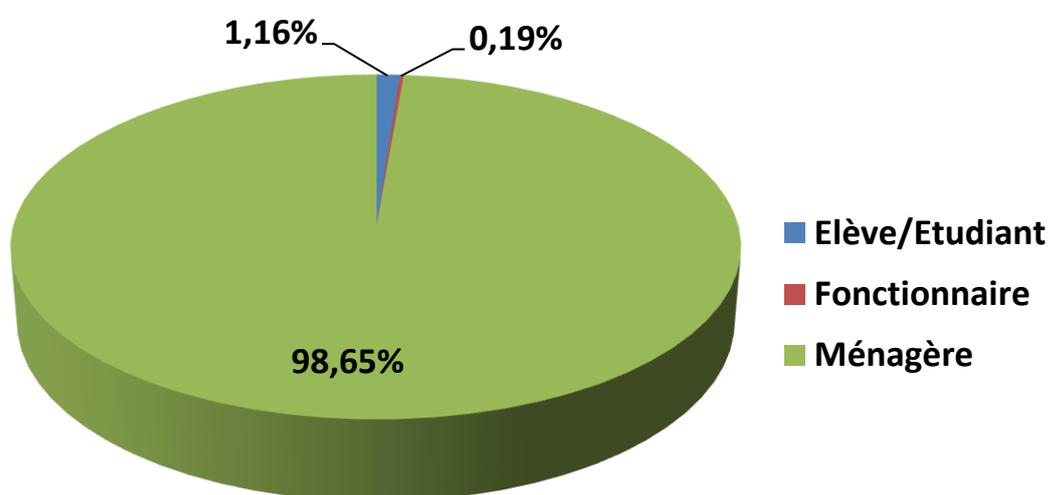


Figure 5 : Répartition des patientes selon la profession.

La majorité des patientes étaient des Ménagères, soit une fréquence de **98,65%**.

Tableau III : Répartition des patientes selon la Provenance.

Provenance	Effectif	Fréquence (%)
Milieu rural	822	79,11
Milieu urbain	123	11,84
Autres district	89	8,57
Hors Pays	5	0,48
Total	1039	100

Dans notre étude, **79,11%** des patientes provenaient du milieu rural.

Autres districts : Nara (47), Dièma (36), Yélimané (5), Kita (1).

Hors pays : République Islamique de Mauritanie (5).

5.3- Eléments de pronostic des évacuées.

5.3.1 Eléments logistiques et/ou organisationnels :

Tableau IV : Répartition des patientes selon la distance parcourue.

Distance	Effectif	Fréquence (%)
≤ 5 Km	79	7,60
6-15 Km	92	8,86
16-25 Km	87	8,37
26-35 Km	276	26,56
≥ 36 Km	505	48,61
Total	1039	100

La distance parcourue par **48,61%** des patientes était supérieure à **36 Km**.

La distance minimale était de 1Km et la maximale 110 Km.

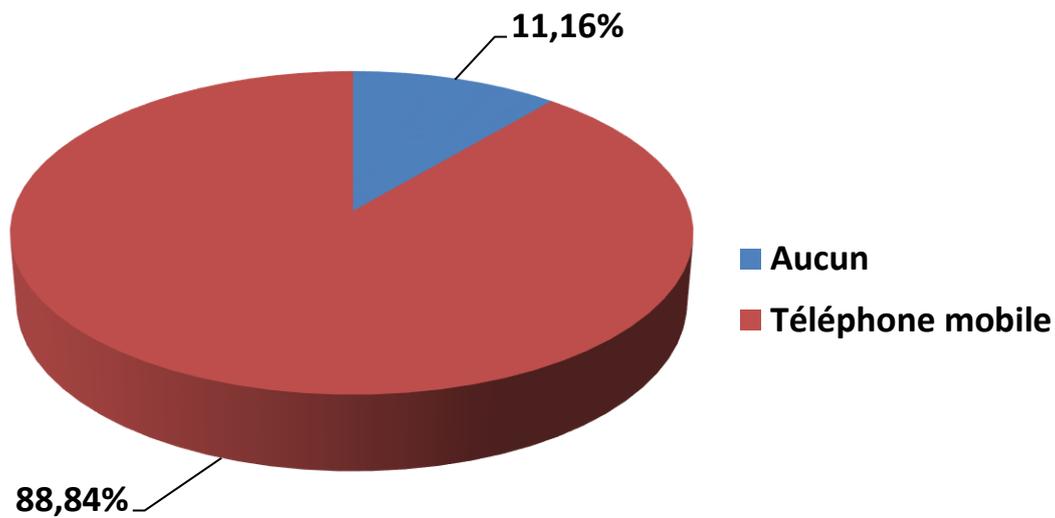


Figure 6 : Répartition des patientes selon le moyen de communication.

Le téléphone mobile était le seul moyen de communication utilisé soit **88,84%**.

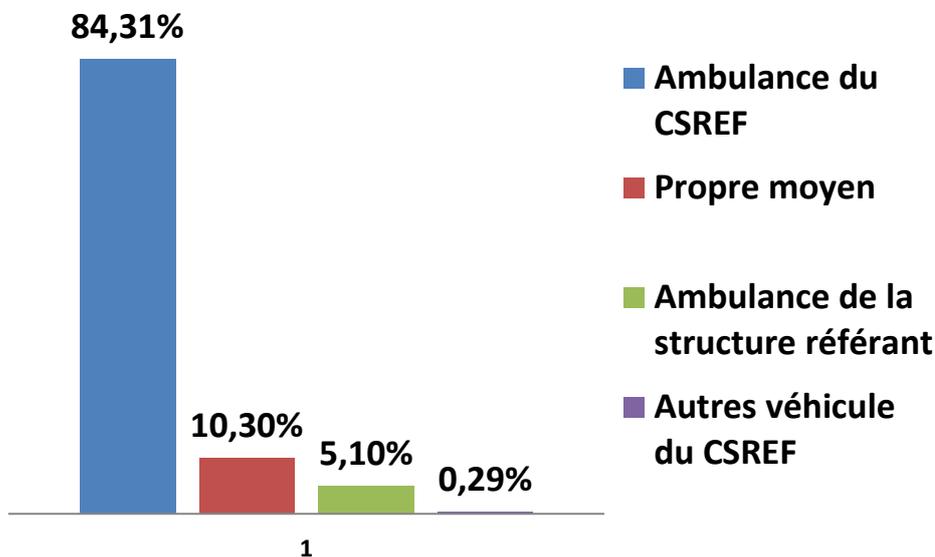


Figure 7 : Répartition des patientes selon le moyen de transport.

L'ambulance du Csref non équipée, était le principal moyen de transport utilisé soit une fréquence de **84,31%**.

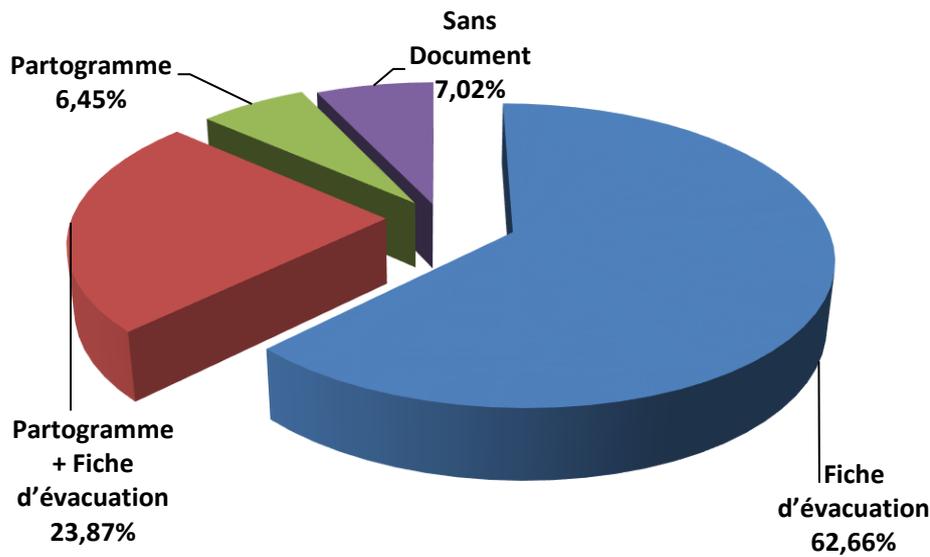


Figure 8 : Répartition des patientes selon le support d'évacuation.

La fiche d'évacuation était le support le plus utilisé, soit **62,66%**.

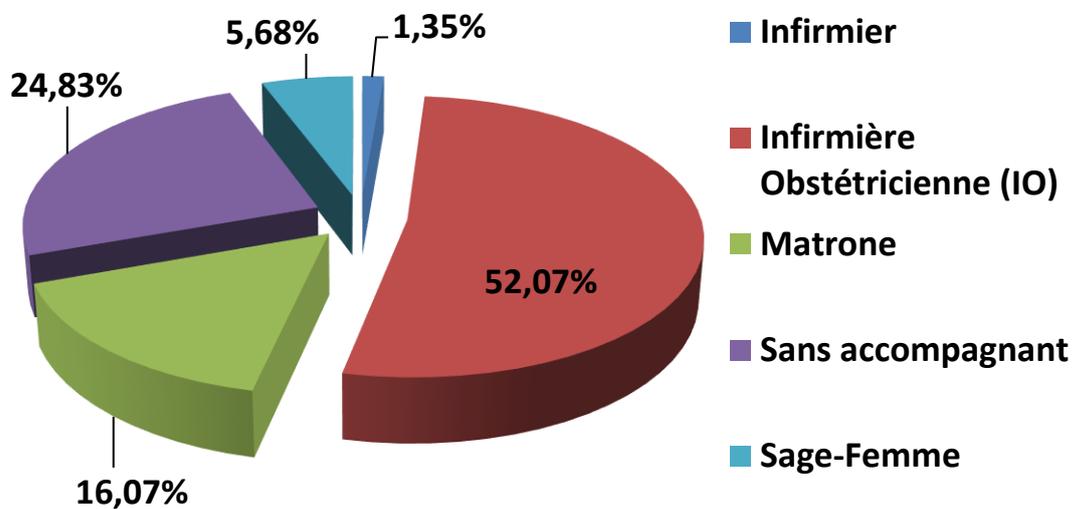


Figure 9 : Répartition des patientes selon l'agent de santé ayant accompagné l'ambulance.

Les patientes non accompagnées par un agent de santé représentaient **24,83%**.

Elles étaient dans la majorité des cas les évacuations venantes hors du district sanitaire.

Tableau V : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent qui décide l'évacuation.

Qualification de l'agent	Effectif	Fréquence (%)
Matrone	518	49,86
Infirmière Obstétricienne	170	16,36
Infirmier chef de poste médical	167	16,07
Sage-Femme	102	9,82
Médecin	82	7,89
Total	1039	100

L'évacuation était décidée par les matrones dans **49,86%**.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la mise en place d'un abord veineux avant évacuation.

Présence de voie veineuse	Effectif	Fréquence (%)
Non	569	54,76
Oui	470	45,24
Total	1039	100

Les patientes admises avec une voie veineuse représentaient **45, 24%**.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la rétro-information.

Retro-information	Effectif	Fréquence (%)
Faite	876	84,31
Non faite	163	15,69
Total	1039	100

Dans **84,31%** des cas, la rétro-information était faite par le CSRéf.

5.3.2- Eléments cliniques et obstétricaux :

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Fréquence (%)
Primigeste	471	45,33
Multigeste	284	27,33
Grande Multigeste	182	17,52
Paucigeste	102	9,82
Total	1039	100

Les Primigestes représentaient **45,33%** des sujets de notre étude.

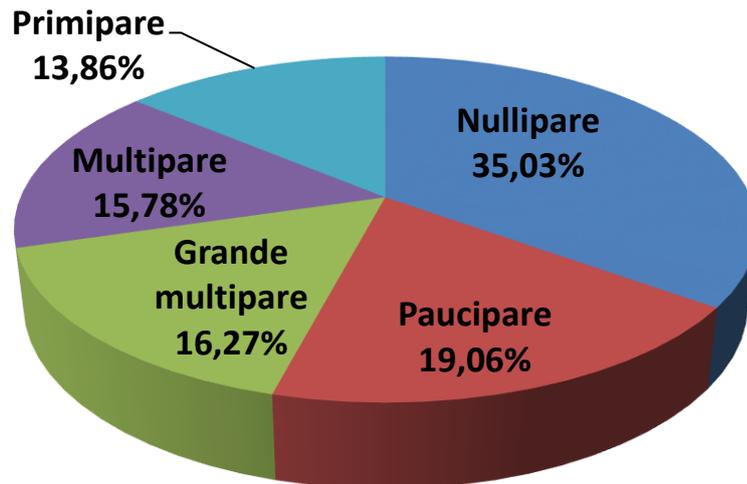


Figure 10 : Répartition des patientes selon la parité.

Les nullipares étaient majoritaires soit **35,03%** de l'échantillon.

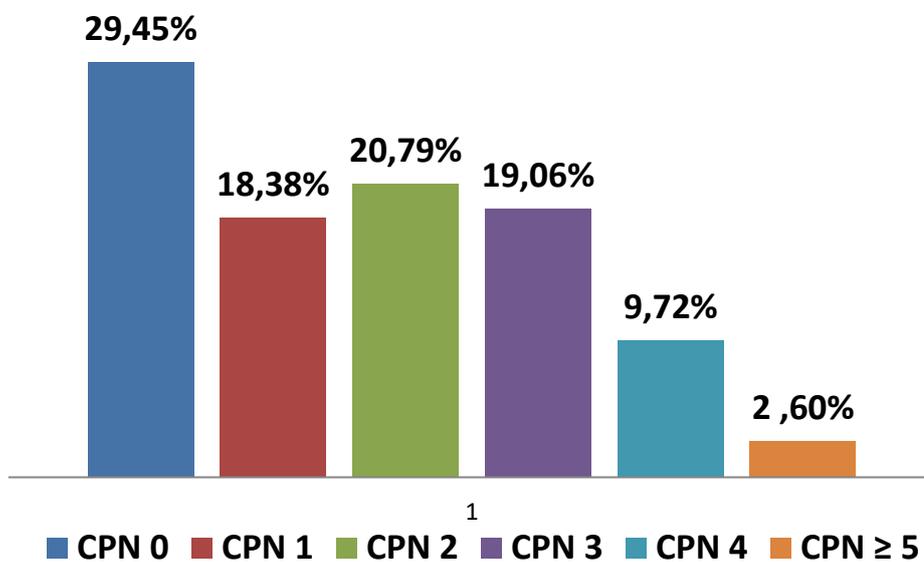


Figure 11 : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.

Les patientes qui n'avaient fait aucune consultation prénatale représentaient **29,45%**.

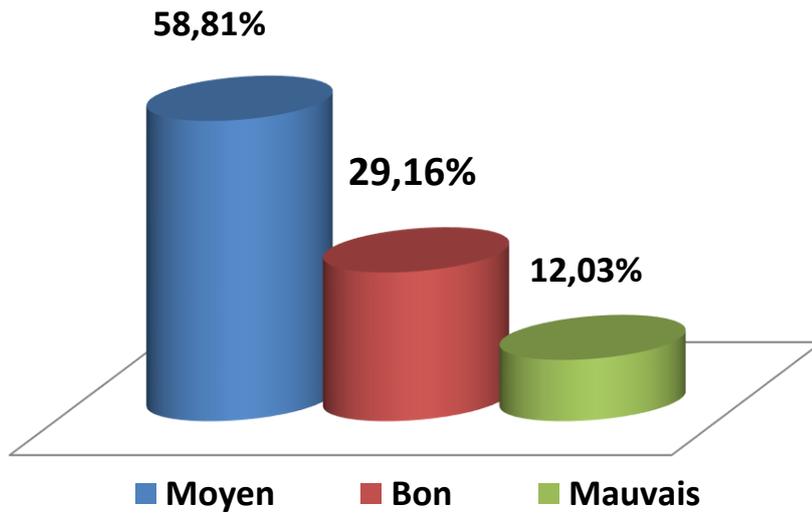


Figure 12 : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission.
Les parturientes qui avaient un état général mauvais représentaient **12,03%**.

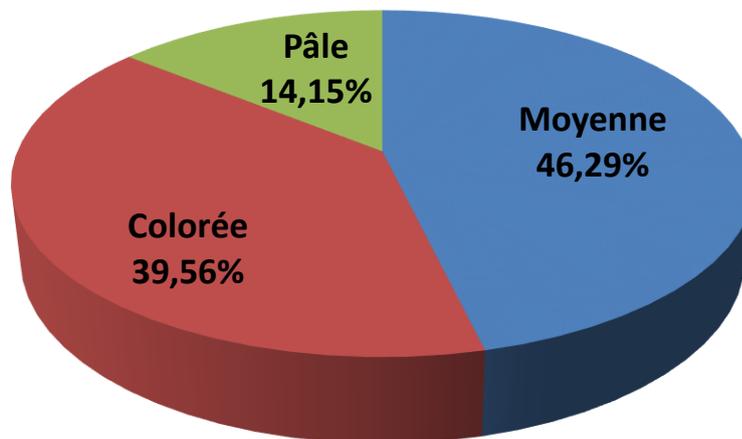


Figure 13 : Répartition des patientes selon la coloration conjonctivale.
La pâleur conjonctivale était constatée chez **14,15%** des patientes à l'admission.

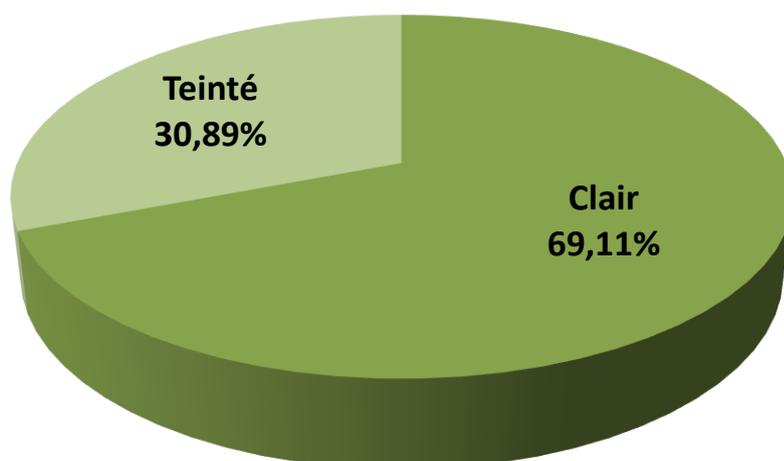


Figure 14 : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique.

Les patientes qui avaient un liquide amniotique teinté représentaient **30,89%**.

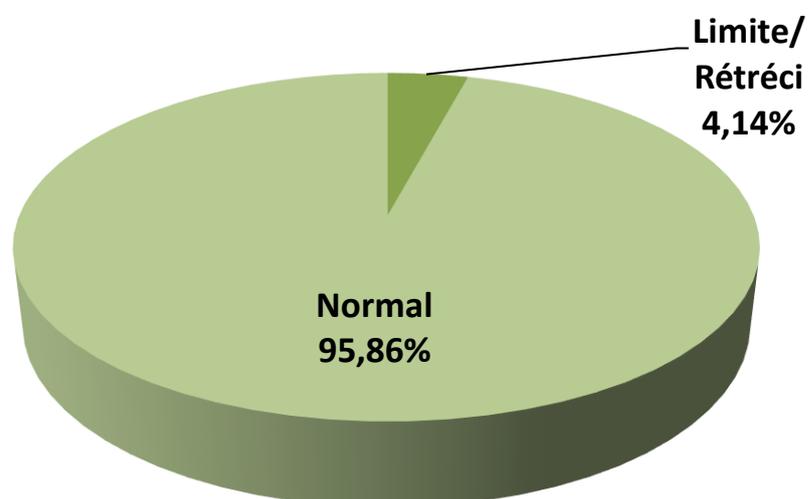


Figure 15 : Répartition des patientes selon le bassin obstétrical.

Les patientes qui avaient un bassin limite/rétréci représentaient **4,14%** de l'échantillon.

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

Taux d'hémoglobine	Effectif	Fréquence (%)
> 7g/dl	360	34,65
10,5-7g/dl	367	35,32
≥ 11g/dl	273	26,28
Non réalisé	39	3,75
Total	1039	100

Le Taux d'hémoglobine était inférieur à 7g/dl chez **34,65%** des patientes et elles avaient tous un besoin urgent de transfusion.

5.4.- Motifs d'évacuation et modes de prise en charge :

5.4.1- Motifs d'évacuation :

Tableau X : Répartition des patientes selon le motif de l'évacuation.

Motif d'évacuation	Effectif	Fréquence (%)
Hémorragie sur grossesse	201	19,34
Travail dystocique	171	16,46
Eclampsie	149	14,34
Travail sur utérus cicatriciel	72	6,93
Pré éclampsie sévère	63	6,06
Anémies (sur grossesse et post partum)	59	5,68
Menace d'accouchement prématuré	59	5,68
Hémorragie du Post Partum	44	4,23
Disproportion fœto-pelvienne	43	4,14
Paludisme sur grossesse	36	3,46
Présentations dystociques	27	2,60
Contraction utérine douloureuse	21	2,02
Rupture prématurée des membranes	17	1,64
Souffrance fœtale aigue	13	1,25
Procidence du cordon	9	0,87
Placenta Prævia hémorragique	9	0,87
Bassin limite/ Rétréci	9	0,87
Avortement incomplet	8	0,77
Cardiopathie sur grossesse	8	0,77
Hématome Retro-placentaire	8	0,77
Syndrome de Pré rupture utérine	5	0,48
Rupture utérine	5	0,48
Autres	3	0,29
Total	1039	100

L'hémorragie sur grossesse était le principal motif d'évacuation soit **19,34%** ; suivi respectivement par le travail dystocique **16,46%** et l'éclampsie **14,34%**.

Autres : Rétention de J2 (2), Crise drépanocytaire sur grossesse (1).

5.4.2- Modes de prise en charge :

La prise en charge était en fonction du diagnostic retenu au Csref.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au Csref.

Diagnostic retenu	Effectifs	Fréquence (%)
Eclampsie	251	24,16
Travail d'accouchement	134	12,90
Hématome Rétro-Placentaire	108	10,39
Hémorragies du post partum	99	9,53
Travail dystocique (dynamique)	63	6,06
Avortement incomplet	54	5,20
Menace d'accouchement prématuré	49	4,72
Présentations dystociques	49	4,72
Disproportion Fœto-Pelvienne	47	4,52
Souffrance Fœtale Aigue	36	3,46
Syndrome de pré rupture utérine	35	3,37
Utérus cicatriciel en travail	33	3,18
Anémies (sur grossesse et du postpartum)	30	2,89
Placenta Prævia hémorragique	23	2,21
Procidence du cordon	10	0,96
Rupture Utérine	10	0,96
Autres	8	0,77
Total	1039	100

L'éclampsie était le diagnostic le plus représenté, soit **24,16%**.

Autre : Rétention de J2(3), Procidence du bras (3) ; Crise drépanocytaire sur grossesse (2).

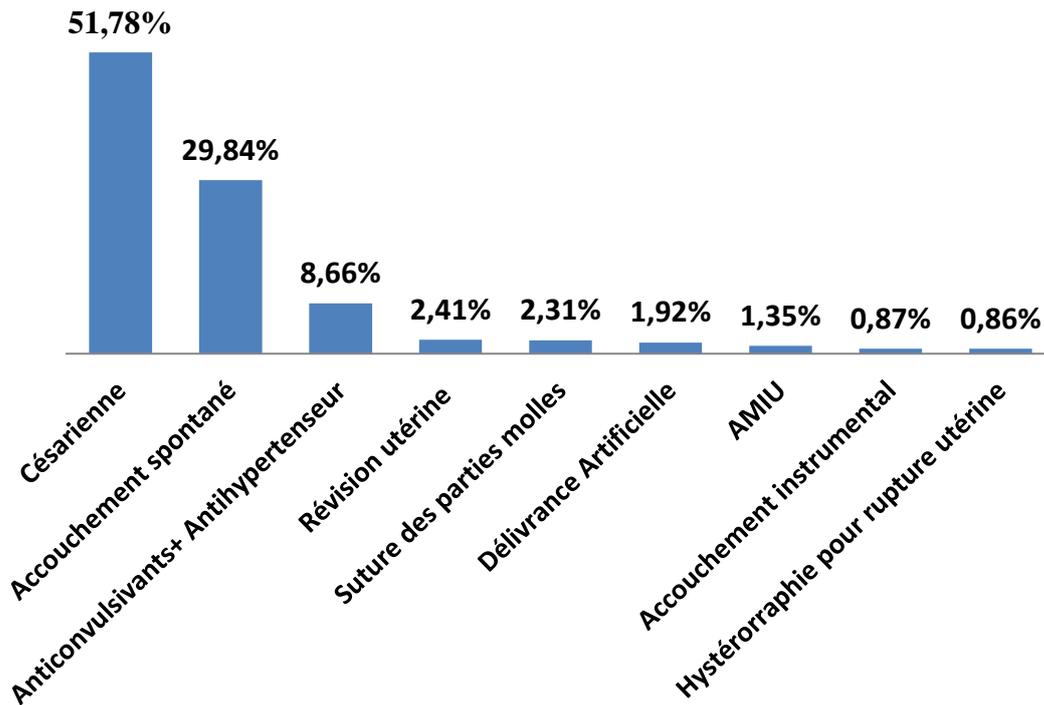


Figure 16 : Répartition des patientes selon le type de traitement.

La césarienne était la méthode thérapeutique la plus pratiquée soit **51,78%**.

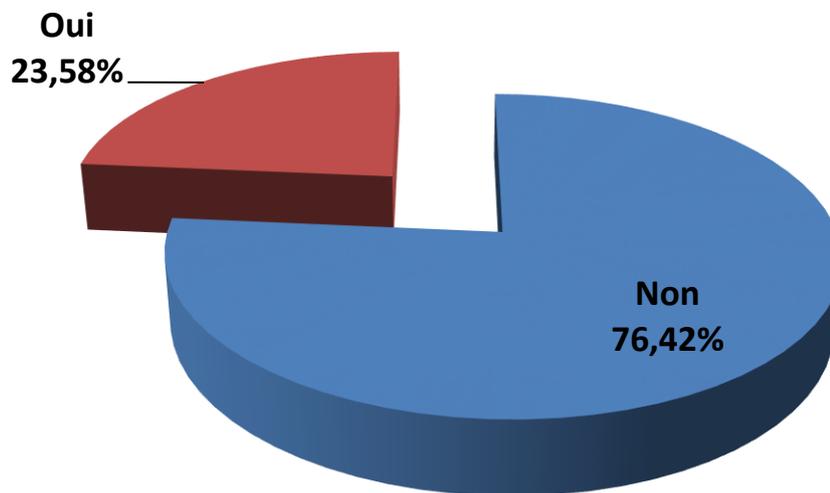


Figure 17 : Répartition des patientes selon la transfusion effectuée.

La transfusion n'avait été faite que chez 23,58% de notre échantillon.

5.5- Evolution et Pronostic :

5.5.1- Chez le fœtus :

Tableau XII : Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance.

Etat du nouveau-né	Effectif	Fréquence (%)
Vivant	577	72,40
Mort-né	213	26,72
Décès néonatal	7	0,88
Total	797	100

Le taux de mortalité était de **27,6%** dont 26,72% de mort-nés et 0,88% de décès néonatal précoce.

Tableau XIII: Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar.

Apgar	Effectif	Fréquence (%)
Apgar 0	213	26,72
Apgar 1-7	226	28,36
Apgar \geq 8	358	44,92
Total	797	100

Les nouveau-nés qui avaient un Apgar compris entre 1 et 7 représentaient **28,36%**. Sept (7) de ces nouveau-nés soit 0,88% sont décédés dans les 24 premières heures et 27,48% ont été référés à la néonatalogie.

Tableau XIV : Répartition des mort-nés selon le facteur favorisant.

Contexte de mort-nés	Effectif	Fréquence (%)
Hématome rétro placentaire	78	36,62
Souffrance fœtale aiguë	61	28,64
Eclampsie anté-partum	25	11,74
Anémie sur grossesse	13	6,10
Pré éclampsie	11	5,16
Rupture utérine	9	4,22
Syndrome de pré-rupture utérine	6	2,82
Placenta prævia hémorragique	6	2,82
Présentation dystocique	2	0,94
Procidence du cordon	2	0,94
Total	213	100

L'hématome rétro-placentaire était le facteur majoritaire à favoriser les mort-nés avec une fréquence de **36,62%**.

Tableau XV : Répartition des nouveau-nés selon la relation Apgar et l'acte effectué.

Apgar	Acte effectué									
	Laparotomie		Césarienne		Accouchement Instrumental		Accouchement Spontané		Total	
	N	F(%)	N	F(%)	N	F(%)	N	F(%)	N	F(%)
0	1	100	99	24,03	2	100	106	27,75	208	26,10
1-7	0	0	184	44,66	0	0	67	17,54	251	31,49
≥ 8	0	0	129	31,31	0	0	209	54,71	338	42,41
Total	1	100	412	100	2	100	382	100	797	100

Chi²=61,6741 ddl=9 P=0,00013

Les nouveau-nés issus de l'accouchement par césarienne et qui ne manifestaient pas de signe de vie (Apgar 0) à la naissance représentaient 24,03%.

5.5.2- Chez la mère :

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'évolution des suites de couche.

Suites de couche	Effectif	Fréquence (%)
Suites simples	899	86,53
Suites compliquées	140	13,47
Total	1039	100

Les suites de couche étaient compliquées chez **13,47%** des patientes.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le type de complications des suites de couche.

Types de Complications	Effectif	Fréquence (%)
Anémie	57	40,71
Hypertension artérielle et complications	28	20,00
Suppuration + lâchage	26	18,58
Endométrite	11	7,86
Trouble de la coagulation	9	6,43
Thrombophlébite	7	5,00
Embolie pulmonaire	1	0,71
Œdème Aigu du Poumon	1	0,71
Total	140	100

L'anémie était la complication des suites de couches la plus représentée avec une fréquence de **40,71%**.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation en jours.

Durée d'hospitalisation	Effectif	Fréquence (%)
1-2 Jours	406	39,08
3-7 Jours	580	55,82
8-14 Jours	51	4,91
≥ 15 Jours	2	0,19
Total	1039	100

La durée d'hospitalisation la plus représentée était de 3 à 7 jours, soit **55,82%**.

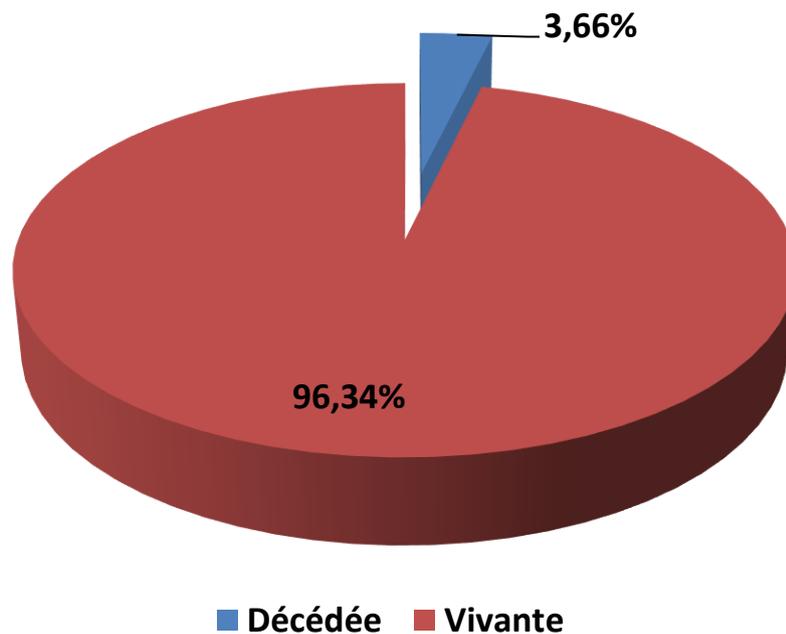


Figure 18 : Répartition des patientes selon le pronostic maternel.

Les patientes décédées représentaient **3,66%** de l'échantillon.

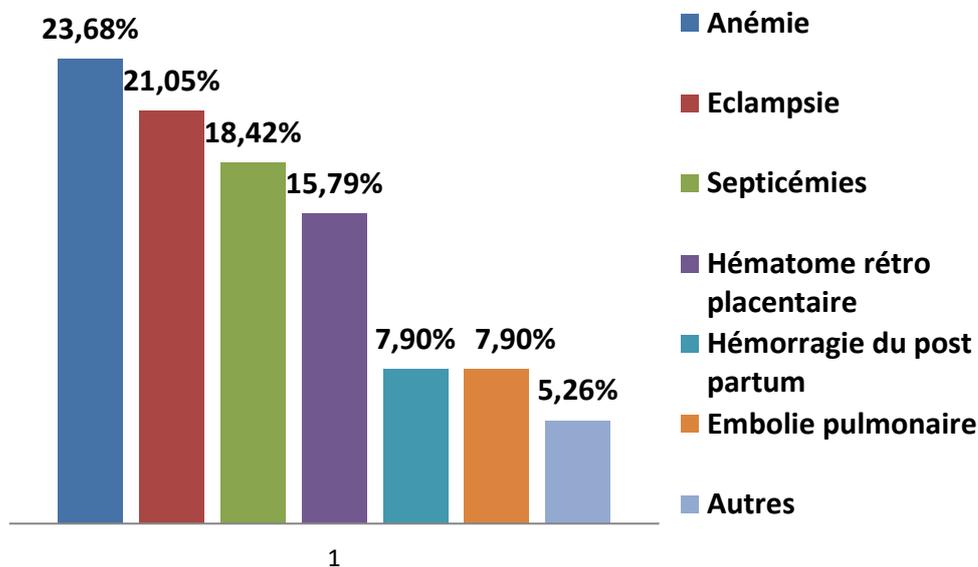


Figure 19 : Répartition des patientes selon la cause de décès maternels.

L'anémie était la cause du décès la plus représentée soit **23,68%**, suivie de l'éclampsie avec **21,05%**.

Autre : Accident anesthésique (2).

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la relation tranche d'âge et pronostic maternel.

Pronostic maternel								
Tranche d'âge	Décédée		Suites compliquées		Suites Simples		Total	
	N	F(%)	N	F(%)	N	F(%)	N	F(%)
14-19	7	1,79	39	10	344	88,21	390	100
20-29	13	3,55	34	9,29	319	87,16	366	100
30-39	14	5,45	26	10,12	217	84,44	257	100
40-49	4	15,38	3	11,54	19	73,08	26	100
Total	38	3,66	102	9,82	899	86,52	1039	100

Chi²=16,775 ddl=6 P=0,0101

La tranche d'âge de **30-39 ans** a été la plus touchée par le décès maternel avec 5,45%.

Tableau XX : Répartition des patientes selon la relation CPN et pronostic maternel.

Pronostic maternel								
CPN	Décédée		Suites Compliquées		Suites Simples		Total	
	N	F(%)	N	F(%)	N	F(%)	N	F(%)
0	18	5,88	52	16,99	236	77,12	306	100
1	4	2,09	16	8,38	171	89,53	191	100
2	10	4,63	15	6,94	191	88,43	216	100
3	3	1,52	12	6,06	183	92,42	198	100
4	3	2,97	7	6,93	91	90,10	101	100
≥ 5	0	0	0	0	27	100	27	100
Total	38	3,75	102	10,08	899	86,17	1039	100

Chi²=39,131 ddl=10 P=0,00015

Chez les patientes qui n'avaient pas fait de CPN, **5,88%** sont décédées et **16,99%** ont développé des complications dans les suites de couches.

5.6- Situation de la caisse de solidarité de la référence/évacuation de 2015 à 2018 du Csref de Nioro du Sahel :

Tableau XXI : Situation des montants recouverts par acteur de la référence/évacuation pendant la période d'étude.

Acteurs Années	ASACO			Mairies			Conseil de cercle		
	Montant			Montant			Montant		
	Prévu	Payé	F(%)	Prévu	Payé	F(%)	Prévu	Payé	F(%)
2015	726113 5	599334 1	82,54	905384 0	255589 9	28,23	189873 4	15000 00	79
2016	416430 3	416430 3	100	442150 2	166592 5	38	953982 2	95398 2	100
2017	607639 7	564042 3	93	643061 1	347712 1	55,33	733033 8	30990 09	81
2018	733033 8	594666 0	81	138966 8	700000	50,40	162896 4	50000 0	31
Total	248321 73	217447 27	87,57	212956 21	839894 5	39,44	118120 18	60529 91	51,24

Pendant la période d'étude, les paiements de la quote-part par les ASACO sont restés majoritaires avec une réalisation globale de **87,57%**.

COMMENTAIRES

&

DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1- La fréquence :

Durant la période d'étude (4ans), 3 273 admissions ont été enregistrées à la maternité du Csref de Nioro du Sahel, dont 1 039 évacuations soit **31,74%**.

Cette fréquence des urgences obstétricales pourrait s'expliquer par le fait que le cercle de Nioro du Sahel couvre plusieurs Cscm (27Cscm). A cela s'ajoute sa situation géographique qui lui permet de recevoir les évacuations venant d'autres aires de santé et du pays voisin (Mauritanie).

Notre fréquence est sensiblement supérieure à celles de CISSE.B [17] à Markala, TRAORE.D. B [18] en commune VI du district de Bamako et SOUMOUTHERA.M [19] à Koutiala respectivement 22,7% ; 16,57% et 7,91%.

Par contre, elle est très inférieure à celle rapportée par DIALLO.M. L [15] à Baraouéli (96,29%) et celle de GOITA.B. [16] à Macina (60,22%).

Ces différences nous expliquent que le taux des évacuations dépend de la zone et aussi de la fréquence d'admission.

6.2- Aspects sociodémographiques des femmes évacuées :

❖ L'âge :

L'âge moyen de notre population d'étude était de 22ans. Les âges extrêmes étaient de 14ans et 48ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 14 à 19ans avec 45,33%. Cette tranche était également la plus représentée dans l'étude de TOURE A.A [21] et celle de DIARRA. M [22] avec respectivement 27,6% et 48,09%.

Le jeune âge de la majorité des 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 jouant un rôle certain dans la survenue des dystocies [23].

❖ Ethnie :

Les Peulhs et les soninkés étaient les ethnies les plus représentées dans notre étude soit respectivement 41,48% et 36,96%.

TOURE.A. A [21] avait trouvé que les Bamanan et les Peulhs étaient majoritaires, avec respectivement 51% et 42%.

La prédominance des peuls pourrait s'expliquer par le déroulement de l'étude en milieu peulh.

❖ **Statut matrimonial /profession :**

- Les femmes mariées représentaient 99,23 % des sujets de notre étude.

SALL. L.A [24], DIALLO.M. L [15] et MACALOU. B [23] avaient rapporté respectivement 94,8% ; 95,65% et 96,8% des femmes mariées.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la grossesse des femmes mariées est considérée et prise en charge dans la majorité des cas. En plus elles n'ont pas le complexe de se présenter pour les visites prénatales.

- S'agissant de la profession, les ménagères étaient les plus représentées, soit 98,65%. On note également une prédominance des ménagères dans l'étude de CISSE.B [17] et SIDIBE.L [25] avec respectivement 95,5% et 95,1%.

Cela pourrait avoir un lien avec le taux d'analphabétisation de nos patientes.

❖ **Niveau d'instruction :**

Presque la totalité de nos patientes n'étaient pas scolarisées soit 97%. Notre taux est similaire à celui de CISSE.B [17] qui avait rapporté que 95,1% des patientes n'étaient pas scolarisées. Ce résultat pourrait être en rapport avec le taux élevé des évacuations obstétricales, d'où la nécessité de sensibilisations pour la scolarisation des filles en milieu rural.

❖ **Provenance :**

- Dans le district sanitaire de Nioro **79,11%** des patientes provenaient du milieu rural. Mr GOITA.B [16] avait rapporté que 26.94% des patientes provenaient du Cscm de Kokry.

Selon COULIBALY E.S [26] 28,57% des femmes provenaient de Massigui.

Ce résultat pourrait être dû à la concentration de la population ou au niveau d'instruction de la population du milieu rural.

- Cependant, certaines évacuations provenaient hors du district sanitaire avec un taux de 8,57%. Il s'agissait des districts sanitaires de Nara, Dièma, Yélimané et Kita et hors du Mali, notamment la République Islamique de Mauritanie.

Cela pourrait être consécutif à la situation géographique du district sanitaire qui lui confère un carrefour de rencontre.

6.3- Eléments de pronostic des évacuées :

A- Eléments logistiques et/ou organisationnels :

❖ Distance parcourue :

La distance parcourue variait de 1km à plus de 36km avec des extrêmes de 1km à 110km. La majorité des patientes soit 48,61% avaient parcourue plus de 36Km. TOURE.A. A [21] avait rapporté que 60,7% des patientes avaient parcourue une distance de plus de 30Km avec des extrêmes de 1Km et 120Km.

Ces résultats montrent l'éloignement de la majorité des Cscm à leur district sanitaire, toute chose influençant le pronostic des évacuées.

❖ Moyen de communication :

Le téléphone mobile était le seul moyen de communication utilisé pendant la période de notre étude soit 88,84%. Par ailleurs les évacuations venant hors du district sanitaire se parachutaient sur le service sans communication préalable. Notre résultat est similaire à celui de TOURE.A. A [21] qui avait rapporté que le moyen de communication le plus utilisé était le téléphone dans 66,9% cas.

Cela pourrait avoir une influence sur la durée d'évacuation car dans les zones où il n'y a pas de couverture de réseau, l'agent se déplace à la recherche du réseau.

❖ Moyens de transport/accompagnement par un agent de santé :

L'ambulance du Csref, non équipée a été le moyen de transport le plus utilisé pour l'évacuation des patientes, des Cscm au CSRef soit 84,31%.

Toutes les femmes évacuées à bord de l'ambulance étaient accompagnées d'un personnel de santé à 75,17% durant le parcours.

DIALLO.M. L [15] et GOITA. B [16] ont rapporté que, la plupart des patientes avait été transportée des Cscm au CSRef par ambulance, soit respectivement

96,29% et 78%. Ce résultat pourrait s'expliquer les efforts consentis par les autorités de la tutelle dans la dotation en ambulance. Mais ils doivent toujours déployer des efforts pour l'amélioration du système de transport des évacuées.

Les patientes ayant fait le déplacement au CSRef par leurs moyens personnels (automobiles, pieds) représentaient 10,30%.

Cela est souvent consécutif avec le non disponibilité de l'ambulance (deux demandes de l'ambulance à la fois) et la proximité de certaines patientes au CSRef.

❖ **Support d'évacuation**

La fiche de référence/évacuation a été utilisée dans 62,66% des cas et 23,87% des patientes avaient en plus d'une fiche, un Partogramme.

DIARRA. M [22] trouvait que les patientes ayant en possession uniquement, une fiche de référence/évacuation représentaient 35,2%, alors que TOURE.A. A [21] trouvait le Partogramme dans 60% des cas.

Ces supports d'évacuations sont indispensables pour la compréhension de l'histoire d'une évacuation. Ils permettent d'instituer urgemment une prise en charge adaptée.

❖ **Qualification de l'agent demandeur de l'évacuation :**

Les matrones étaient les agents majoritaires à demander les évacuations soit 49,86%. Notre résultat est similaire à celui de TOURE.A. A [21] qui avait trouvé que les matrones étaient les plus grands demandeurs de l'évacuation avec 64,8%. Ce résultat témoigne, le manque de personnel qualifié dans les 27 Cskom qui couvrent le district sanitaire.

❖ **Mise en place d'un abord veineux :**

Au cours de notre étude seulement 45,24% des patientes ont été évacuées avec un abord veineux, alors que FOFANA.N [31] trouvait que 87,99% des femmes avaient été évacuées avec une voie veineuse. Ce taux nous explique que les efforts doivent être toujours fournis pour la formation des agents de santé dans les centres périphériques qui décident l'évacuation obstétricale.

❖ **Rétro-information :**

La retro-information n'était pas faite dans 15,69% des cas. Notre taux est inférieur à celui de FOFANA.N [31] qui avait trouvé que 22,22% des Cscom n'avaient pas reçu de rétro-information.

Ce taux faible est le témoin d'une application assez correcte du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Nioro du Sahel.

B- Eléments cliniques et obstétricaux :

❖ **Gestité :**

Les primigestes ont constitué 45,33% des sujets de notre étude contre 17,52% des grandes multigestes. Dans l'étude de SOUMOUTHERA.M [19], 14,80% des évacuées étaient à leur première grossesse, pendant 63,89% avaient conçu une grossesse de plus de 5 fois.

Cette différence pourrait en déduire que le risque des complications, lié à la grossesse et à l'accouchement est dû, d'une part au manque de l'expérience en la matière et d'autre part du nombre élevé de grossesses.

❖ **Parité :**

Les nullipares représentaient la proportion la plus importante soit 35,03%. Notre taux est inférieur à celui de MACALOU. B. [23] (37,7%), similaire à celui de GOITA B. [16] (34%) en 2008 à Macina et nettement supérieur à celui de SIDIBE I. M. [28] (25,53%) en 2006 à Bougouni.

Ces résultats confirment la notion de risque de la gravido-puerpéralité des femmes, car elles n'ont aucune expérience dans la parturition.

S'agissant des grandes multipares, elles représentaient 16,27% dans notre série contre 35,2% dans le rapport de SOUMOUTHERA.M [19] et 13,6% dans celui de MACALOU.B [23].

Le risque chez ces patientes est dû à la fragilisation de l'utérus par suite de grossesses multiples et rapprochées.

❖ **Consultations prénatales (CPN) :**

Aucune consultation prénatale n'avait été faite par 29,45% de nos patientes.

Ce taux est inférieur à celui de TRAORE.K [29] à Niono qui a rapporté 34,3% et supérieur à celui de DIARRA D.S [30] en 2011 à San (27%).

Ce résultat pourrait s'expliquer par les problèmes d'ordre économique, socioculturel et le niveau d'instruction.

❖ **Etat général/Conjonctives :**

On notait un état général mauvais dans 12,03% de notre population d'étude.

La pâleur conjonctivale était constatée chez 14,15% de nos patientes.

Notre taux est inférieur à celui de GUINDO.S [31] qui a rapporté 16,3% de pâleur conjonctivale.

Ce taux faible pourrait s'expliquer par le fait que les parturientes qui ont effectué des consultations prénatales avaient bénéficié du Fer + Acide folique et des conseils nutritionnels.

❖ **Aspect du liquide amniotique :**

Le liquide amniotique était clair dans 69,11% des cas et teinté chez 20,89% des patientes. Ce taux est comparable à celui de SALL. L.A [24] qui avait rapporté 72,1% de liquide amniotique clair.

Ces différents paramètres aggravent le pronostic fœtal et maternel.

❖ **Etat du bassin :**

Le bassin était cliniquement limite et/ou rétréci chez 4,14% des patientes.

TOURE.A. A [21] trouvait que 10,3% des bassins étaient cliniquement limites et/ou rétrécis.

Ceci pourrait être dû à l'immaturation du bassin chez certaines de nos patientes par suite de mariage précoce.

❖ **Taux d'hémoglobine :**

Le taux d'hémoglobine réalisé était inférieur à 7g/dl chez 34,65% de nos patientes et elles avaient tous un besoin transfusionnel urgent à l'admission.

Notre taux est inférieur à celui de SANOGO.L [34] qui avait trouvé que le taux d'hémoglobine était inférieur à 7g/dl dans 46,8% des cas.

Ce taux confirme les complications anémiques voire les décès liés à l'anémie.

6.4- Motifs d'évacuation/modes de prise en charge :

A- Motifs d'évacuation :

Les motifs les plus fréquemment rencontrés sont :

- Hémorragies sur grossesse 19, 34% ;
- Travail dystocique 16, 46% ;
- Eclampsie 14, 34% ;
- Travail sur utérus cicatriciel 6,93%.

Ces résultats sont très proches de ceux de CISSE.B [17] à Markala où les évacuations étaient motivées par : hémorragies du troisième trimestre 15,1%, travail dystocique 10,2%, utérus cicatriciel 9,3%. KEITA. A [27] à l'hôpital de Sikasso, rapportait que les motifs les plus fréquents étaient : dystocie mécanique 35,5%, dystocie dynamique 8%, anémie sur grossesse 7,7%, hémorragie du troisième trimestre 6,6%.

Il ressort de ces études, que les hémorragies sur grossesse, le travail dystocique et le travail sur utérus cicatriciel sont en général les principaux motifs d'évacuations.

B- Modes de prise en charge :

La prise en charge était en fonction du diagnostic retenu au niveau du Csref.

❖ Diagnostic retenu :

Parmi les diagnostics retenus nous avons essentiellement :

- **Eclampsie 24,16% ;**
- **Travail d'accouchement 12,90 % ;**
- **Hématome Rétro-Placentaire (HRP) 10,39 %.**

Ces résultats sont différents de celui de TOURE.A. A [21] dont les diagnostics retenus étaient : Travail d'accouchement dans 21, 3% ; la souffrance fœtale aigue 16,5% ; et les syndromes de pré-ruptures 6,9%.

Ces résultats sont également différents de celui de DIARRA .M [22] dont les diagnostics retenus étaient : dilatation stationnaire 15,10%, travail d'accouchement normal 13,9% et la souffrance fœtale aigüe 7,92%.

Cette différence pourrait s'expliquer par le niveau insuffisant des prestataires de santé dans certaines aires, d'où la nécessité de formation continue du personnel existant.

❖ **Prise en charge :**

Dans le cadre d'une prise en charge rapide de ces urgences, le système de kit opératoire était mis en place. Ainsi nous avons procédé à :

- **La Césarienne dans 51,78% des cas ;**
- **L'accouchement spontané par voie basse dans 29,84% des cas ;**
- **Le traitement par anticonvulsivants et antihypertenseurs dans 8,66%.**

Dans l'étude de CISSE.B [17] à Markala les interventions chirurgicales ont représenté 53% dont 48,2% de césarienne pendant que l'accouchement s'est terminé par voie basse dans 39,5% des cas. SAVADOGO. S [32] avait rapporté 50,6% comme taux de césarienne au CHU du Point G.

Ce résultat pourrait s'expliquer que l'attitude thérapeutique était en fonction du diagnostic à l'admission, de l'état général de la mère et du fœtus.

Sur le plan transfusionnel : Sur 34,65% des patientes qui avaient un besoin urgent de transfusion, 23,58% des patientes ont été transfusées, soit une différence de 11,07%. Notre taux est nettement inférieur à celui rapporté par SANOGO.L [34] soit 36,37%. Ce résultat est souvent dû à la non disponibilité du sang en permanence dans la mini banque de sang ou à la non disponibilité d'un donneur du groupe/rhésus compatible avec celui de la patiente.

6.5- Evolutions et pronostic :

6.5.1- Chez le fœtus :

❖ Morbidité :

Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 comme le décrivent de nombreux auteurs. Nous avons trouvé un taux de 28,36%. Tous ces nouveau-nés avaient été réanimés. Notre taux est inférieur à celui de CISSE.B. [17] et de MACALOU.B [23] qui ont respectivement rapporté 58,2% et 62.9%.

Ce taux faible pourrait s'expliquer par le fait que les parturientes étaient accompagnées dans la majorité des cas, par un personnel de santé au cours du trajet d'évacuation, la gratuité de la césarienne et le délai d'intervention au niveau du Csref.

❖ Mortalité :

Le taux de mortalité était de 27,6%. Notre taux est supérieur à celui rapporté par CISSE.B [17] soit 23,9%, mais légèrement inférieur à celui de MACALOU.B [23] qui avait trouvé 31,4%. Ce taux pourrait être dû aux insuffisances dans la surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui évacuent; la décision tardive d'évacuer; l'éloignement associé au mauvais état des routes reliant les formations sanitaires au Csref.

Les causes les plus fréquentes de cette mortalité étaient essentiellement l'HRP (36,62%), la SFA (28,64%) et l'Eclampsie anté partum (11,74%).

6.5.2- Chez la mère :

❖ Morbidité :

Malgré l'amélioration des conditions de prise en charge, quelques cas de complications des suites de couches étaient enregistrés chez 13,47% patientes contre 86,53% de suites de couches simples.

Notre résultat se rapproche de celui de KEITA. A [27] qui a trouvé 15,3% de complications contre 84,7% de suites simples.

Elles étaient dominées par : l'anémie 40,71%, hypertension artérielle et complications (l'état de mal éclamptique) 20%, la Suppuration et lâchage 18,57% et l'endométrite 7,86%.

Ces complications pouvaient être évitées si les grossesses étaient correctement suivies. Les complications anémiques liées à l'hémorragie pourraient être diminuées si des gestes simples tels que la prise d'une voie veineuse, le groupage rhésus étaient effectués au niveau périphérique.

❖ **D'urée d'hospitalisation :**

Nous notons une durée d'hospitalisation de 3 à 7 jours, majoritairement représentée soit 55,82% et de (1-2) jours dans 39,08%. Ce résultat se rapproche à celui de TOURE.A. A [21] qui avait trouvé une durée de (2-7) jours comme la plus représentée avec 70,9%.

Ces taux sont d'une part le témoin d'une prise en charge adaptée au niveau du Csref et d'autre part l'importance de la mise en place des kits d'urgence.

❖ **Mortalité :**

Nous avons enregistré un taux de mortalité maternelle de 3,66%.

Notre taux se rapproche à celui de SANOGO.Y [33] (2,2%) et nettement supérieur à ceux rapportés par KEITA. A [27] et CISSE.B [17] respectivement 1,4% et 0,4%.

L'état général altéré des patientes aggravées par les conditions difficiles de la référence/évacuation et parfois le manque de sang expliquait le taux élevé de la mortalité maternelle.

Les principales causes de décès étaient : l'anémie première cause de mortalité maternelle soit 23,68%, Eclampsie (21,05%), Septicémies (18,42%), hématome rétro-placentaire (15,79%). TOURE.A. A [21] rapportait que l'hémorragie était la première cause du décès maternelle soit 75%.

❖ **Relation entre tranche d'âge et pronostic maternel :**

La tranche d'âge de (30-39) ans a été la plus touchée par le décès maternel soit 5,45%. CISSE.B [17] rapportait que celle de (20-30) ans a été la plus touchée avec 50,7%. Le risque de complication hémorragique est élevé dans cette tranche d'âge, dû à la fragilité de l'utérus par suite de multiparité.

❖ **Relation consultation prénatale et pronostic maternel :**

Nous avons constaté que chez les patientes n'ayant fait aucune CPN, 5,88% sont décédées et 16,99% ont développé des complications dans les suites de couches. Notre résultat se rapproche de celui de CISSE.B [17] qui avait constaté que 25% des patientes n'ayant fait aucune CPN ont développé des complications contre 9,1% de celles qui ont fait des CPN.

Ces résultats nous laissent persuader, que l'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des consultations prénatales, constituent un facteur évident de risque, au cours de la grossesse, de l'accouchement et même dans le post-partum.

6.9- Situation de la caisse de solidarité de la référence/évacuation de 2015 à 2018 du district sanitaire de Nioro du Sahel :

Seules les ASACO avec 87,57% étaient presque à jour dans le paiement des quotes-parts de la caisse de solidarité. Par contre les autres acteurs non réguliers dans le paiement de la quote-part demeurent les collectivités, soit 51,24% pour le Conseil de cercle et 39,44% pour les Mairies.

Notre résultat est similaire à celui rapporté par DIALLO.M. L [15], qui avait trouvé que seuls le Csref avec 5% et les ASACO avec 20% étaient presque à jour dans le paiement de la quote-part de la caisse de solidarité. Par contre GOITA.B [16] observait que les mairies et les ASACO n'étaient pas à jour dans le paiement de la quote-part de la caisse de solidarité avec respectivement 79% et 54%. Cette faible participation des collectivités pourrait s'expliquer par l'insuffisance dans la sensibilisation pour forcer leur adhésion au système de référence/évacuation.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION :

Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les évacuations obstétricales sont fréquentes dans le district sanitaire de Nioro du Sahel.

Les paramètres qui influencent le pronostic des évacuées étaient entre autres:

- la distance à parcourir, le système de communication et le moyen de transport,
- l'insuffisance de personnel chargé de la santé de la reproduction (surtout sages-femmes et infirmières obstétriciennes) au niveau de certaines de nos maternités,
- le jeune âge (14-19 ans) et la parité,
- l'insuffisance du suivi de la grossesse.

Le principal motif d'évacuation était les hémorragies sur grossesse.

La césarienne était le mode thérapeutique le plus utilisé.

Le taux de mortalité néonatal était élevé.

Les décès maternels étaient essentiellement dûs à l'anémie.

Seules les ASACO étaient presque à jour dans le paiement de la quote-part de la caisse de solidarité.

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS :

Ainsi pour une meilleure efficacité du système dans le district sanitaire de Nioro du Sahel, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Aux autorités socio sanitaires :

- Construire un bloc opératoire avec deux (2) salles d'opération bien équipées ;
- Aménager une salle de réanimation au sein du Csref ;
- Mettre en place une unité de néonatalogie avec une source d'oxygène ;
- Recruter des personnels qualifiés et assurer la formation continue du personnel existant.

2. Au médecin chef du Csref :

- Assurer la formation continue du personnel soignant au niveau des Cskom ;
- Assurer l'entretien du bloc opératoire, des ambulances et les moyens de communication à l'intérieur du district.

3. Au personnel socio sanitaire :

- 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 des grossesses dans les centres de santé et les avantages des méthodes modernes de PF ;
- Veiller à la prise d'une voie veineuse avant l'évacuation des patientes.

4. A la population :

- Suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- Eviter le mariage précoce des filles ;
- Faire des dons de sang volontaire.

5. Aux autorités municipales (Mairies et conseil de cercle) :

- Améliorer l'état des routes pour garantir l'évacuation rapides des patientes ;
- Participer au système de référence/évacuation à travers la communication pour changement de comportement (CPC),

- Payer correctement les quotes-parts de la caisse de solidarité.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1.** KANE T. T et al. Maternal mortality in GIZA, Egypt: magnitude causes and prevention. Studies in family planning, 1988.
- 2.** Mortalité maternelle - World Health Organization.
<https://www.who.int> visité le 24 /01/2019.
- 3.** OMS. Mortalité maternelle, centre des médias, aide-mémoire n°348. Mai 2012 : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr.
- 4.** BERLAND M. Le choc en obstétrique. Enc Med chir Paris obstet 1980; 65 :082-10 A.
- 5.** Adamson Peter. Le monde est sourd. Progrès des nations.
- 6.** Soins obstétricaux et néonataux essentiels. Anne-Sophie Coutin et Catrin Schulte-Hiller. Eds. : Médecins sans frontière (2015).
- 7.** Jahn A, Kowalski M, Kimata SS. Obstetric care in Southern Tanzania: Does it reach those in need? .1998. Trop Med International Health 5, 926- 932
- 8.** Système sanitaire du Mali. Journées hospitalières franco-maliennes 14 au 16 janvier 2014.
- 9.** Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. New York : Centre de santé des populations et de la famille, École de santé publique, Université Columbia. 1997.
- 10.** Enquête Démographique et de Santé (EDSM VI) de 2018. Rapport de synthèse.
- 11.** Merger R, Levy J, Melchior J. Etude clinique de la grossesse normale. Précis d'obstétrique. 6ème éd, Paris. Masson .1995.
- 12.** OMS. Santé de la femme et maternité sans risque : le rôle de l'obstétricien et du gynécologue, compte-rendu d'un atelier.
Pré congrès organisé par le groupe spécial mixte OMS/FIGO, 19-20 octobre 1988, Rio de Janeiro (Brazil). SMI/PF OMS Geneva, 1990.

13. Ministère de la santé. Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali, Juillet 2005.

14. HENRI DE TOURRIS, GUILLAUME MAGNIN, FABRICE PIERRRE. Gynécologie et Obstétrique, manuel illustré. 7ème édition ELSEVIER/MASSON.

15. DIALLO M. L. Evaluation du système de Référence/évacuation du Cercle de Baraouéli de 2005 à 2010. Thèse de médecine Bamako-Mali 2012. N° 183

16. GOITA B. Evaluation du système de référence/évacuation au centre de sante de référence de Macina. Thèse de médecine Bamako-Mali 2008. N°476

17. CISSE. B. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSRef de Markala. Thèse de médecine Bamako-Mali 2013. N°190

18. TRAORE D. B. Problématique du système de référence /évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako-Mali 2010. N°365

19. SOUMOUTHERA M. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Koutiala de juillet 2008 à juin 2009. Thèse de médecine Bamako-Mali 2010. N° 277

20. Delecour.M et collaborateurs : Abrégé de Gynécologie Obstétrique. Paris MASSON 1979.

21. TOURE A.A. Etude des urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation au centre de sante de référence de Kolokani. Thèse de médecine Bamako-Mali 2010. N°307

22. DIARRA M. Evacuations obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique du Point-G. Thèse de médecine Bamako-Mali 2008. N°131

23. MACLOU B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine Bamako-Mali 2002. N°142

24. SALL. L.A (épouse de TRAORE). Les urgences obstétricales au centre de sante de référence de Dioila. Thèse de médecine Bamako-Mali 2013. N°143

25. SIDIBE L. Les urgences gynéco-obstétricales au centre de sante de référence de Kadiolo.

Thèse Médecine Bamako-Mali 2009. N°57

26. COULIBALY E S. Evaluation du système de référence/évacuation du district sanitaire de DIOILA de Janvier 2003 à Décembre 2006. Thèse de Médecine Bamako 2008. N°560

27. KEITA A (épouse de SYLLA). Les évacuations obstétricales à l'hôpital de Sikasso. Thèse de Médecine, Bamako-Mali 2010. N°453.

28. SIDIBE I.M. Les évacuations sanitaires obstétricales au CSRef de Bougouni étude prospective de 2005 à 2006. Thèse de Médecine Bamako-Mali 2006. N°312

29. TRAORE K. Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Niono. Thèse de Médecine, Bamako-Mali 2005. N°318

30. DIARRA D.S. Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité du centre de sante de référence de San. Thèse Médecine, Bamako-Mali 2011. N°296

31. FOFANA.N. Evaluation du système de Reference/Evacuation des urgences obstétricales au Csref CIV du district de Bamako. Thèse de Médecine Bamako-Mali 2018. N°130

32. SAVADOGO S. Les urgences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point G. Thèse de Médecine. Bamako-Mali 2012. N°133

33. SANOGO Y. Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au CSRef de Koutiala. Thèse de Médecine Bamako 2012. N°62

34. SANOGO L. Prise en charge des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Kolokani. Thèse Med Bamako 2010. N°121

ANNEXES

X- ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

Numéro de fiche

I. Aspects sociodémographiques :

Q1-Date d'entrée :/...../.....

Q2-Numéro du dossier :

Q3-Nom et Prénoms :

Q4-Age :] 14-20] [20-25] [25-30] [30-35] [35-40] [40-45[

Q5-Lieu de résidence :

Q6-Ethnie : a) Soninké b) Peulh c) Bamanan d) Maure

e) Autre à préciser :

Q7-Statut matrimonial :

a) Célibataire b) Mariée c) Divorcée d) Veuve

Q8-Profession : a) Ménagère b) Fonctionnaire c) Elève/étudiant

d) Vendeuse e) Autre à préciser :

Q9-Niveau d'instruction : a) Analphabète b) Niveau primaire c)

Niveau secondaire d) Niveau supérieur

Q10-Provenance : a) Domicile b) CSCOM c) Cabinet privé

d) Clinique privée e) Autre à préciser :

Q11-Système d'alerte : RAC Téléphone Aucun

Q12-Mode d'admission :

a) Venue d'elle-même b) Référée c) Evacuée

Q13-Conditions d'admission :

Q13a : Moyen d'évacuation : a) Ambulance b) Taxi

c) Voiture Personnelle d) Autres à préciser :

Q13b : Personnel accompagnant : a) sage-femme b) Infirmière

c) Etudiant d) Autres à préciser :

Q13c : Présence de la voie veineuse à l'admission : Oui Non

Q14-Motif d'évacuation : a) Dystocie b) Placenta prævia c) Eclampsie

d) HRP e) SFA f) Hémorragie de la délivrance g) DFP

h) Douleur pelvienne i) CUD j) Autres à préciser :

Q15-Support d'évacuation : a) Partogramme b) Fiche d'évacuation

d) Sans document c) Autres à préciser :

II. Antécédents

Q16-Antécédents personnels :

Q16a : Antécédents médicaux :

- a) HTA b) Diabète c) Cardiopathie d) Anémie e) RAS
d) Autres à préciser

Q16b : Antécédents chirurgicaux : Non Si Oui précisés :

- a) Césarienne b) Myomectomie c) GEU d) Curetage
e) Autres à préciser :

Q16c : Antécédents obstétricaux :

- a) Gestité b) Parité c) Mort in utéro d) Avortement
e) Enfant(s) vivant(s) f) Enfant(s) décédé(s)

Q17-Antécédents familiaux : Non Si Oui précisés :

- a) HTA b) Cardiopathie c) Diabète d) Eclampsie
e) Autres à préciser :

Q18-Terme de grossesse : [.....SA.....]...Jours

Q19-CPN : Non si oui nombre effectué : 1 2 3 4 5 et plus

Q19a-Lieu de suivi : a) CSCOM b) CS Réf c) Hôpital
d) Cabinet e) Clinique f) Autres à préciser :

Q19b-Qualité de l'examineur : a) Médecin b) Sage-femme

- c) Matrone d) Infirmière obstétricienne c) Autres à préciser :

III. Examens à l'admission

A.) Examen général

Q20-Etat Général :

- a) Bon b) Moyen c) Mauvais

Q21-Conjonctives : a) colorées b) Moyennement colorées c) Pales

Q22-Conscience : Glasgow []

Q23-Température [] °C

Q24-Tension artérielle (TA) : [] / [] mm Hg

Q25- POULS : [] puls/mn :

Q26- Respiration : [] cycles/mn

B°) Examen obstétrical :

Q27-DDR []

Q28- Hauteur utérine : [] cm

Q29- Contractions utérines : a) Oui b) Non

Q30-Bruits du cœur fœtal : a) Absents b) Présents

Fréquence [] batts/mn

Q31-Etat du col : a) Fermé b) ouvert c) Dilatation [] cm

Q32-Poche des eaux : a) Rompue b) Intacte

Q33-Liquide amniotique : a) Clair b) Teinté c) Méconial

Q34-Durée du travail (en Heure) :

- a) Moins de 8heures b) Entre 8 et 12Heures c) Plus de 12 Heures

Q35-Présentation : a) Céphalique b) Siège c) Transversale/Oblique

Q36-Engagement : a) Engagée b) Non engagée

Q37-Bassin : a) Normal b) Limite c) Rétréci

Q38-Nombre de fœtus : a) Mono foetale b) Gémellaire c) Autres :

IV. Examen complémentaires :

Q39- Taux d'hémoglobine en urgence :

- a) Normal b) Bas c) autres d) Non réalisé

Q40- Groupage/Rhésus en urgence : a) Oui b) Non

Q41- Echographie : a) Oui b) Non

Si oui préciser le résultat (Anomalie).....

c) Autres :

V. Diagnostic

Q42-Diagnostic retenu :

- a) SFA b) Rupture Utérine c) Hémorragie de la délivrance d) PPH

e) Lésion des parties molles f) Présentation dystocique g) HRP

h) DFP i) Dystocie dynamique j) Pré éclampsie/Eclampsie

k) Procidence du cordon l) Avortement incomplet m) Grossesse arrêtée n) **Autres (à préciser) :**

VI. Prise en charge :

Q43-Hémorragie de la Délivrance :

- a) Révision utérine b) Examens sous valve c) Transfusion sanguine d)

Perfusion de macromolécules e) Administration d'utéro toniques

f) Autres :

Q44-Lésion des parties molles (Déchirure du col, du vagin, du Périnée) :

a) Suture sous anesthésie b) Perfusion de soluté

c) Transfusion sanguine d) Suture sans anesthésie e) Disponibilité du sang

Q45-Eclampsie :

a) Administration de sulfate de magnésium b) Administration du diazépam

c) Administration d'antihypertenseur d) Césarienne e) Réanimation

Q46-Placenta prævia hémorragique (PPH) :

a) Anatomie b) Césarienne

Q47-Hématome retro placentaire (HRP) :

a) Amniotomie b) Perfusion d'ocytocine c) Césarienne

Q48-Souffrance fœtale aigue (SFA) :

- a) Ventouse b) Césarienne Si oui type d'anesthésie.....
c) Perfusion de soluté d) Transfusion sanguine

Q49- Avortement incomplet :

- a) Aspiration b) Curetage c) Autres :

Q50- Rupture utérine :

- a) Hystérorraphie b) Hystérectomie c) Autres

Q51- Grossesse arrêtée : a) Oui b) non

Si oui CAT :

VII Evolution et pronostic :

Q42- Pour l'enfant :

- a) Vivant b) Décès néonatal d) Mort-né frais Mort-né macéré

Si vivant : APGAR à la naissance : a) (1-4) b) (5-7) c) (≥ 8)

Si décès néonatal : a) Moins de 24 heures b) plus de 24 heures

Q53- Réanimé : a) suites bonnes b) Décès néonatal

Si Mort-né cause : a) SFA b) RU c) PPH d) HRP

e) Eclampsie f) Procidence g) Présentation dystocique

Q54- Etat physique de l'enfant : a) Normal b) Mal formé

Si malformation : Préciser le type :

Q55- Pour la mère :

- a) Vivante b) Suites simples c) Suites compliquées

Q56- Nature des suites de couche :

a) Endométrite b) Anémie c) Thrombophlébite

d) Suppuration + lâchage e) Péritonite généralisée f) Pelvipéritonite

g) Evacuation : Oui Non f) Autres.....

Q57- Mère décédée (cause) :

a) Hémorragie b) Anémie c) Embolie d) Eclampsie

e) Septicémie f) HTA et complications

g) Autres à préciser :

Q58- Voie d'accouchement des mères décédées :

a) Voie basse b) Voie haute c) Avant accouchement d) Après accouchement

e) Décès audité : Oui Non

Q59- Durée d'hospitalisation (en jour) :

a) (1 - 2) b) (3-7) c) (8-14) d) ≥ 15

Q60- Besoin de transfusion : a) Oui b) Non

Q61- Diagnostic de sortie :

Q62- Conclusion à la sortie :

Q63- Rétro information : a) Oui b) Non

VIII- Montants recouverts par acteur de la référence/évacuation de 2015 à

2018 :

ACTEURS ANNEES	Prévision				Réalisation			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
ASACO								
Mairie								
Conseil de cercle								

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Yacouba

Adresse téléphonique : 78-44-78-22/ 69-09-84-19

Email : traoreyacou0@gmail.com

Titre de la thèse : Evaluation du système de référence/évacuation des urgences Obstétricales au CSREF de Nioro du Sahel de 2015 à 2018.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique, Santé Publique.

RESUME :

Notre étude était descriptive transversale avec recueil rétrospectif réalisée dans le service de la maternité du Csref de Nioro du Sahel, du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2018.

L'objectif principal était d'étudier les évacuations obstétricales dans le service.

L'étude a porté sur 1039 évacuations, soit une fréquence de 31,74%.

La tranche d'âge de 14-19 ans était majoritaire soit 45,33%.

Les nullipares représentaient 35,03%.

Les Ménagères étaient majoritaires avec 98,65%.

Aucune consultation prénatale (CPN) n'avait été faite par 29,45% des patientes.

L'ambulance était le moyen d'évacuation le plus utilisé, soit 84,31%.

Les motifs d'évacuations les plus évoqués étaient : les hémorragies sur grossesse 19,34%, le travail dystocique 16,46%, l'éclampsie 14,34%,

La césarienne était le mode thérapeutique le plus utilisé, soit 51,78%.

Nous avons enregistré un taux de mortalité néonatal de 27,6%.

Le taux de décès maternel était 3,66% essentiellement dû à l'anémie.

Le taux de recouvrement des acteurs était de 87,57% pour les ASACO ; 51,24% pour le Conseil de cercle et 39,44% pour les Mairies.

Mots-clés : urgences obstétricales - Référence/évacuation- Pronostic materno-fœtal

ABSTRACT:

Our study was descriptive cross-sectional with retrospective collection carried out in the maternity ward of the Csref of Nioro du Sahel, from January 1, 2015 to December 31, 2018.

The main objective was to study obstetric evacuations in the department.

The study involved 1039 evacuations, or a frequency of 31.74%.

The 14-19 age group was in the majority, at 45.33%.

The nulliparas represented 35.03%.

Housewives were in the majority with 98.65%.

No prenatal consultation (ANC) was done by 29.45% of the patients.

The most common means of evacuation was the ambulance, at 84.31%.

The most common reasons for evacuations were bleeding during pregnancy 19, 34%, obstructed labor 16.46%, eclampsia 14, 34%,

Cesarean section was the most widely used therapeutic method, at 51.78%.

We recorded a neonatal mortality rate of 27.6%.

The maternal death rate was 3.66% mainly due to anemia.

The actor recovery rate was 87.57% for the ASACOs; 51.24% for the District Council and 39.44% for the Town Halls.

Keywords: obstetric emergencies - Referral / evacuation - Maternal-fetal prognosis

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 religions, de nations, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa 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 !