MINISTERE 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 (USTTB)

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année Universitaire : 2024-2025 **N° Mémoire : …**

L'ISSUE DES URGENCES OBSTETRICALES COMMUNAUTAIRES REÇUES AU CSREF DE KALABAN-CORO A PROPOS DE 255 CAS

MEMOIRE

Présenté et soutenu publiquement le **18/02 /2026**

Devant le jury de la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Docteur **TRAORE Amadou**

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées de

Médecine de Famille / Médecine Communautaire (**MF/MC**)

JURY

Président : *Mme Fatoumata DICKO, Professeur*

Membres : *M. Mamadou HAIDARA, Gynécologue-Obstétricien*

M. Souleymane SIDIBE, Maître-assistant

Directeur : *M. Soumana Oumar TRAORE, Maître de conférences*

Co-Directeur : *M. Drissa Mansa SIDIBE, Maître-assistant*

DEDICACES

Je rends grâce ***:***

- ***A ALLAH***

Maître du jour de la rétribution. C'est Toi seul que nous adorons et c'est Toi seul dont nous implorons le secours. Guide-nous sur le droit chemin, le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs. Merci de nous avoir donné la force nécessaire et la chance de mener à bien ce travail. ***Fais de nous des musulmans pieux et sincères. AMEN !***

- ***A son prophète Mohamed S.A.W***

Que les bénédictions et la paix de Dieu soient sur lui, sa famille et sur tous ceux qui l'ont suivi jusqu'au jour de la résurrection.

Je dédie ce travail :

- ***A mon père Souleymane TRAORE***

En bon père, tu t'es toujours battu pour notre avenir, pour que nous puissions aller à l'école afin d'étudier. Tu as toujours su inculquer en nous les règles de bonne conduite, de la dignité, du respect, de l'être humain et de la sagesse. Tu as toujours été présent pour nous en ne ménageant aucun effort pour que nous puissions bénéficier de la meilleure éducation. Tu es pour nous un exemple de courage, de persévérance et de justice dans l'accomplissement du travail bien fait.

Puisse ALLAH te bénir, t'accorder une bonne santé, beaucoup de bonheur et te donner une longue vie. Ce travail est le fruit de tous tes sacrifices.

Tu as contribué à la construction de l'homme que je suis. Encore une fois merci.

- ***A ma mère SARRY Djelika***

Voici venu le moment pour moi de te remercier pour l'affection et l'amour dont tu as fait preuve. Ta générosité et ton affection envers toute personne font de toi

une mère admirable et appréciée par tous. Tes bénédictions ont beaucoup contribué à la réalisation de ce travail.

Merci maman pour ton soutien constant, l'amour inconditionnel que tu m'as donné. Que le tout puissant te comble de bonheur. Tu t'es toujours sacrifiée pour tes enfants, tu m'as appris les vraies valeurs de la vie.

Je te souhaite de vivre longtemps en bonne santé.

Mes chers parents, je vous dédie ce travail, vous aurez toujours une place importante dans mon cœur et dans ma vie.

- ***A mes frères et sœurs : Mamoudou, Hawa, Oumar, Djelika et Ibrahima Sory, à tous mes cousins et cousines.***

Voici venu le moment pour moi de vous remercier pour le soutien de tout instant et vos sacrifices en ma faveur ; ces sacrifices sont inestimables à mes yeux. Que le Bon Dieu fasse en sorte que nous restons unis.

Vous avez su m'aimer et lire sur mon visage, mes préoccupations tout en proposant des solutions. Vos conseils, vos encouragements et vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Puisse ce travail vous récompenser pour les efforts énormes fournis. Puisse ALLAH vous accorder la santé et nous garde longtemps les uns près des autres.

- ***A mes amis collègues et collaborateurs:*** *Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et ma sympathie pour tout le soutient que vous m'avez apporté. Que le tout puissant vous assiste.*

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements :

- ***Au Médecin-Chef du district sanitaire de Kalaban-coro Dr GUINDO Issa***

Monsieur, nos vifs remerciements, pour avoir accepté que cette étude soit menée dans votre centre, merci pour votre franche collaboration.

- ***A notre Maître le Professeur Mamadou HAIDARA:***

Merci pour votre encadrement efficace. Vous avez toujours été disponibles pour nous, et vous avez partagé votre expérience et votre savoir avec nous. Nous vous serons toujours reconnaissants. Qu'Allah vous récompense.

- ***A notre Maître Dr SIDIBE Drissa Mansa:*** *merci pour vos efforts fournis, ce travail est le vôtre. Votre disponibilité, votre empathie, votre patience ont fait que ce travail a vu le jour. Puisse Dieu vous accorder longue vie.*

- ***Au Personnel du Service Gynécologie Obstétrique de Kalaban-coro :***

Voici venu le moment pour moi de vous remercier pour l'accueil, l'engagement, le sens de la bonne collaboration dont vous avez fait part depuis le début de notre étude jusqu'à son terme. Cette expérience vécue avec vous est sans doute l'une des plus enrichissante. **Grand Merci *!!!***

ABREVIATIONS :

Al : Collaborateurs
Ag : antigène
ASACO : Association de Santé Communautaire
ATCD : Antécédent
BDCF : Bruit du Cœur Fœtal
BGR : Bassin généralement rétréci
βHCG : Hormone Gonado-Chorionique
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIVD : Coagulation Intraveineuse Disséminée
Cm: Centimètre
Col : Collaborateur
CPN : Consultation Prénatale
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CSRéf : Centre de Sante Référence
CUD : Contractions utérines douloureuses
DFP : Disproportion foeto pelvienne
DIU : Dispositif intra-utérine
DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré
DTC : Directeur Technique de Centre
ECBU : Examen cytobactériologique des urines
EDS : Enquête Démographique et de Santé
FCFA : Franc Communauté Financière D'Afrique
FMOS : Faculté de Médecine Odonto- Stomatologie
FVV : Fistule vésico-vaginale
GEU : Grossesse Extra-utérine
HCG: Hormone Gonadotrophine Chronique
HELLP: Hemolysis Elevated Liver enzymes, Low Platelet count
Hg : mercure
HRP : Hématome Rétro-Placentaire
HTA : Hypertension artérielle
IVG : Interruption volontaire de la grossesse
IO : Infirmière Obstétricienne
IST : Infection sexuellement transmissible
Km : Kilomètre
Min : Minute
Km2 : Kilomètre Carré
Mm : Millimètre
OMI : œdème des membres inférieurs
OMS : Organisation mondiale de la santé
NB : Notez bien
PF : Planification Familiale

PMA : Paquet minimum d'activités
PP : Placenta praevia
PSSP : Politique Sectorielle de la Santé et de Population
RCA : République Centre-Africaine
RPM : Rupture prématurée des membranes
RU : Rupture utérine
SA : Semaine d'Aménorrhée
SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique
SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences
SONUB : Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgences de Base
SONUC : Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgences Complet
TA : Tension artérielle
TX HB: taux d'hémoglobine

Table des matières

I- INTRODUCTION 11

II- OBJECTIFS : 13

2-1 Objectif général 13

2-2 Objectifs spécifiques : 13

III- QUESTION DE RECHERCHE : 14

IV- REVUE DE LA LITTERATURE : 15

1- Concept de la référence/évacuation : 15

2- Principales urgences obstétricales : 16
2-1 Dystocies : 16
2-2 Pré-éclampsie/Eclampsie : 17
2-3 Les hémorragies du post-partum immédiat (HPPI): 17
2-4 Procidence du cordon : 18
2-5 Rupture prématurée des membranes (RPM): 18
2-6 Menace d'accouchement prématuré (MAP) : 18
2-7 Avortement : 18
2-8 Hématome rétro-placentaire (HRP) : 18
2-9 Placenta prævia hémorragique (PP): 18
2-10 Rupture utérine : 19
2-11 Utérus cicatriciel : 19
2-12 Asphyxie fœtale : 19

3- Thérapeutiques obstétricales : 19
3-1 La césarienne : 19
3-2 Quelques manœuvres obstétricales : 20

V- MATERIEL ET METHODES: 22

1- Cadre et lieu d'étude: 22

2- Présentation du centre 22

3- Plateau technique du centre : 22

4- District sanitaire de kalaban-coro : 24

5- Type d'étude: 28

6- Période d'étude: 28

7- Population d'étude : toutes les femmes enceintes ou accouchées récentes admises dans le service de gynéco-obstétrique pendant la période d'étude 28

8- Echantillonnage: 28

VI- RESULTATS : 31

1- Résultat descriptif : 31

2- Résultats analytiques : 52

VII- DISCUSSION ET COMMENTAIRES : 57

1- La fréquence : 57

2- Les caractéristiques sociodémographiques : 57

3- Facteurs de risque : 57

4- Caractéristiques de l'évacuation : 58

5- Diagnostic retenu : 59

6- Prise en charge : 59

7- Pronostics materno-fœtal : 60

VIII- CONCLUSION : 61

IX- RECOMMANDATIONS : 62

REFERENCES: 63

Illustration des tableaux :

Tableau I: répartition selon la provenance de l'évacuation 34
Tableau II : répartition des patientes selon la prise en charge par le système de référence/évacuation 35
Tableau III: répartition des patientes selon qu'elles soient évacuées avec support GGTA ou pas 35
Tableau IV: répartition des évacuées selon la qualification de l'agent qui évacue 36
Tableau V: répartition des patientes selon les moyens d'évacuation 37
Tableau VI : répartition des patientes selon les difficultés liées au système de référence / évacuation 37
Tableau VII : répartition selon que le moyen de transport soient médicalisé 38
Tableau VIII : répartition selon la distance entre le CSRéf et les structures qui évacuent 38
Tableau IX : répartition des évacuées selon le temps d'évacuation 39
Tableau X : répartition des patientes selon les antécédents médicaux 39
Tableau XI : répartition des évacuées selon les antécédents chirurgicaux 40
Tableau XII : répartition des évacuées selon l'antécédent d'avortement 40
Tableau XIII : répartition des évacuées selon le nombre de CPN 41
Tableau XIV : répartition de évacuées selon la gestité 41
Tableau XV : répartition des évacuées selon la parité 42
Tableau XVI : répartition des évacuées selon le diagnostic retenu 43
Tableau XVII : répartition des évacuées selon la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu 44
Tableau XVIII : répartition des évacuées selon le type de prise en charge 44
Tableau XIX : répartition des évacuées selon les indications des interventions chirurgicales 45
Tableau XX : répartition des évacuées selon la transfusion sanguine 45
Tableau XXI : répartition selon le pronostic maternel 46
Tableau XXII :répartition des patientes selon le pronostic fœtal/néonatal 46
Tableau XXIII : répartition des cas de mortinaissance selon la cause 47
Tableau XXIV : répartition des évacuées selon l'évolution dans les suites de couches 47
Tableau XXV : répartition des évacuées selon le type de complications survenues dans les suites de couches 48
Tableau XXVI : répartition des évacuées selon la prématurité 49
Tableau XXVII : répartition des patientes selon la référence des nouveau-nés à la néonatologie 50
Tableau XXVIII : répartition des nouveau-nés selon leur motif de référence en néonatologie 50
Tableau XXIX : La mobilisation financière : des collectivités en 2025 dans le district sanitaire de kalaban-coro. 51
Tableau XXX : mobilisation financière des ASACO en 2025 au district sanitaire de Kalaban-Coro . 51
Tableau XXXI :relation entre la survenue de complication et la mortinaissance 52
Tableau XXXII : relation entre la survenue de complication dans les suites de couche et le système de référence/évacuation 52
Tableau XXXIII : relation entre le pronostic maternel et la distance parcourue 53
Tableau XXXIV : relation entre la durée d'évacuation et la survenue de complication dans les suites de couches 53
Tableau XXXV : relation entre le pronostic maternel et la durée de l'évacuation 54
Tableau XXXVI : relation entre la survenue de décès du nouveau-né et la consultation prénatale 54
Tableau XXXVII : relation entre la survenue de décès du nouveau-né et la durée de l'évacuation ... 55
Tableau XXXVIII : relation entre la survenue de décès maternel et la tranche d'âge 55
Tableau XXXIX : relation entre la parité et la survenue de décès maternel et la parité 56
Tableau XL : relation entre la survenue de complication dans les suites de couche et la gestité 56

Illustration de Figures :

Figure 1 : répartition des parturientes selon la tranche d'âge 31
Figure 2 : répartition des participantes selon leurs ethnies 31
Figure 3 : répartition selon la profession des participantes 32
Figure 4 : répartition selon le statut matrimonial des participantes 33
Figure 5 : répartition selon la scolarisation des participantes 33
Figure 6 : répartition des parturientes selon leurs motifs d'évacuation 36
Figure 7 : survenue de complication dans les suites de couches 48
Figure 8 : répartition des évacuée selon la durée d'hospitalisation 49

I- INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont un problème de santé publique dans le monde surtout dans les pays en voie de développement comme le nôtre, de par les gravités du pronostic materno-fœtal. Les urgences obstétricales sont responsables de nombreux décès maternels et néonatals **[1].**

Environ 260000 femmes sont décédées pendant ou après une grossesse ou un accouchement en 2023. Environ 92% des décès maternels sont survenus dans les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire**[1].**

En France, la mortalité maternelle se situait aux alentours 9 ou 10 décès pour 100000 naissances vivantes**[2].**

Aux USA, le taux de mortalité est le plus élevé de tous les pays à revenu élevé, avec 22 décès pour 100000 naissances vivantes. Les femmes noires sont particulièrement à risque élevé, avec près de 50 décès pour la quantité de naissances vivantes**[3].**

Les disparités raciales et géographiques sont également significatives, avec des taux de mortalités allant de 10 décès pour 100000 naissances vivantes au Chili à 328 décès en Haïti**[3]**.

Au Mali on observe une amélioration des taux de mortalité maternelle de 325 à 317 pour 100.000 naissances vivantes et de mortalité néonatale de 33 à 29 décès pour 1000 naissances vivantes de 2018 à 2023 (EDS VI à EDS VII)en 2023**[4].**

Les évacuations sont une composante de l'organisation du système sanitaire. Au Mali le système sanitaire est organisé en pyramide sanitaire avec les centres de santé de références (hôpitaux du district) comme premier niveau de référence **[5].**

L'évacuation sanitaire en obstétrique : est définie par le transfert d'un patiente d'une structure sanitaire d'échelon inférieur à une autre structure d'échelon supérieur pour une meilleure prise en charge dans un contexte d'urgence**[6].**

Nous entendons par urgences obstétricales communautaires toutes femmes enceintes évacuées d'un centre de santé communautaire ou cabinet avec un plateau technique limité vers un centre où le plateau technique est relevé.

Contexte et Justification du sujet:

L'objectif de la Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) était de permettre l'accès de la population à des soins de qualité par la création des centres de santé communautaires (CSCOM) avec participation active des communautés locales par le biais des associations de santé communautaire (ASACO) encadrés par des centres de santé de référence.**[7]**

Mais 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 non disponibilité d'un personnel qualifié.
Devant cet état de fait, nous avons décidé de faire ce travail portant sur l'issue des urgences obstétricales communautaires au centre de santé de référence de Kalaban-Coro avec comme objectifs:

II- OBJECTIFS :

2-1 Objectif général

L'objectif général de ce travail est d'étudier l'issue des urgences obstétricales communautaires reçues au CSRéf de Kalaban-Coro.

2-2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales reçues au CSRéf de kalaban-coro
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes évacuées
- Décrire les conditions d'évacuation des femmes des CSCom vers le CSRéf.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal des patientes évacuées sur le centre de santé de référence de Kalaban-Coro.
- Identifier les facteurs influençant l'issue des urgences obstétricale communautaire au CSRéf de Kalaban-Coro.

III- QUESTION DE RECHERCHE :

L'issue des urgences obstétricales communautaires reçues au CSRéf de Kalaban-Coro est – elle favorable?

IV- REVUE DE LA LITTERATURE :

Ce chapitre porte sur un aperçu de la revue de la littérature relative à notre thème

1- Concept de la référence/évacuation :

Le système de référence/évacuation est composé de plusieurs éléments qui fonctionnent en inter action. Le mauvais fonctionnement d'un ou de plusieurs de ces éléments a une influence négative sur le résultat souhaité. Ainsi, le système de santé du Mali après l'avènement de la déclaration de politique sectorielle en 1990, est composé comme suit.

Le premier niveau constitue le centre de santé communautaire/centre de santé d'Arrondissement revitalisé qui est en principe le premier niveau de contact du malade avec les services de santé**[5].**

Le deuxième niveau est le centre de santé du cercle ou du district. Le troisième niveau est l'hôpital de 2ème référence. Ce système d'organisation doit se poursuivre jusqu'au niveau des hôpitaux nationaux de référence régionale (d'un district sanitaire le 2ème et 1er niveau). Organiser ces deux niveaux, constitue l'organisation du circuit des utilisateurs pour un système référence /évacuation**[5].**

Cette organisation est devenue une nécessité voire une obligation pour que cela puisse profiter efficacement et de façon efficiente aux différents usagers. Pour l'organisation d'un tel système, l'implication d'un certain nombre d'acteurs est indispensable à savoir : les usagers (ASACO), l'Etat (les services techniques), et les partenaires extérieurs**[5].**

Les évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que fœtal est réservé. Ce pronostic est aggravé par : Le mauvais suivi prénatal ; Les insuffisances dans la prise en charge des parturientes dans les centres de santé ; Le problème de l'accessibilité géographique des centres de référence ; Le manque de moyens logistiques, matériels et financiers ; Problèmes socioculturels et politiques ; Ces différentes causes sont généralement responsables du retard pris dans l'évacuation des parturientes.

Selon MAINE et col. : il y a trois retards :

- **1er retard** : Le temps mis avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences (SOU).
- **2ème retard :** Le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de santé de soins obstétricaux d'urgence.
- **3ème retard :** Le temps écoulé dans les structures le Centre de santé communautaire- centre de santé de référence (CSCOM-CS Réf) avant de recevoir les soins**[8].**

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la République du Mali a adopté le 15 septembre1990 la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient les principes de la gestion décentralisée du système de santé. Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement. Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et l'offre des soins est assurée par deux échelons complémentaires : Le premier échelon est représenté par les centres de santé communautaire (CSCOM) offrant le paquet minimum d'activité (PMA) et géré par les associations de santé communautaires (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographique bien définie. Deuxième échelon : les centres de santé de références**[5].**

2- Principales urgences obstétricales :

2-1 Dystocies :

➢ **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. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne**[9].**

✓ **Les présentations dystociques :** elles 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. 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 :** il s'agit de 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**[9].**

➢ **Dystocies d'origine maternelle** :

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

✓ **Dystocies mécaniques ou bassin pathologique**: 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**[9].**
- **Bassin asymétrique :** malformation ou déformation des os du bassin affectant la symétrie du bassin.

2-2 Pré-éclampsie/Eclampsie :

➢ 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 (Epilât) et les diurétiques dans le postpartum**[6].**

2-3 Les hémorragies du post-partum immédiat (HPPI):

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(10).

2-4 Procidence du cordon :

C'est la chute du cordon en avant de la présentation dans un contexte de rupture accidentelle de la poche des eaux. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que le cordon non battant ne signifie pas obligatoirement la mort du fœtus**[10].**

2-5 Rupture prématurée des membranes (RPM):

C'est toute rupture des membranes, survenant avant le début du travail d'accouchement de 12heures à 24heures avant l'expulsion du fœtus **[10].**

2-6 Menace d'accouchement prématuré (MAP) :

Selon l'OMS, on appelle accouchement prématuré toute naissance survenant entre la 22ème et la 37ème semaine d'aménorrhée, soit avant 259 jours d'aménorrhée d'un enfant de plus de 500grammes. Dans le contexte malien c'est un accouchement survenant entre la 28ème et la 37ème SA

Cette menace est caractérisée par des contractions utérines anormales douloureuses, plus ou moins régulières et des modifications du col. 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**[10].**

2-7 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.

2-8 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**[10].**

2-9 Placenta prævia hémorragique (PP):

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**[6].**

2-10 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**[6].**

2-11 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**[6].**

2-12 Asphyxie fœtale :

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**[10].**

3- Thérapeutiques obstétricales :

3-1 La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

- **Les principales indications :** sont
  - ✓ Les présentations dystociques
  - ✓ Le placenta prævia hémorragique
  - ✓ L'hématome rétro - placentaire
  - ✓ L 'éclampsie et la toxémie gravidique
  - ✓ La procidence du cordon battant
  - ✓ Disproportion foeto-pelvienne

- ✓ Utérus cicatriciel plus bassin limite
- ✓ Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques
- ✓ L'asphyxie fœtale
- ✓ Les dystocies dynamiques
- ✓ Le gros fœtus en présentation du siège
- ✓ Présentation du siège chez une primigeste.

3-2 Quelques manœuvres obstétricales :

- ✓ **La manœuvre de Mauriceau** : Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus, dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet : - Fléchir la tête - Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse. Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus branchial, élongation modulo-bulbaire).
- ✓ **La manœuvre de Bracht:** Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante : dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.
- ✓ **La grande extraction du siège :** Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2éme jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

- **1er temps :** c'est le temps d'abaissement d'un pied : s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.
- **2éme temps :** L'accouchement du siège. Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bi-trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un

mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare. En tirant en bas on dégage la hanche antérieure. La traction ensuite horizontale puis vers le haut, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

- **3éme temps :** Accouchement des épaules. La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2éme et 3éme doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro – postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médius le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2éme et 3éme doigts le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.
- **4éme temps :** Accouchement de la tête dernière. L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Maurice au, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4éme temps particulièrement indiquée.

V- MATERIEL ET METHODES:

1- Cadre et lieu d'étude:

Le cadre d'étude est le centre de santé de référence (CSRéf) de Kalaban-Coro qui est un centre de niveau opérationnel 2ème échelon.

L'étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf de kalaban-Coro.

2- Présentation du centre

- **Historique :**

  Le centre de santé de référence de Kalaban-Coro a été inauguré le Mardi 09 juillet 2013 par le ministre de la Santé du gouvernement de transition, Monsieur Soumana MAGADJI et les activités ont commencés le lundi 09 septembre 2013.

- **Missions :**

  Offrir des soins de santé aux populations vivant dans la zone géographique de l'aire de santé de kalaban-coro.

- **Rôle :**

  Le CSRéf joue un rôle de soutien technique et répond au recours des centres de Santé communautaires (CSCom). Les activités du CSRéf sont organisées de manière à renforcer les CSCom. Il y'a une interrelation entre les structures. Ce qui n'est pas faisable au niveau du CSCom est référé au CSRéf. -

- **Situation géographique du centre:**

  Le CSRéf est situé au nord par le quartier Dougoukoro, au sud par une partie du fleuve Niger, à l'Est par le quartier plateau et à l'Ouest par Chikoro.

3- Plateau technique du centre :

- **Ressources matériels :**

Le CSREF de Kalaban-coro compte plusieurs services dont le service de gynécologie et d'obstétrique dirigé par un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique.

Le service de gynéco-obstétrique est composé de :

- ✓ Un bloc opératoire à deux salles (bloc utilisé pour toutes les interventions chirurgicales) ;
- ✓ Une grande salle d'hospitalisation des opérées avec sept (7) lits ;
- ✓ Deux salles des suites de couches avec 9 lits ;
- ✓ Une salle de travail à quatre (4) lits ;

- ✓ Deux salles d'accouchement comportant trois (3) tables chacune ;
- ✓ Une salle pour la sage-femme maitresse ;
- ✓ Une salle de garde pour les sages-femmes ;
- ✓ Une salle de CPN ;
- ✓ Trois salles de consultation pour les gynécologues.
- ✓ Une salle de CPON/PF.

➢ **Ressources humaines :** le personnel est composé de :

- ✓ Trois gynécologues obstétriciens
- ✓ Un médecin généraliste,
- ✓ Deux (2) assistants médicaux en anesthésie-réanimation ;
- ✓ Vingt et une (21) sages-femmes dont une sage-femme maîtresse,
- ✓ Dix (10) infirmières obstétriciennes et trois (3) aides de bloc.

A ce personnel s'ajoutent les élèves des écoles socio-sanitaires et des étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de différentes années dans le cadre de leurs stages de formation et de leurs thèses.

➢ **Les activités du service :**

Sont ainsi réparties dans la semaine :

- ✓ Quatre jours de consultation externes
- ✓ Trois jours de programme opératoire durant la semaine.
- ✓ Cinq jours de visite aux patientes hospitalisées.
- ✓ Les urgences sont prises en charge par une équipe de permanence entre 8 H – 16 H et une équipe de garde de 16 H à 8 H du matin.

4- District sanitaire de kalaban-coro :

➢ Aperçu et organisation du district sanitaire de Kalaban-coro

De sa création en juillet 2013 à nos jours, le district sanitaire de Kalaban-Coro dans le cercle de Kati a permis d'améliorer la santé des populations à travers l'amélioration des indicateurs, notamment les taux de consultations prénatales et d'accouchements assistés ; de diminuer les besoins obstétricaux non couverts; de réduire la morbidité et la mortalité maternelle, périnatal et infantile, qui concourent à l'atteinte des objectifs du développement durable.

Le district sanitaire de Kalaban – Coro qui est situé en zone périurbaine est traversé de part et d'autres par le district de Bamako. Du fait de sa proximité avec le district de Bamako et l'université de Kabala, de l'aménagement de certaines zones attrayant pour la population, du projet d'adduction d'eau de Kabala, des logements sociaux, etc…, font qu'il enregistre de façon spectaculaire un accroissement de sa population.

➢ Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives :

- Caractéristiques géographiques : Le District Sanitaire de Kalaban-Coro couvre une superficie de 2 425 km2. Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger et limité :

- Au Nord par le district sanitaire de Kati et la Commune V de Bamako.

- Au Sud par le district sanitaire d'Ouéléssébougou ;

- A l'Est par le Commune VI et les DS de Koulikoro et Fana

- A l'Ouest par le fleuve Niger, la commune IV et le District Sanitaire de Kati.

Le district sanitaire de Kalaban – Coro compte 5 communes (Baguinéda, Kalaban Coro, Mountougoula, N'Gouraba et Sanankoroba) toutes rurales qui regroupent 119 villages.

Tableau : Généralités sur le District Sanitaire

Rubriques	Nombres
Superficie	2425
Population	390242
Pourcentage de la population à 5km du PMA	68
Arrondissement	03
Communes	05
Villages	119
Aire de santé fonctionnelle	27
Site ASC fonctionnels	58
Centre confessionnel	3

Clinique/Cabinet	245
Officine pharmacie	30

Source : CSRef de kalaban-coro, 2024

- **Caractéristiques démographiques :**

Le district sanitaire de Kalaban-Coro a une population de 390242 habitants en 2024 avec un taux d'accroissement annuel de 3,6% (source : RGPH 2009). Les caractéristiques démographiques sont:

- ✓ La densité de la population : 160,92 habitants au Km2
- ✓ Le taux d'accroissement : 3,6%
- ✓ L'espérance de vie : 58 ans
- ✓ Le taux de natalité : 45,15‰
- ✓ Le taux de mortalité Homme : 2,82‰ ; Femme : 2,66‰
- ✓ Le taux de mortalité infantile : 56 pour 1000 naissances vivantes (EDS V)
- ✓ L'indice de fécondité: 6,1%
- ✓ Le nombre moyen d'enfant par femme est de 6,5 enfants/femme (Source : EDS V).
- ✓ Hommes : 50,17%
- ✓ Femmes : 49,83%
- ✓ Les femmes ont un effectif plus élevé que celui des hommes.
- ✓ **Ethnies :** L'ethnie majoritaire de la population est le Bambana. Le reste de la population est repartie entre les Peulhs, Malinkés, Sarakolés, bobos, Dogons, bozos, Minianka, Sonrhaï, etc.

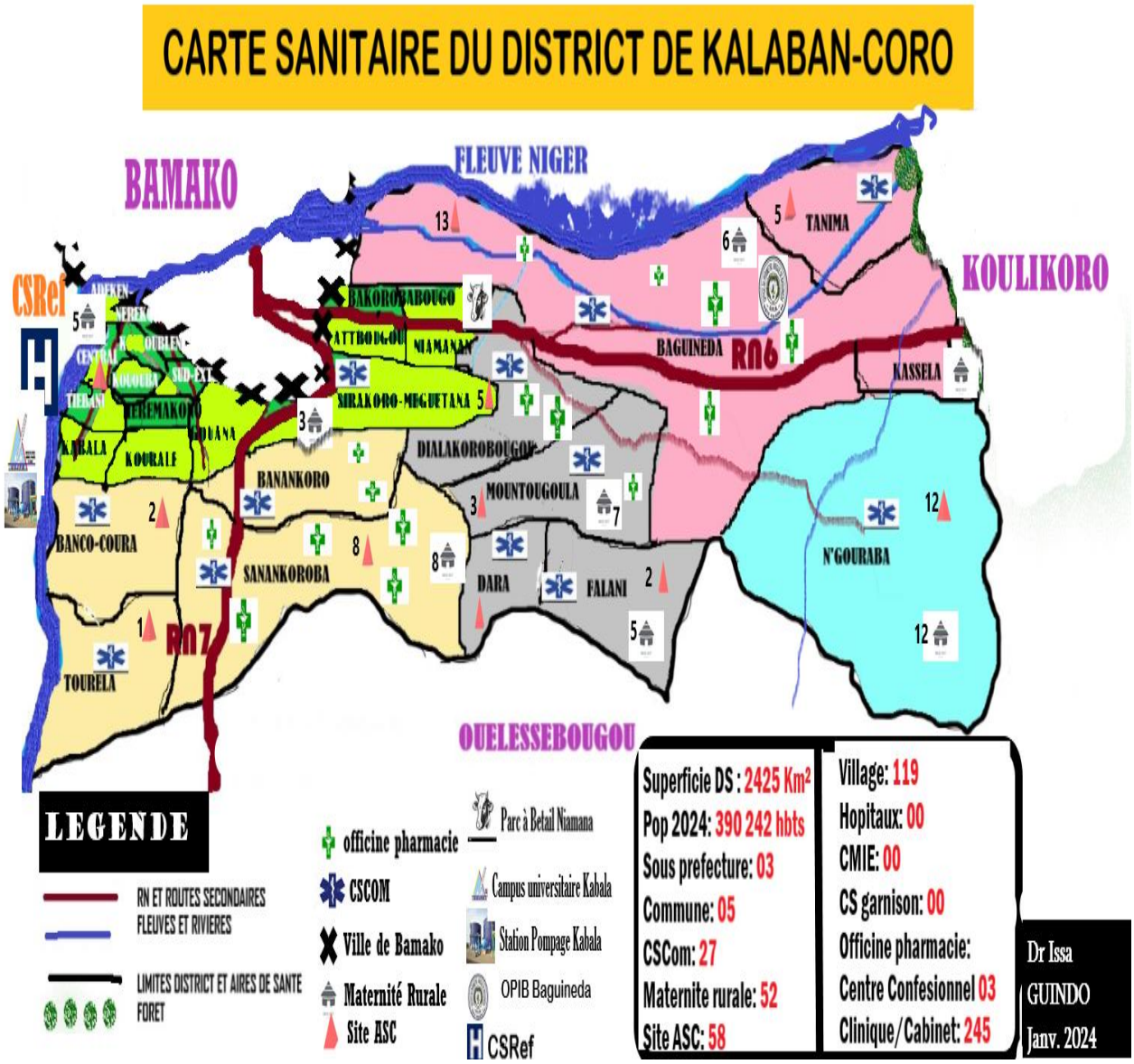
- **Caractéristiques administratives :** Le district sanitaire de Kalaban-Coro dispose de trois arrondissements totalisant cinq communes.

Tableau : Répartition du district sanitaire de kalaban-coro en fonction des arrondissements

N°	Chef-lieu de commune	Nombre de village	Arrondissements
1	Kalaban-coro	31	Kalaban-coro
2	Baguineda	30	
3	Mountougoula	19	Baguinéda
4	N'Gouraba	14	
5	Sanankoroba	24	Sanankoroba
Total	**5**	**119**	**3**

- **Moyens logistiques :** Situation des moyens logistiques au district sanitaire de kalaban-coro regroupée dans le tableau ci-dessous :

Moyen logistiques District sanitaire de kalaban-coro	Bon état	Mauvais état
Ambulance CSRef	2	1
CSCom Sanankoroba	1	0
CSCom Baguinéda	1	0
CSCom Sirakoro	1	0
Total	**5**	**1**


CARTE SANITAIRE DU DISTRICT DE KALABAN-CORO
BAMAKO
FLEUVE NIGER
KOULIKORO
CSRef
BAKOROBABOUGOU
ATTBOUGOU
NIAMANAN
SIRAKORO-MEGUETANA
DIALAKOROBOUGOU
BANANKORO
MOUNTOUGOULA
BANCO-COURA
SANANKOROBA
DARA
FALANI
TOURELA
N'GOURABA
KASSELA
BAGUINEDA
TANIMA
RN6
RN7
OUELESSEBOUGOU
LEGENDE
officine pharmacie
CSCOM
Ville de Bamako
Maternité Rurale
Site ASC
Parc à Betail Niamana
Campus universitaire Kabala
Station Pompage Kabala
OPIB Baguineda
CSRef
RN ET ROUTES SECONDAIRES
FLEUVES ET RIVIERES
LIMITES DISTRICT ET AIRES DE SANTE
FORET
Superficie DS : 2425 Km²
Pop 2024: 390 242 hbts
Sous prefecture: 03
Commune: 05
CSCom: 27
Maternite rurale: 52
Site ASC: 58
Village: 119
Hopitaux: 00
CMIE: 00
CS garnison: 00
Officine pharmacie:
Centre Confesionnel 03
Clinique/Cabinet: 245
Dr Issa GUINDO
Janv. 2024

5- Type d'étude:

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique portant sur les évacuations obstétricales communautaires reçues au CSRef de kalaban-coro.

6- Période d'étude:

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois, allant du 1er Janvier 2025 au 31 Décembre 2025

7- Population d'étude : toutes les femmes enceintes ou accouchées récentes admises dans le service de gynéco-obstétrique pendant la période d'étude

8- Echantillonnage:

- Les données sur les évacuations sanitaires obstétricales par rapport au nombre total de femmes enceintes admises au service de maternité en 2024 ont permis de donner une prévalence de 21%.
- **Le calcul de la taille de l'échantillon** requis prendra en compte la prévalence de 21% des urgences obstétricales communautaires identifiés afin de valider dans les mêmes conditions les résultats de notre étude à la fois clinique et communautaire.
- **Les paramètres de calcul de la taille de l'échantillon selon la formule de Schwartz sont :**

p = La prévalence retenue est 21 %

q = Le complément à 100 de la prévalence (p)= 79%

i = Le risque consenti pour un intervalle de confiance à 95% est 5%

z = L'écart réduit, est une constante 1,96

La formule n= (z^2 xpq)/i^2 donne la taille minimum requise, n = 255

L'application de cette formule pour déterminer le nombre de évacuations sanitaires obstétricales minimum requis, vu l'échantillon de 255 cas pourrait être considéré comme suffisant pour étudier les différents paramètres décrivant les urgences obstétricales communautaires reçues au CSRéf de kalaban-coro.

- **Les conditions requises :**

Pour ce type d'étude transversale descriptive et analytique à caractère prospectif portant sur l'admission des urgences obstétricales communautaires il est nécessaire de considérer un certain nombre de conditions :

La concordance entre les patientes évacuées depuis le niveau communautaire et les patientes reçues au CSRef de kalaban-coro n'a pas été toujours prouvée. Ceci pourrait s'expliquer par le manque de moyen financier à honorer les évacuations.

En effet, les ressources limitées de certaines patientes et l'absence de communication sur les causes des évacuations sanitaires sont d'un intérêt capital dans la prise de décision des proches des patientes. D'où la relative non représentativité de ces patientes reçues en service de gynéco-obstétrique par rapport à la population initiale de femmes évacuées.

- **Critères d'inclusion :**

Sont inclues dans l'échantillon toutes les patientes évacuées du niveau communautaire et reçues par la suite au CSRéf de kalaban-coro avec fiche de référence/évacuation.

- **Critères de non-inclusion :**

N'ont pas été inclus dans l'échantillon :

Les patientes venues d'elles-mêmes et celles admise sans fiche d'évacuation

Les cas reçus et évacués sur les CHU.

- **Les variables étudiées :**

Age, statut matrimonial, profession, résidence, ethnie, provenance de l'évacuation, système référence /évacuation, appel avant évacuation, moyen de transport, agent évacuateur, agent qui reçoit, motif d'évacuation, évacuée avec support GGTA antécédents, distance parcourue, durée de l'évacuation, temps mis avant l'évacuation, temps écoulé avant début de prise en charge, CPN, diagnostic retenu, type d'accouchement, indication de césarienne, obstacle du système de référence/évacuation, pronostic maternel, durée du séjour, qualité de séjour, type de complication survenue, motif de référence du nouveau-né, cause de décès néonatal cause de décès maternel, concordance en diagnostic retenu et motif d'évacuation, devenir de la patiente, devenir du nouveau-né….

- **Collecte des données :**

La collecte des données s'est faite dans le service de gynéco-obstétrique auprès des patientes évacuées et de leurs familles. Les informations recueillies ont été reportées sur une fiche d'enquête préalablement établie.

- **Saisie et analyse des données** :

La saisie a été faite sur Microsoft Word et Excel

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 25.

Une analyse descriptive a permis de résumer les données sous forme de fréquence et de pourcentage %.

Le test de Fisher exact a été utilisé pour apprécier les relations entre certaines variables ; le coefficient V de Cramer pour déterminer la force de la relation entre deux variables.

L'intervalle de confiance a été fixé à 95% avec un seuil de signification de 0,05

- **Aspects éthiques :**

Le caractère confidentiel de l'étude a permis l'enrôlement de toutes les participantes préalablement informer et avec un consentement éclairé ; ceci dans le respect de l'anonymat.

VI- RESULTATS :

Nous avons colligé 255 cas d'urgences obstétricales sur 7328 admissions dans le service, soit une fréquence de **3,48%.**

1- Résultat descriptif :

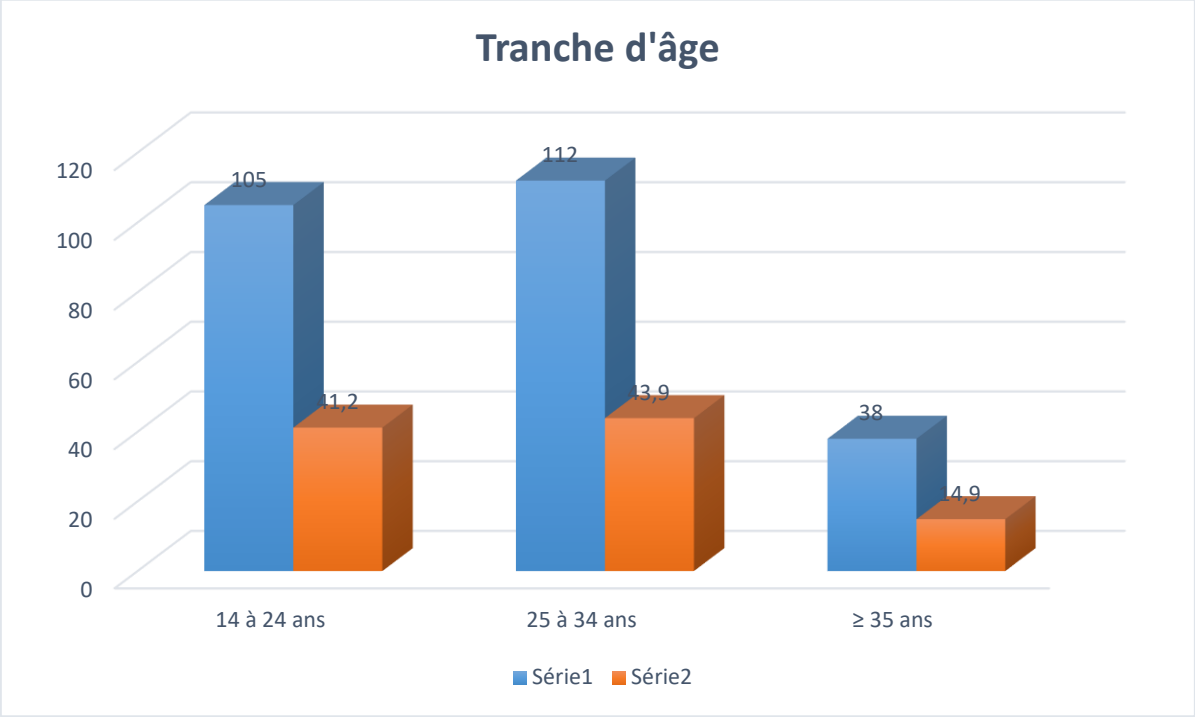


Figure 1 : répartition des patientes selon la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était 25 à 34 ans avec une moyenne d'âge de 26,37 ans ± 6,55 ans.

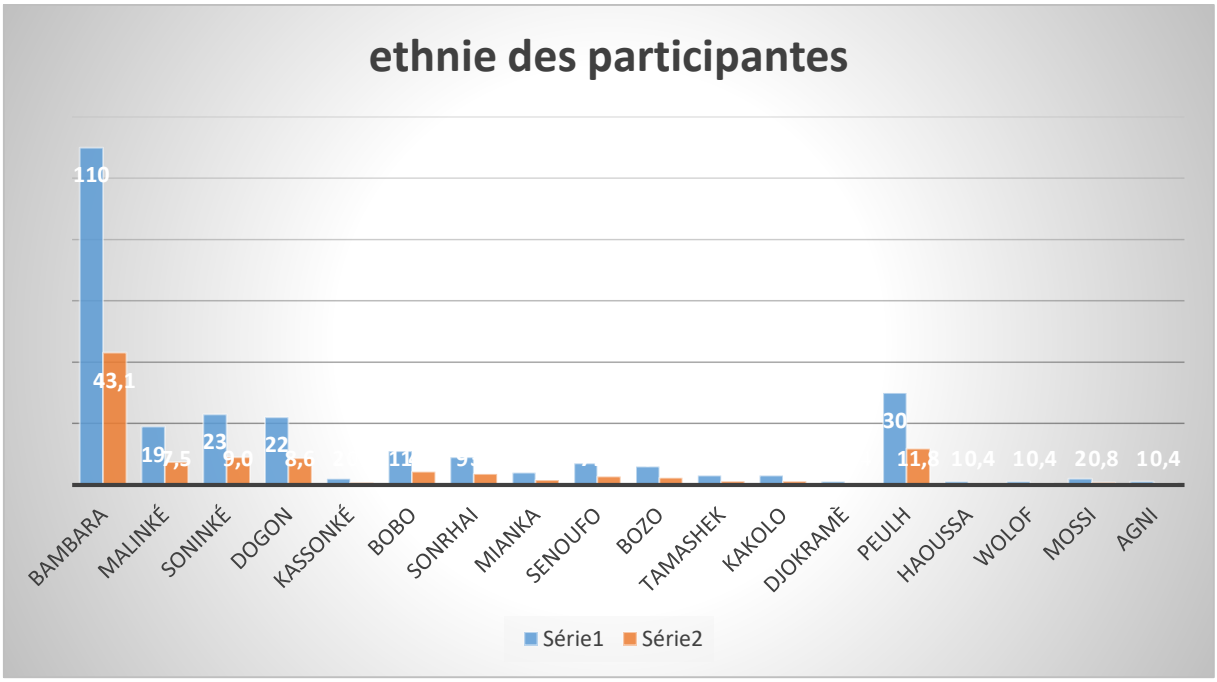


Figure 2 : répartition des participantes selon leur ethnie

Les bambaras étaient les plus représentés dans notre série avec 43,1%

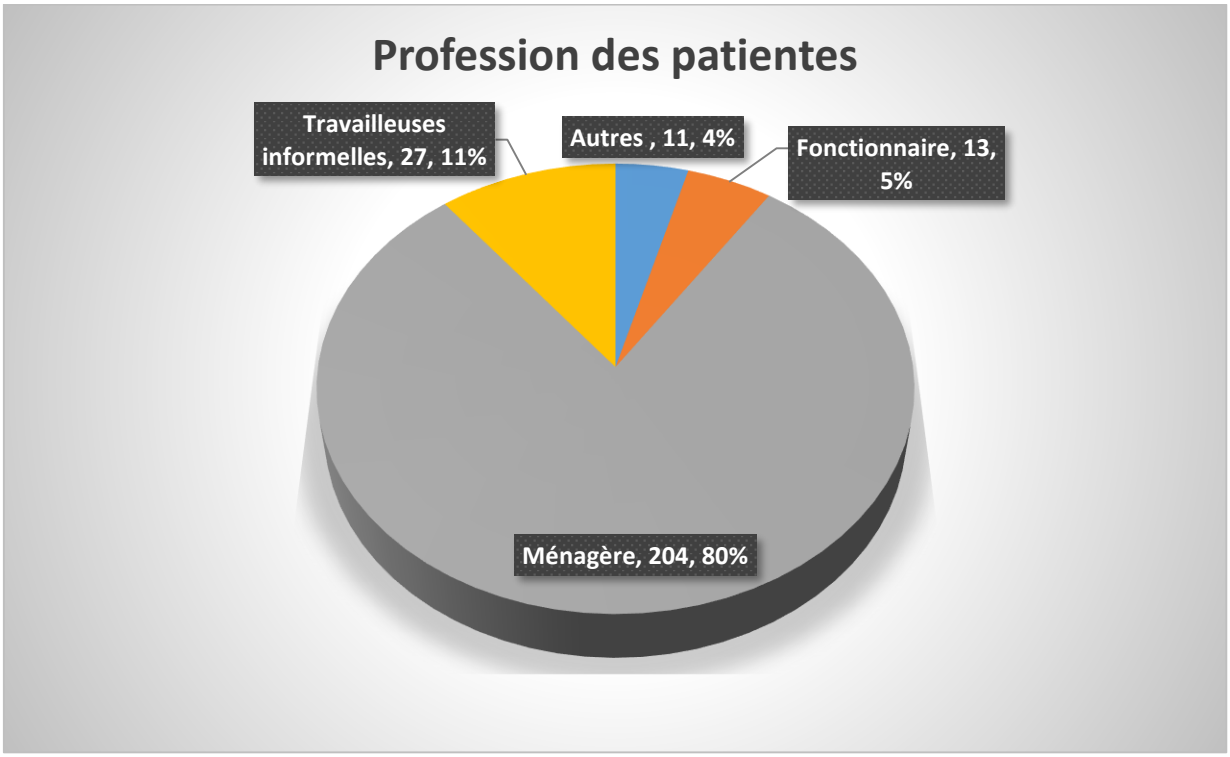


Figure 3 : répartition selon la profession des participantes

Les ménagères étaient la profession la plus représentée 80% suivi des travailleuses informelles avec 11%.

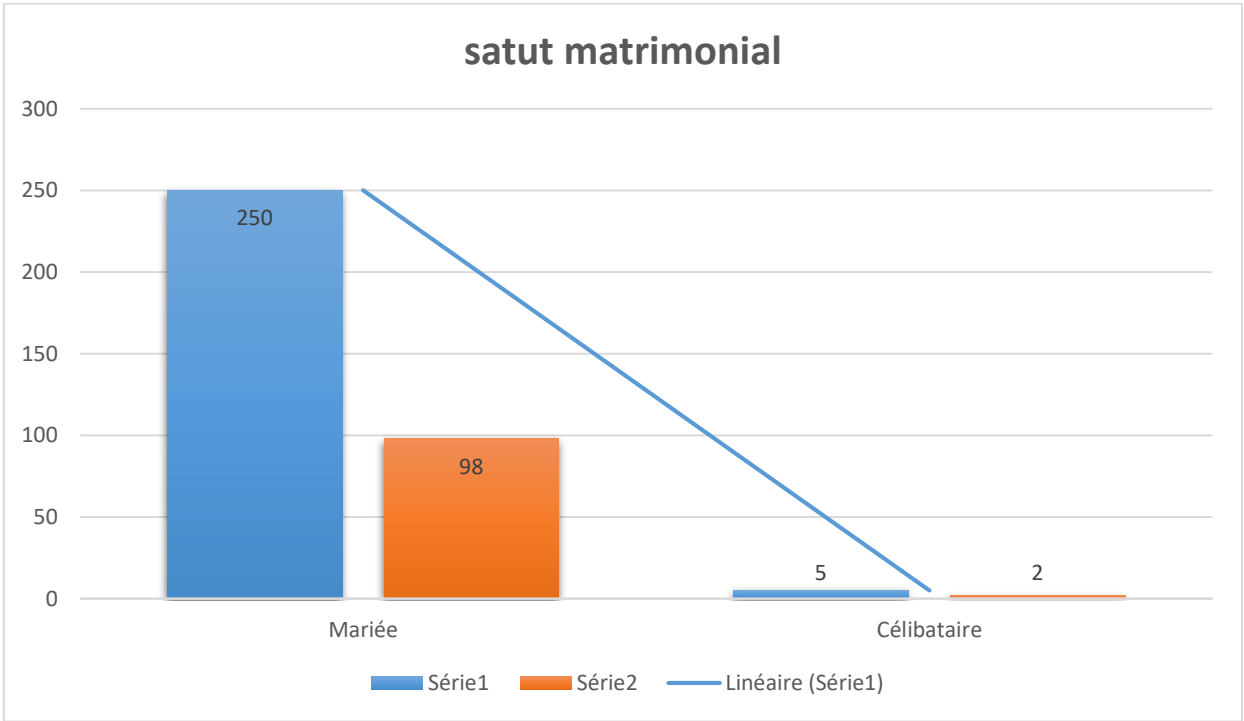


Figure 4 : répartition selon le statut matrimonial des participantes

Les patientes reçues étaient mariées avec une proportion de 98% contre 2% pour les célibataires.

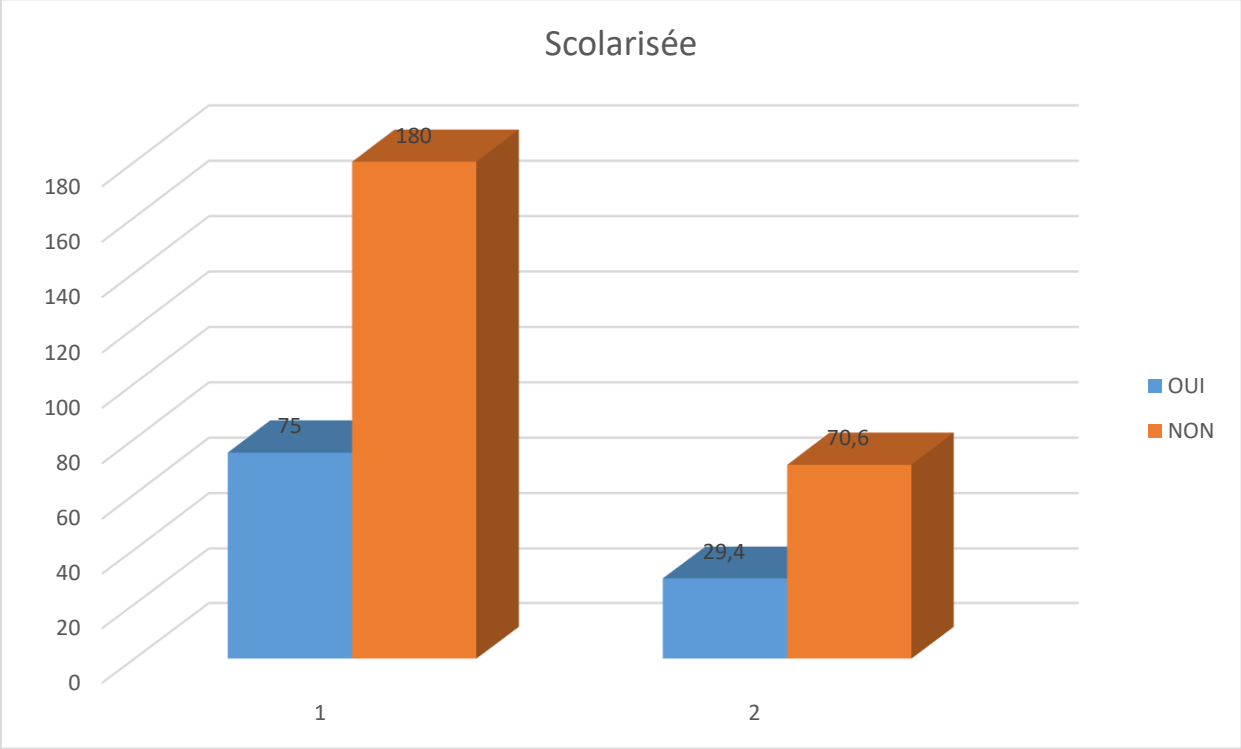


Figure 5 : répartition selon la scolarisation des participantes

Les femmes non scolarisées dominaient dans notre étude avec une proportion de 70,6%.

Tableau I: répartition selon la provenance de l'évacuation

Provenance d'évacuation	Fréquence	Pourcentage
Cscom Adékène	1	,4
Cscom Baco-djicoroni	1	,4
Cscom Baguineda	19	7,4
Cscom Banankoro	6	2,4
Cscom Banco-coura	3	1,2
Cscom Central	**53**	**20,8**
Cscom Dialakorobougou	11	4,3
Cscom Falani	2	,8
Cscom Gouana	5	2
Cscom Hèrèmakono	8	3,1
Cscom Kabala	18	7
Cscom Kassela	1	,4
Cscom Koulouba	11	4,3
Cscom Kouloubleni	2	,8
Cscom Kouralé	5	2
Cscom Missala	2	,8
Cscom Mountougoula	15	5,8
Cscom N'gouraba	4	1,6
Cscom Nèrècoro	2	,8
Cscom Sanankoroba	13	5,1
Cscom sangha	1	,4
Cscom Sirakoro	8	3,1
Cscom sud extension	2	,8
Cscom Tanima	3	1,2
Cscom Tièbani	2	,8
MR Zougoumè	2	,8
Cabinet médical	**50**	**19,6**
Cabinet de soins	5	1,9
Total	**255**	**100,0**

Le Cscom central représentaient 20,8% des provenances d'évacuation sanitaire suivi par les cabinets médicaux avec 19,6%.

Tableau II : répartition des patientes selon la prise en charge par le système de référence/évacuation

Système réf/éva	Fréquence	Pourcentage
Oui	**150**	**58,8**
Non	105	41,2
Total	**255**	**100,0**

58,8% des patientes évacuées avaient bénéficié du système de référence/évacuation.

Tableau III: répartition des patientes selon qu'elles soient évacuées avec support GGTA ou pas

GGTA	Fréquence	Pourcentage
Oui	**115**	**45,1**
Non	140	54,9
Total	**255**	**100,0**

Les patientes étaient évacuées avec le support du GGTA dans 45,1% des cas.

Tableau IV: répartition des évacuées selon la qualification de l'agent qui évacue

Agent qui évacue	Fréquence	Pourcentage
Sage-femme	**114**	**44,7**
Infirmière obstétricienne	102	40
Médecin	39	15,3
Total	**255**	**100,0**

Les sages-femmes dominaient dans ce lot avec 44,7%.

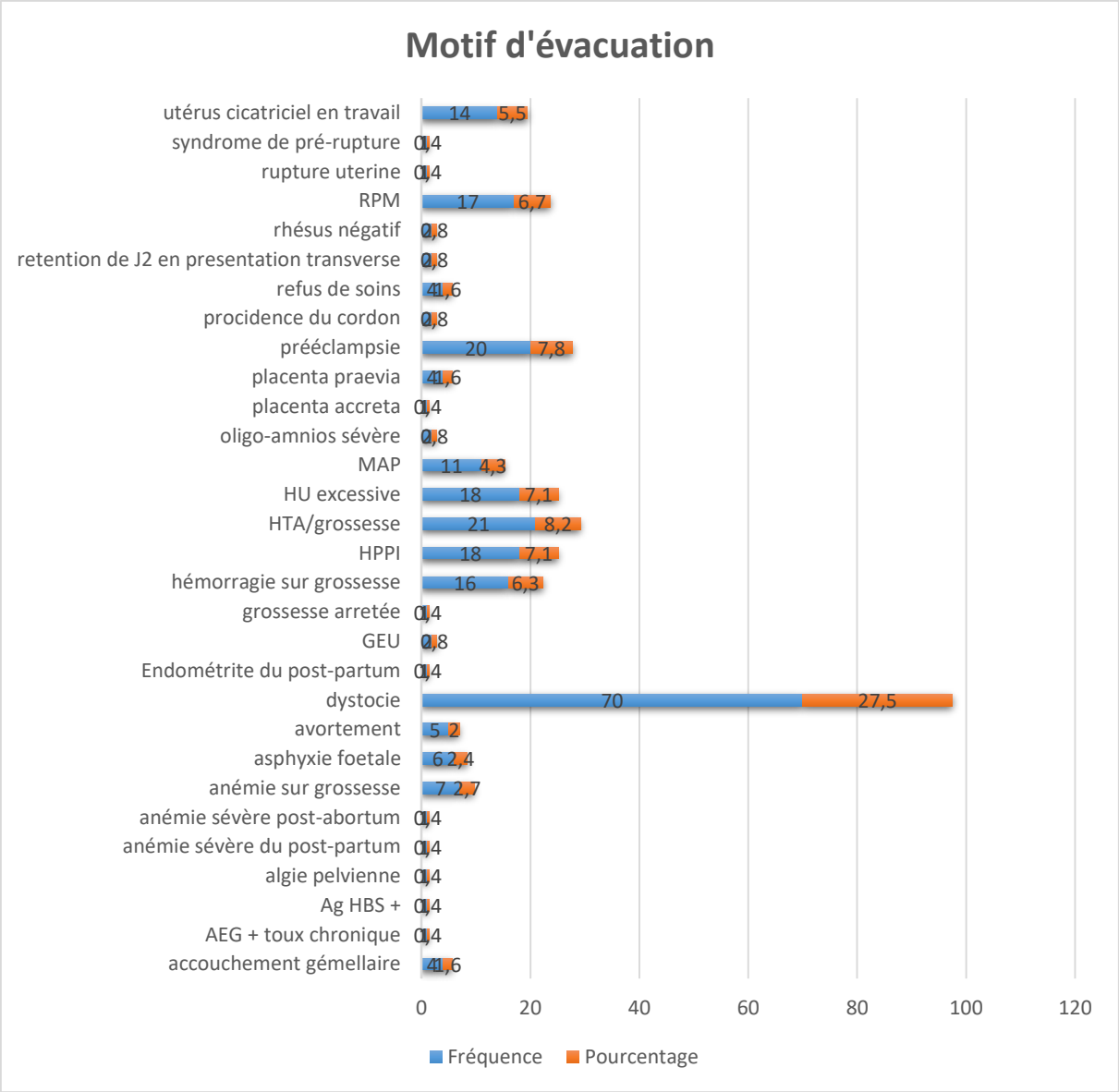


Figure 6 : répartition des patientes selon les motifs d'évacuation

La dystocie dominait les motifs d'évacuation avec 27,5% suivie par l'hypertension artérielle sur grossesse avec 8,2.

Tableau V: répartition des patientes selon les moyens d'évacuation

Moyen de transport	Fréquence	Pourcentage
Ambulance	**152**	**59,6**
Autres véhicules	83	32,6
Moto	13	5,1
Pied	7	2,7
Total	**255**	**100,0**

Les patientes évacuées empruntaient l'ambulance dans 59,6% des cas.

Tableau VI : répartition des patientes selon les difficultés liées au système de référence / évacuation

Obstacle au système de réf/éva	Fréquence	Pourcentage
Ambulance non disponible	6	2,4
Coût d'évacuation sanitaire élevé	8	3,1
Manque de moyen financier	**28**	**11,0**
RAS	186	72,9
Absence d'ambulance dans les cabinets	27	10,6
Total	**255**	**100,0**

Les patientes et leurs proches se plaignaient d'un manque de moyen financier dans 11% des cas.

Tableau VII : répartition selon le moyen de transport

Transport médicalisé	Fréquence	Pourcentage
Ambulance	**152**	**59,6**
Autres moyens	103	40,4
Total	**255**	**100,0**

Les patientes ont bénéficié d'un transport médicalisé de l'ordre d'une proportion de 59,6%.

Tableau VIII : répartition selon la distance entre le CSRéf et les structures qui évacuent

Distance parcourue	**Fréquence**	**Pourcentage**
0 à 15 Km	**156**	**61,2**
16 à 30 Km	28	11,0
31 à 45 Km	60	23,5
46 à 115 Km	11	4,3
Total	**255**	**100,0**

Environ 61% des Cscom sont dans un rayon de 15Km du CSRéf. La distance moyenne est 18,91Km avec un écart-type de 21,62Km

Tableau IX : répartition des évacuées selon le temps d'évacuation

Temps mis en cours de route	Fréquence	Pourcentage
≤ 30 min	**176**	**69,0**
31 à 60 min	34	13,3
≥ 60 min	45	17,7
Total	**255**	**100,0**

Le délai d'évacuation des évacuées était inférieur à 30 minutes dans 69% des cas ; pour une durée moyenne de 33 minutes +ou- 32,98 avec des extrêmes allant de 2 à 180 min.

Tableau X : répartition des patientes selon les antécédents médicaux

ATCD médicaux	Fréquence	Pourcentage
Asthme	3	1,2
Aucun	233	91,4
Diabète	5	2
Drépanocytose	2	,8
HTA	**12**	**4,7**
Total	**255**	**100,0**

Les évacuées admises au service avaient un antécédent d'HTA dans 4,7% des cas.

Tableau XI : répartition des évacuées selon les antécédents chirurgicaux

Antécédent chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Aucun	235	92,2
Césarienne	**17**	**6,7**
Salpingectomie pour GEU	3	1,4
Total	**255**	**100,0**

La césarienne dominait les antécédents chirurgicaux avec 6,7 %, dans notre série.

Tableau XII : répartition des évacuées selon l'antécédent d'avortement

Antécédent d'avortement	Fréquence	Pourcentage
Oui	**49**	**19,2**
Non	206	80,8
Total	**255**	**100,0**

Parmi les évacuées, 49 étaient admises avec au moins un antécédent d'avortement.

Tableau XIII : répartition des évacuées selon le nombre de CPN

CPN	Fréquence	Pourcentage
0 CPN	23	9
1 à 3 CPN	**122**	**48**
4 CPN ou plus	109	43
Total	**254**	**100**

Le groupe de femmes évacuées ayant fait au minimum une consultation prénatale représentait 48% dans notre série.

Tableau XIV : répartition de évacuées selon la gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	68	26,7
Paucigeste	67	26,3
Multigeste	**120**	**47,1**
Total	**255**	**100,0**

Les multigestes étaient les plus représentées avec une proportion de 47,1%.

Tableau XV : répartition des évacuées selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nullipare	72	28,2
Primipare	36	14,1
Paucipare	62	24,3
Multipare	**85**	**33,3**
Total	**255**	**100,0**

Les multipares étaient représentées avec 33,3 % de proportion.

Tableau XVI : répartition des évacuées selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Fréquence	Pourcentage
Anémie sévère du post-partum	1	0,4
Anémie sévère post-abortum	3	1,2
Asphyxie fœtale	1	0,4
Avortement	3	1,2
Décès constaté à l'arrivée	1	0,4
Dystocie	**44**	**17,3**
Eclampsie	4	1,6
Grossesse extra-utérine rompue	4	1,6
Grossesse arrêtée	1	0,4
Hémorragie du post-partum	17	6,7
Hématome rétro placentaire	9	3,5
Placenta prævia	1	0,4
Post-partum immédiat	3	1,2
Pré-éclampsie	4	1,6
Procidence du cordon	4	1,6
Rétention placentaire	1	0,4
Rupture prématuré des membranes	14	5,5
Rupture utérine	2	0,8
Suites de couche normales	1	0,4
Syndrome de pré-rupture utérine	1	0,4
Travail d'accouchement gémellaire	5	2,0
Travail d'accouchement à terme	**83**	**32,5**
Travail d'accouchement prématuré	11	4,3
Travail d'accouchement/anémie	5	2,0
Travail d'accouchement/HTA	20	7,8
Travail d'accouchement/terrain d'Ag HBS	1	0,4
Tuberculose pulmonaire	1	0,4
Utérus cicatriciel en travail	10	3,9
Total	255	100,0

Dans notre étude le diagnostic retenu à l'entrée était dominé par le travail d'accouchement normal avec une proportion de 32,5% suivi par le travail dystocique avec 17,3%.

Tableau XVII : répartition des évacuées selon la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu

Concordance entre motif d'évacuation et le diagnostic retenu	**Fréquence**	**Pourcentage**
Oui	**175**	**68,6**
Non	80	31,4
Total	**255**	**100,0**

Le diagnostic retenu correspondait au motif d'évacuation dans 68,6% des cas.

Tableau XVIII : répartition des évacuées selon le type de prise en charge

Type de prise en charge	Fréquence	Pourcentage
Accouchement eutocique	**135**	**60,2**
Accouchement instrumental	5	2,2
Césarienne	**54**	**24,1**
Accouchement voie basse après manœuvre obstétricale	23	10,4
Laparotomie	7	3,1
Total	**224**	**100**

Les femmes évacuées ont bénéficié d'un accouchement par voie basse dans une proportion de 60,2%.

Tableau XIX : répartition des évacuées selon les indications des interventions chirurgicales

Indications de Césarienne	**Fréquence**	**Pourcentage**
Asphyxie fœtale	8	14,8
Dystocie	**22**	**40,8**
Hémorragie antépartum	9	16,7
HTA et complications	2	3,6
Procidence du cordon	4	7,4
Syndrome de pré-rupture	1	1,8
Utérus cicatriciel	8	14,8
Total	**54**	**100,0**
Indication de laparotomie	**Fréquence**	**Pourcentage**
GEU	4	57,1
Rupture utérine	3	42,9
Total	**7**	**100,0**

Hémorragies antépartums représentent: les HRP avec 13% et les placentas prævia avec 3,7%. Les indications de la césarienne étaient dominées par les dystocies avec 40,8%.

Tableau XX : répartition des évacuées selon la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	**Fréquence**	**Pourcentage**
Non	225	88,6
Oui	29	11,4
Total	**254**	**100**

11,4 % des femmes évacuées ont bénéficié de la transfusion sanguine.

Tableau XXI : répartition selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	Fréquence	Pourcentage
Sortie vivante	**247**	**96,9**
Décédée	8	3,1
Total	255	100,0

Dans notre série nous avons enregistré 8 décès soit une proportion 3,1%.

Tableau XXII :répartition des patientes selon le pronostic néonatal

Pronostic du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Vivant à la sortie	**199**	**90,5**
Mortalité périnatale	19	8,6
Décès périnatal	2	,9
Total	**220**	**100**

90,5% de naissances vivantes contre 8,6% de mortinaissance.

Tableau XXIII : répartition des cas des mortinaissances selon la cause

Causes des mortinaissances	Fréquence	Pourcentage
Asphyxie fœtal aigue	2	9,5
HRP grade III A	6	28,6
Hydrocéphalie	1	4,8
Mort-né de cause inconnue	**9**	**42,8**
Procidence du cordon 3e degré	1	4,8
Rupture utérine	2	9,5
Total	**21**	**100,0**

Environ 43% des mortinaissances étaient de cause inconnues et 28,6% étaient dues aux hématomes rétro-placentaires.

Tableau XXIV : répartition des évacuées selon l'évolution dans les suites de couches

Evolution dans les suites de couches	Fréquence	Pourcentage
Compliquées	**40**	**15,7**
Simples	214	84,3
Total	**254**	**100,0**

Environ 15,7% des suites de couche étaient marquées par la survenue de complication.

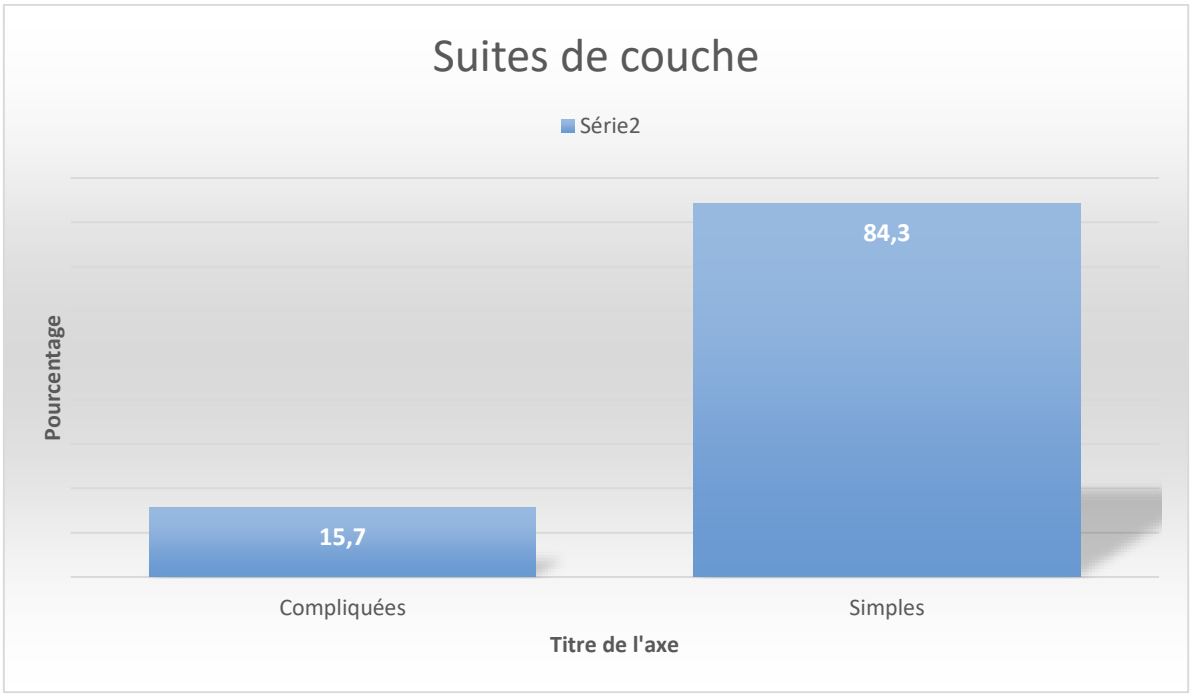


Figure 7 : survenue de complications dans les suites de couche

Tableau XXV : répartition des évacuées selon le type de complications survenues dans les suites de couche

Types de complications	Fréquence	Pourcentage
Anémie	8	20
Hémorragie	**26**	**65**
HTA et Complications	4	10
Paludisme grave	1	2,5
Tuberculose pulmonaire/grossesse	1	2,5
Total	**40**	**100,0**

Dans notre série les hémorragies étaient les complications les plus fréquentes avec 65 % des cas.

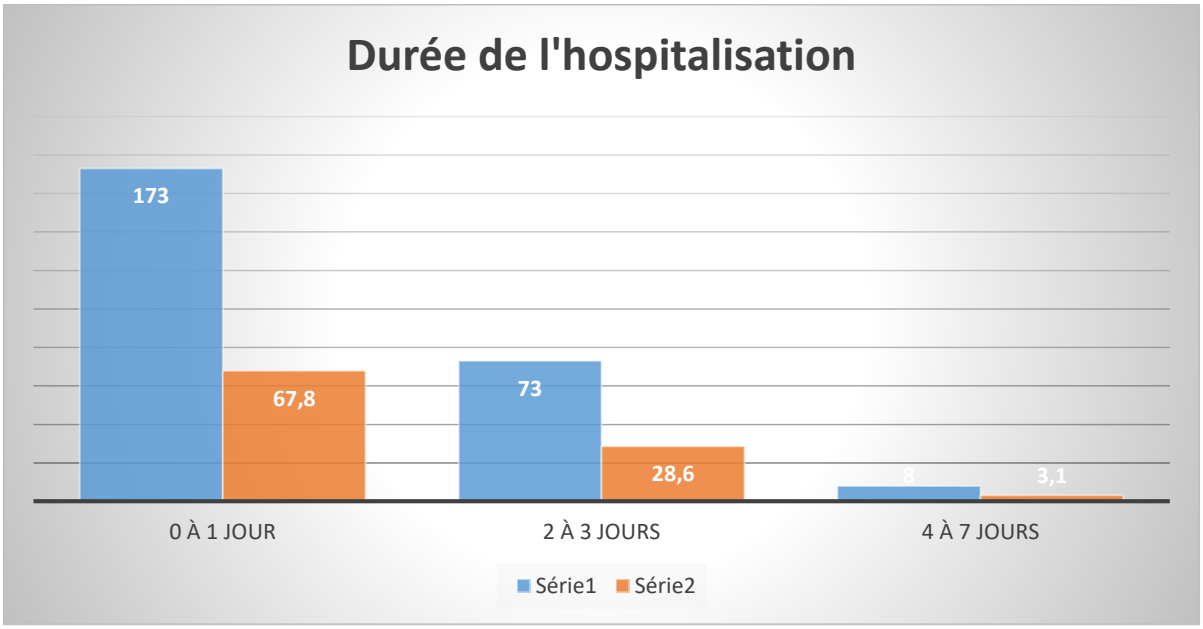


Figure 8 : répartition des évacuée selon la durée d'hospitalisation

Tableau XXVI : répartition des évacuées selon la prématurité

Prématurité	Fréquence	Pourcentage
Non	195	88,6
Oui	25	11,4
Total	**220**	**100,0**

Environ 11% des naissances étaient des prématurés

Tableau XXVII : répartition des patientes selon la référence des nouveau-nés à la néonatologie

Nouveau-né référé à la néonatologie	Fréquence	Pourcentage
Non	167	75,9
Oui	53	24,1
Total	**220**	**100,0**

Les nouveau-nés référés à la pédiatrie représentaient 24,1% des naissances.

Tableau XXVIII : répartition des nouveau-nés selon leur motif de référence en néonatologie

Motif de référence à la néonatologie	Fréquence	Pourcentage
Asphyxie néonatale	14	26,4
Hypotrophie	7	13,2
Macrosomie fœtale	9	17
Poly-malformation	1	1,9
Prématurité	**20**	**37,7**
Rupture prématurée des membranes	2	3,8
Total	**53**	**100,0**

La prématurité était le motif de référence le plus fréquent en néonatologie avec 37,7%.

Tableau XXIX : La mobilisation financière : des collectivités en 2025 dans le district sanitaire de kalaban-coro.

Mobilisation Financière	Montant prévu en fcfa	Montant cotisé en fcfa	Pourcentage
Commune de Kalaban-coro	865000	0	0
Commune de Sanankoroba	865000	0	0
Commune de Baguineda	865000	0	0
Commune de Mountougoula	**865000**	**865000**	**100**
Commune de N'Gouraba	865000	0	0
Total	**4325000**	**866500**	**20**

Sur les cinq (5) communes du district sanitaire de kalaban-coro, seule la commune de Mountougoula a cotisé, soit un taux de payement de 20% pour l'ensemble des communes. ***(Source CSRéf K.Coro)***

Tableau XXX : mobilisation financière des ASACO en 2025 au district sanitaire de Kalaban-Coro

Mobilisation Financière	Montant prévu en fcfa	Montant cotisé en fcfa	Pourcentage
ASACO de Kabala	181200	241200	131,1
ASACO de Sirakoro-Még	181200	90600	50
ASACO de Sanankoroba	181200	182000	100,4
ASACO de Mountougoula	181200	181200	100
ASACO de Dialakorobougou	181200	181200	100
Total	**4892400**	**876200**	**17,91**

Sur les 27 aires de santé du district sanitaire de kalaban-Coro seules 5 ont procédé au payement de leurs quotes-parts dont 4 à hauteur de 100% du budget prévisionnel soit un taux d'exécution de 17,91%. ***(Source CSRéf K.Coro)***

2- Résultats analytiques :

Tableau XXXI :relation entre la survenue de complication et le décès périnatal

Décès périnatal	Complications				Total
	Anémie	**Aucune**	**Hémorragie**	**Pré-éclampsie**	
Non	2	190	4	3	199
	1,0%	95,5%	2,0%	1,5%	100,0%
Oui	0	14	7	0	21
	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	2	**204**	**11**	**3**	**220**
Total	**0,9%**	**92,7%**	**5,0%**	**1,4%**	**100,0%**

Test de Fisher Exact : P-value (0,00) <0,05 ; il y'a une relation de dépendance entre la survenue de complication et la mortinaissance.

Tableau XXXII : relation entre la survenue de complication dans les suites de couche et le système de référence/évacuation

Système de Référence/Evacuation	Suites de Couches			
	DCA	**Compliquée**	**Simple**	**Total**
Oui	1	29	120	150
	0,7%	19,3%	80,0%	100,0%
Non	0	11	94	105
	0,0%	10,5%	89,5%	100,0%
Total	**1**	**40**	**214**	**255**
	0,4%	**15,7%**	**83,9%**	**100,0%**

Fisher exact : P-Value (0,06)> 0,05 ; pas de relation entre la survenue de complication dans les suites de couche et l'effectivité du système de référence/évacuation

Tableau XXXIII : relation entre le pronostic maternel et la distance parcourue

Distance parcourue	Pronostic Maternel		Total
	Vivante	Décédée	
≤ 15 Km	150	6	156
	96,2%	3,8%	100,0%
16 à 30 Km	28	0	28
	100,0%	0,0%	100,0%
31 à 45 Km	58	2	60
	96,7%	3,3%	100,0%
46 à 115 Km	11	0	11
	100,0%	0,0%	100,0%
Total	**247**	**8**	**255**
	96,9%	**3,1%**	**100,0%**

Fisher Exact : P-Value (0,9)>0,05 ; pas de dépendance entre le pronostic maternel et la distance qui sépare les aires de santé du CSRéf.

Tableau XXXIV : relation entre la durée d'évacuation et la survenue de complication dans les suites de couches

Durée d'évacuation	Suites de couche			Total
	DCA	Compliquée	Simple	
≤ 30 min	0	30	146	176
	0,0%	17%	83%	100,0%
31 à 60 min	0	3	31	34
	0,0%	8,8%	91,2%	100,0%
>60 min	1	7	37	45
	2,2%	15,6%	82,2%	100,0%
	1	**40**	**214**	**255**
Total	**0,4%**	**15,7%**	**83,9%**	**100,0%**

Fisher Exact: P-value (0,272)>0,05 ; il n'y a pas de relation entre la durée de l'évacuation et la survenue de complication.

Tableau XXXV : relation entre le pronostic maternel et la durée de l'évacuation

	Pronostic Maternel		
Durée d'évacuation	**Vivante**	**Décédée**	**Total**
≤ 30 min	171	5	176
	97,2%	2,8%	100,0%
31 à 60 min	34	0	34
	100,0%	0,0%	100,0%
≥ 60 min	42	3	45
	93,3%	6,7%	100,0%
	247	**8**	**255**
Total	**96,9%**	**3,1%**	**100,0%**

Fisher Exact : P-Value (0,22)>0,05. Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le pronostic maternel et la durée d'évacuation.

Tableau XXXVI : relation entre la survenue de décès du nouveau-né et la consultation prénatale

	Décès du Nouveau-né		
CPN	**Non**	**Oui**	**Total**
0 CPN	6	3	9
	66,7%	33,3%	100,0%
1 à 3 CPN	95	14	109
	87,2%	12,8%	100,0%
4 CPN ou plus	97	4	101
	96,0%	4,0%	100,0%
	198	**21**	**219**
Total	**90,4%**	**9,6%**	**100,0%**

Fisher Exact: P-value : (0,005) <0,05 ; il y a une relation statistiquement significative entre la survenue de décès du nouveau-né et la CPN.

Tableau XXXVII : relation entre la survenue de décès du nouveau-né et la durée de l'évacuation

Durée d'évacuation	Décès du nouveau-né		
	Non	**Oui**	**Total**
≤ 30 min	138	15	153
	90,2%	9,8%	100,0%
31 à 60 min	28	2	30
	93,3%	6,7%	100,0%
> 60 min	33	4	37
	89,2%	10,8%	100,0%
	199	**21**	**220**
Total	**90,4%**	**9,6%**	**100,0%**

Fisher Exact : P-value (0,82) <0,05. Il y'a pas de relation entre la survenue de décès néonatal et la durée d'évacuation.

Tableau XXXVIII : relation entre la survenue de décès maternel et la tranche d'âge

Tranche d'âge	Pronostic Maternel		Total
	Vivante	**Décédée**	
14 à 24 ans	102	3	105
	97,1%	2,9%	100,0%
25 à 34 ans	109	4	113
	96,5%	3,5%	100,0%
35 ans et plus	36	1	37
	97,3%	2,7%	100,0%
	247	**8**	**255**
Total	**96,9%**	**3,1%**	**100,0%**

Fisher exact : P-value :(1)>0,05. Pas de relation entre la tranche d'âge et la survenue de décès maternel

Tableau XXXIX : relation entre la parité et la survenue de décès maternel

Parité	Pronostic Maternel		Total
	Vivante	**Décédée**	**Total**
Nullipare	72	0	72
	100,0%	0,0%	100,0%
Primipare	35	1	36
	97,2%	2,8%	100,0%
Paucipare	62	0	62
	100,0%	0,0%	100,0%
Multipare	78	7	85
	91,8%	8,2%	100,0%
	247	**8**	**255**
Total	**96,9%**	**3,1%**	**100,0%**

Fisher Exact : P-value (0,006) <0,05. Il y a une dépendance entre la parité et la survenue de décès maternel.

Tableau XL : relation entre la survenue de complication dans les suites de couche et la gestité

Gestité	Suite de Couches			
	DCA	**Compliquée**	**Simple**	**Total**
Primigeste	0	8	60	68
	0,0%	11,8%	88,2%	100,0%
Paucigeste	1	7	59	67
	1,5%	10,4%	88,1%	100,0%
Multigeste	0	25	95	120
	0,0%	20,8%	79,2%	100,0%
	1	**40**	**214**	**255**
Total	**0,4%**	**15,7%**	**83,9%**	**100,0%**

Fisher exact : P-value : (0,09)>0,05 ; il n'y a pas de dépendance entre la survenue de complication dans les suites de couche et la gestité

VII- DISCUSSION ET COMMENTAIRES :

1- La fréquence :

Nous avons colligé **255 cas** d'urgences obstétricales sur 7328 admissions dans le service avec une fréquence de **3,48%.**

Cette fréquence faible pourrait s'expliquer par l'étendue du district sanitaire qui comporte (27 aires de santé) dont l'air de santé la plus éloignée est à 115km.

Notre résultat est superposable à celui de Diallo MH. avec une fréquence de 3,8%(11) ; par contre inférieur à celui de Sépou A. et al et Théra T. et al qui avaient respectivement des fréquences de 12% **[12]** et 13,38%**[13]** en RCA et au Mali.

2- Les caractéristiques sociodémographiques :

- **Age :** dans notre étude la tranche d'âge 25 à 34 ans était la plus représenté avec 43,9%; L'âge moyen de 26,37 ans ± 6,55 ans avec des extrêmes allant de 14 à 45ans. Albachar H. avait une fréquence de 77,4% pour la tranche d'âge 20 à 34 ans avec un âge moyen de 26,17**.[14]**
- **La profession :** les ménagères étaient la profession la plus représentée 80%. Ce taux était nettement inférieur à celui de Thiam O au Sénégal avec 95,6%**[15].**
- **Le niveau d'instruction :** Les femmes non scolarisées dominaient dans notre étude avec une proportion de 70,6%. Ceci pourrait s'expliquer par le faible niveau socio-économique qui a une incidence sur la scolarisation des jeunes d'une part et par le refus de scolarisation pour des raisons culturelles. Notre étude se rapprochait de celle de P. NDIAYE au Sénégal avec 67,32% **[16].**
- **Statut matrimonial :** Les évacuées reçues étaient mariées avec une proportion de 98%. Le mariage précoce et le contexte religieux pourraient expliquer le fait que la grande majorité des femmes était mariée. Ce résultat est supérieur celui de P Ndiaye et al qui ont trouvé 97,73% **[16].**

3- Facteurs de risque :

- **Parité :** dans notre série Les multipares étaient représentées avec 33,3 % ; ce résultat était supérieur à celui de Sépou A et al. avec 16,1% **[12].**
- **CPN :** Le groupe de femmes évacuées ayant fait au minimum une consultation prénatale représentait 48% dans notre série contre 9% pour celles n'ayant pas fait de CPN. Notre résultat se rapprochait de celui de Traoré D.B. avec 51,26 %**[17]** ; était légèrement inférieur à celui de Traoré A.T. avec 57,4%**[18].**

4- Caractéristiques de l'évacuation :

- **La distance :** la distance varie de 0 à 115 km dans notre étude. Cette variabilité de la distance qui sépare les Cscom et le CSRéf, et l'état des routes peu praticable augmentaient significativement le temps des évacuations sanitaires.

  Ce résultat est supérieur à celui Traoré A.T.**[18]** qui trouvait des extrêmes de 2 à 90km ; superposable à celui Traoré M. avec des extrêmes de 2 à 130km.

- **La durée d'évacuation** : La durée d'évacuation des parturientes était inférieure à 30 minutes dans 69% des cas ; 17,7% des évacuées sont arrivées au CSRef dans un délai de plus d'heure de temps. Ces résultats sont comparables à ceux de Coulibaly MB et al à Banamba (Mali) avec 24,6% des évacuations faite avant un délai d'une heure et 18,7% avant 2 heures de temps**[19]** . Ce ci pourraient s'expliquer par des aires de santé éloignées, l'état des routes et le temps que l'ambulance pour faire l'aller-retour dû au fait que la majorité des aires de santé ne disposaient pas de leurs propres ambulances.

- **Qualification de l'agent qui évacue :** Les sages-femmes dominaient notre étude dans la prise de décision d'évacuation avec 44,7%. Ce résultat est nettement inférieur à celui P. Ndiaye au Sénégal et Sépou A en RCA qui avaient trouvés respectivement une proportion de 99,82% **[16]** et 69,4%**[12].** Ce résultat est supérieur à celui de Dao S.Z et al. Bamako (Mali) avec 29,8%**[20].**

- **Moyen d'évacuation :** Les évacuées empruntaient l'ambulance dans 56,5% des cas. Ce taux moyen d'utilisation des ambulances dans le contexte des évacuations peut s'expliquer par le faible pouvoir des ménages d'une part, et une faible participation à la cotisation de l'assistance sociale : des ASACO et les mairies des différentes communes

  Ce résultat est superposable à celui de Albachar H**[14]** au Mali avec 54% ; est inférieur à celui de Seydou Z Dao avec 71% **[20].**

- **Motif d'évacuation :** dans notre série le motif d'évacuation était dominé par la dystocie avec 27,5% suivie par l'hypertension artérielle sur grossesse avec 8,2%. Notre résultat est sensiblement supérieur à celui de Traoré M. qui a trouvé comme motif d'évacuation la plus fréquente la dystocie avec 26,72% suivies des hémorragies sur grossesse avec 17,18%**[21].**

- **La participation des acteurs :**

Au cours de l'exercice 2025 les collectivités et les ASACO ont contribué au payement des quotes-parts, pour un système de référence/évacuation effectif.

- **Mairies :** seule la commune de Mountougoula avait participé à la cotisation de la caisse de solidarité : le montant recouvré était de 865000FCFA soit 100%. Pour un taux d'exécution de 20%. Notre résultat était comparable à celui de Traoré A et al à Bla avec 17% comme taux d'exécution **[25].**

- **ASACO :**
  - Kabala : avec un payement de 241200 FCFA soit 131,1%
  - Sirakoro-Méguétana : avec 90600 FCFA soit 50%
  - Sanankoroba : avec 182000 FCFA soit 100,4%
  - Mountougoula : avec 181200 FCFA soit 100%
  - Dialakorobougou : avec 181200 FCFA soit 100%

Pour un taux d'exécution de 17,91%. Ce résultat était inférieur à celui de Traoré M. avec 39,48%**[21].** Cette faible mobilisation des ASACO pourrait s'expliquer par la méconnaissance des enjeux d'un système de référence effectif dans toutes les aires de santé afin de réduire considérablement la durée d'évacuation des urgences obstétricales.

5- Diagnostic retenu :

- Dans notre étude le diagnostic retenu à l'entrée était dominé par le travail d'accouchement normal avec une proportion de 32,5% suivi par le travail dystocique avec 17,3%. Ce résultat est inférieur à celui de Albachar H. avec des proportions de 46,9% et 18,1% pour le travail normal et le travail dystocique**[14].**

- Le diagnostic retenu correspondait au motif d'évacuation dans 68,6% des cas. Cela peut s'expliquer par la présence dans le sanitaire district de kalaban-coro de personnels soignants qualifiés. Environ 67% des CSCom dans le district sont tenus par des médecins.

6- Prise en charge :

Les femmes évacuées ont bénéficié d'un accouchement par voie basse dans une proportion de 60,2% contre 24,1% pour les césariennes et 3,1% pour les laparotomies. Les accouchements à l'instrument représentaient 2,2% des prises en charges.

- Ces résultats sont similaires à ceux de Traoré M. à Fana (au Mali) avec respectivement 40,96% ; 27,72% et 1,51% pour les pratiques d'accouchement voie basse, voie haute et laparotomie**[21].**

- Samaké A. et al (au Mali) ont trouvé 31,95% pour les accouchements voie basse ; 2,5% pour les accouchements à l'instrument et 64,22% pour les

césariennes. Résultats qui sont inférieurs aux nôtres, qu'il s'agisse des accouchements voie basse ; supérieurs aux nôtres, qu'il s'agisse de la pratique de césarienne et en fin semblables aux nôtres, qu'il s'agisse de la pratique des accouchements à l'instrument **[22].**

- Dans notre série les indications de césarienne étaient dominées par les dystocie avec 40,8% suivies de l'asphyxie fœtale et les utérus cicatriciels avec une proportion de 14,8% chacun. Les hématomes rétro-placentaires viennent avec 13%. Cette prédominance des dystocies comme indication de la césarienne était la même que dans l'étude de Samaké A. et (al) avec 55,86% suivies de l'asphyxie fœtale avec 30,43% **[22].**

Le cout moyen des interventions chirurgicales était de 86132FCFA avec des extrêmes allant de 65000 à 110000FCFA.

La transfusion sanguine concernait 11,4% des femmes évacuées au cours de notre étude.

7- Pronostics materno-fœtal :

- **Les complications maternelles :** Dans notre série les hémorragies étaient les complications les plus fréquentes avec un pourcentage de 10,2 suivies par les anémies avec 3,1%. Notre résultat est inférieur à celui de Coulibaly MB et al avec 15,8% (19)**].**

- **La mortalité maternelle :** dans notre étude nous avons colligé 8 cas de décès maternels (3,1%) donc un cas de décès constaté à l'arrivée (0,4%) soit une fréquence de 2,7% pour les décès maternels. Ce taux élevé de mortalité maternelle pourrait s'expliquer par le retard dans la prise en charge ; retard qui est du entre autres à la prise de décision d'évacuer à temps et la durée d'évacuation assez souvent élevée. La grande majorité des décès maternels était imputable aux complications hémorragiques avec 87,5% où chaque minute passée est précieuse. Les décès survenaient immédiatement dans les heures qui suivent l'admission. Notre résultat est inférieur à ceux de Biaye B. et al. au Sénégal avec 1,1% **[23]** ; de Albachar H. et al avec 0,8% **[14]** ;

- **Mortinaissance :** nous avions colligés 21 cas **de mort**- né soit 9,6% des naissances. Ce résultat pourrait être influencé : d'une part le retard d'évacuation ($P=0,004<0,05$) et d'autre part les complications maternelles survenues au cours de la période anténatale ($P<0,05$).

  Ce résultat est inférieur à ceux de Coulibaly MB. et al avec 19% **[19]** ; de Ouattara A. et al au Burkina avec 18,85% **[24].**

VIII- CONCLUSION :

Les urgences obstétricales ont une fréquence de 3,48%. Elles constituent un problème de santé publique dans le monde particulièrement au Mali où les conditions d'évacuations et les conditions financière sont défavorables.

Comme susmentionné le système de référence/évacuation adéquat est indispensable dans la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

La prise en charge des urgences obstétricales communautaires reçues au CSRef de kalaban-coro marquée par les accouchements par voie basse suivies par la césarienne. Cette prise en charge dépend de la gestion efficace du système de référence/évacuation, la prise de décision de référer à temps les patientes.

L'issue des urgences obstétricales communautaires reçus au CSRéf de Kalaban-Coro était influencée principalement par la durée de l'évacuation, le type de complication maternelle et la parité des patientes.

IX- RECOMMANDATIONS :

- Au médecin chef du district sanitaire de kalaban-coro et au partenaires :
  - Former et recycler les agents de santé sur les SONUB afin de renforcer les compétences des agents de santé sur les urgences obstétricales dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge.
  - Doter le CSRef d'ambulances médicalisées en nombre suffisant pour la couverture efficace de toutes les aires de santé.
- Aux personnels socio sanitaires :
  - Référer à temps les grossesses à risques vers les structures SONUC au lieu de les évacuer.
  - Aux DTC et les responsables des unités de maternité, veiller au remplissage correct de tous les supports d'évacuation.
  - Aux sages-femmes faire des CPN selon les normes
- Aux ASACO et Mairies :
  - Payer correctement des quotes-parts de la caisse de solidarité
  - Renforcer les séances de sensibilisation dans la communauté sur les dangers des 2 premiers retards.
- A la population :
  - Faire recours aux soins au moment opportun.
  - Eviter les accouchements à domicile
- Au Ministère de la santé :
  - Doter le CSRéf d'une unité fonctionnelle de réanimation.
  - Pérenniser la gratuité de la césarienne.

REFERENCES:

1. OMS. Evolution de la mortalité maternel 2000 à 2023.

2. Deneux-Tharaux C, Saucedo M. Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles en France, un système de surveillance améliorée depuis 25 ans, indispensable pour la caractérisation fiable des décès maternels. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.

3. Santé - One Media [Internet]. 2026 [cité 1 févr 2026]. Disponible sur: https://onemedia.fr/Articles/sante/

4. Ministère de la santé. Enquête Démographique et de Santé (EDS-VII) au Mali 2023-2025.

5. Ministere de la sante, de la solidarite et des personnes agees. déclaration de politique sectorielle de santé et de population 1990.

6. Henri De Tourris, Guillaume Magnin, Fabrice Pierrre. Gynécologie et Obstétrique, Elsevier/Masson. Manuel illustré. 7ème édition.

7. La Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) s'était de permettre l'accès de la population à des soins de qualités par la création des centres de santé communautaires (CSCOM).

8. Maine D et Col. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. Ecole de santé publique. Université de Colombie.

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

10. Merger R, Levy J, Melchior J. Etude clinique de la grossesse normale. Précis d'obstétrique. 6ème éd, Paris. Masson .1995.

11. Diallo MH, Baldé IS, Diallo FB, Barry AB, Sylla I, Keita M. Morbidité et mortalité liées aux évacuations obstétricales dans un pays à ressources limitées : cas de la maternité de l'hôpital préfectoral de Coyah-Guinée. Annales de la SOGGO. 2021.

12. Sepou A, Goddot M, Ngbale R, Gaunefet CE, Domande-Modanga Z, Fandema E et al. Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui. clin Mother c.

13. Théra T, Traore Y, Kouma A, Diallo B, Traore ZO, Traore M et al. Problématique du système de référence-contre-référence des urgences

obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako. Mali médical 2015.

14. Les évacuations sanitaires obstétricales : profil épidémiologique et pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de la commune v du district de bamako.

15. Thiam O, Cissé M L, Mbaye M, Niang M , Gueye M, Diouf A A, Dieye S, Moreau J C. La problématique des parturientes évacuées en zone rurale Sénégalaise : exemple du centre hospitalier de ndioum. 2011.97-2901-PB.

16. Les évacuations sanitaires obstétricales au centre hospitalier régional de Saint-Louis, Sénégal : aspects épidémiologiques et pronostiques.

17. Disponible sur: https://www.malimedical.org/wp-content/uploads/2022/07/12_37_1_2022.pdf

18. Traoré AT. 2010. Évaluation du système de référence/évacuations des urgences obstétricales dans le district sanitaire de la commune V. Thèse de médecine, Bamako 2010.

19. 002l04290521v5n2 mb coulibaly et al. evaluation ref-evac.pdf [Internet]. [cité 4 févr 2026].

20. Cisse EAIS. Evaluation de la référence /évacuation à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. 2015 [cité 3 févr 2026];

21. Memoire D.E.S. Dr Modibo Traoré.pdf [Internet]. [cité 4 févr 2026].

22. Samaké A, Traoré S, Diarra L, Keita M, Doumbia S, Diallo M, et al. www.jaccrafrica.com ISSN: 1859-5138 Open access. 2020;4(3).

23. Biaye B, Wade M, Diop D, Diallo AK, Ndiaye M, Diop A, et al. Assessment of Obstetric Evacuations: Received during the Year 2020 at the Touba Ndamatou Public Health Hospital Establishment. Open J Obstet Gynecol. 28 juin 2022;12(6):528-40.

24. A. Ouattara, C.M. Ouedraogo, A. Ouedraogo, J. Lankoande. Références et évacuations obstétricales dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques sur une période de trente-six mois au CHU Yalgado de Ouagadougou. Médecine Santé Trop. 1 oct 2015;25(4):403-7.

25. Evaluation du Système de Référence – Evacuation dans le district sanitaire de Bla au Mali. Mali-Médical2022.

ANNEXE :

FICHE SIGNALITIQUE :

NOM : TRAORE

PRENOM : AMADOU

TITRE: L'ISSUE DES URGENCES OBSTETRICALES COMMUNAUTAIRES REÇUES AU CSREF DE KALABAN-CORO A PROPOS DE 255 CAS

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Téléphone : 66 01 11 81

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'étude : Obstétrique

RESUME : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique portant sur les évacuations obstétricales communautaire avec collecte prospective allant du 1er janvier 2024 au 31 Décembre 2025. L'objectif était d'étudier l'issue des urgences obstétricales communautaires reçues au CSRéf de Kalaban-Coro.

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 7328 admissions avec 255 cas d'urgences obstétricales évacuées soit 3,48%. Les urgences obstétricales à kalaban-coro sont dominées par les dystocies 17,3% suivies de l'hypertension artérielle sur grossesse 8,2%. La prise en charge des évacuées entièrement faite au CSRéf se soldait par les accouchements par voie basse simple avec 60,2% suivis par les césariennes 24,1% des cas.

La complication maternelle la plus fréquente était l'hémorragie du post-partum avec 65% suivie de l'anémie 20% et l'hypertension est ses complications 10%.

Nous avons enregistré 8 décès maternels soit 3,1% et la principale cause de ces décès était hémorragie. La tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée soit 43,9%. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 98% des cas. Le travail dystocique était le motif le plus fréquent des évacuations avec 27,5%. Le motif d'évacuation concordait avec le diagnostic retenu soit 68,6% de proportion. Les évacuations ont été faites par les sages-femmes avec 44,7%. Le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance avec 59,6%. L'accouchement par césarienne était 24,1%. Le pronostic

néonatal des nouveaux nés était de 90,5% de naissances vivantes contre 8,6% de mortinaissances.

Mots clés : évacuation, issue, communautaire, urgences obstétricale.