

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

-----  
**Un Peuple-Un But–UneFoi**



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

Année Universitaire 2019-2020

Thèse N° \_\_\_\_\_/Med

# THESE

## **EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE / EVACUATION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE BLA**

*Présentée et soutenue publiquement, le / / 2020*

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

par :

**Mr. AROUNA COULIBALY**

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'Etat)

### JURY

**Président : Pr. Broulaye SAMAKE**

**Membre : Dr Alassane TRAORE**

**Co-directeur : Dr. Famakan KANE**

**Directeur de thèse : Pr. Niani MOUNKORO**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Je rends grâce

**A Allah, point de divinité à part Lui, le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, L'Omnipotent, L'Omniscient qui nous a créés dans trois ténèbres.**

Je me prosterne devant Toi pour implorer Ta miséricorde pour la vie ici-bas et pour la vie éternelle. Par Ta grâce, j'ai pu mener à terme ce travail.

**Au Prophète Mohamed, Paix et Salut sur Lui.**

Nous resterons fidèles aux voies que vous nous avez montrées.

Je dédie ce travail

**A mon grand-père feu SOUMAILA COULIBALY**

Tes conseils et tes bénédictions ont beaucoup contribué à l'élaboration de cet ouvrage. Qu'Allah le Tout Puissant t'accorde son paradis.

**A mon père Drissa COULIBALY**

Papa tu m'as toujours encouragé à mieux faire. Tu as été pour moi le PAPA exemplaire. Ton affection, tes conseils, et ton soutien tant moral, que financier et matériel m'ont jamais fait défaut.

Trouvez dans ce modeste travail, l'expression de mon amour parental. Puisse Dieu te donner longue vie et une bonne santé afin que tu puisses jouir du fruit de ton effort.

**A ma mère Awa COULIBALY**

Maman votre générosité, votre affection maternelle, votre courage et votre sens de l'humilité et de partage ont fait de vous une mère exceptionnelle. Maman, la voie que tu nous as montrée, l'éducation rigoureuse à laquelle tu nous as soumis est pour nous une lumière qui éclaire notre chemin.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Qu'Allah le Tout Puissant te donne encore longue vie et bonne santé pour vous faire goûter aux fruits de vos nombreux sacrifices.

**A tous mes frères et sœurs Abdoulaye, Yacouba, Aboudrahamane, Cheikina ,Youssouf , Zoumana , Fatoumata, Rokia , Safiatou ,Nafissatou ,et Assetou**

Vos soutiens sans faille et votre désir ardent de me voir réussir m'ont aidé tout le long de mon parcours. Je suis fier de vous avoir comme frères. Ce travail est le couronnement de tout ce que vous avez fourni comme efforts et sacrifices. Sachez que rien de beau, rien de grand n'est possible sans l'union dans la famille. Je vous remercie infiniment

**A mon épouse Aminata COULIBALY**

Chérie, avec toi tout est réalisable. Puisse ce travail, constituer pour toi un solide témoignage de ma volonté de t'aimer de toutes mes forces pendant toute ma vie. Trouver ici l'expression de mon amour et de ma gratitude.

Que le seigneur bénisse notre foyer.

**A tous mes oncles et à toutes mes tantes**

Ce travail est le résultat de votre soutien indéfectible, recevez mes reconnaissances et gratitude.

**A mes cousins et à mes cousines.**

Vous avez été toujours à mes côtés pendant les moments les plus difficiles. Soyons toujours unis.

**A mes neveux et à mes nièces**

Ce travail est aussi le vôtre. Je vous souhaite beaucoup de courage ; faites mieux que moi.

**A mes belles sœurs**

Ce travail est le résultat de votre soutien indéfectible, recevez mes reconnaissances et gratitude.

**A mes beaux-parents**

Pour tous les conseils que vous n'avez cessés de me prodiguer et aussi pour la confiance que vous avez sue porter à mon égard au moment où j'en avais le plus besoin, je tiens, à travers ce travail vous exprimer toute mon affection et ma sincère reconnaissance.

## **REMERCIEMENTS**

Je ne saurais terminer sans adresser mes vifs remerciements :

**A tous mes Maîtres** de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako, pour la qualité des enseignements que vous nous prodigués tout au long de notre formation.

A toute la population de Bla

**A La famille KANE à BLA**

Merci pour le soutien, vous avez été pour moi une famille. Puisse ALLAH renforcer votre bonté et générosité ; « amen ».

Recevez ici toute ma sympathie et ma reconnaissance.

**A Mariam SIDIBE** sage-femme au CS Réf

Merci pour les sages conseils et soutien moral que vous m'avez apportés tout au long de ce travail.

**Aux familles** Tahirou coulibaly et Tebitie Samake à Bamako

Votre accueil, votre gentillesse ont été un apport capital dans la réalisation de cet ouvrage.

**A Tous les Directeurs Techniques du Centre du district sanitaire de Bla**

Merci pour les conseils et les différents services rendus. Soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

**A Dramane KONE, Badou TOUMAGNON ;Mahamadou SANOGO**

Merci pour votre assistance intellectuelle et morale durant tout le déroulement de ce travail. Qu'Allah leur accorde sa grâce.

**A monsieur le Médecin chef et tout le personnel socio-sanitaire du CS Réf de Bla**

Veillez recevoir mes remerciements, toute ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

**A Mme KANE Fatouma SIBY :**

Votre humanisme, votre bonté et votre savoir vivre font de vous une femme au-dessus des espérances. Soyez rassuré de toute ma reconnaissance, puisse ALLAH vous accorder longévité et bonheur.

**A Dr MARIKO, Dr BAH, Dr Sylvie, Dr DJENEBA, Dr DIARRA A,  
Dr CAMARA, Dr ONGOIBA:**

Merci pour votre franche collaboration et votre soutien.

**A Dr Soumaïla DIALLO**

La qualité de votre travail scientifique, votre simplicité, votre gentillesse ont beaucoup contribué à l'élaboration de cet ouvrage

Trouvez ici mes vifs remerciements et ma reconnaissance.

**A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes et matrones de la maternité du CS Réf de Bla**

Ce travail n'aurait jamais vu le jour sans votre franche implication.

**A mes ami(e)s et camarades**

Dr Boubacar NIANGALY, Dr Adama SINAYOKO, Dr Facourou SIDIBE, Alou COULIBALY, Mouhamed CAMARA, Drissa COULIBALY, Mama TOURE, Dramane KONE.

Merci pour tout le soutien et l'amitié sincère que vous m'avez accordés.

**A l'association des élèves et étudiants ressortissant du cercle de Bla à la FMPOS.**

**A tout le personnel du service de gynécologie d'obstétrique de l'hôpital du Mali et du CHU Gabriel Touré**

**A Toutes les personnes de bonnes volontés qui-de près ou de loin-ont contribué à la réalisation de ce travail, qu'ils trouvent ici mes meilleures reconnaissances.**

**MERCI à tous ceux qui ont été involontairement omis.**

**HOMMAGE AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Broulaye SAMAKE**

- ❖ Maître de conférences agrégé en anesthésie réanimation.
- ❖ Chef du service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel TOURE.
- ❖ Membre de la société d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgences du Mali (SARMU Mali).
- ❖ Membre de la société d'anesthésie réanimation de l'Afrique noire francophone (SARANF).
- ❖ Membre de la société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR).

Cher Maître, En acceptant de présider ce jury de thèse, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance. Nous sommes très heureux de compter parmi vos élèves.

Votre disponibilité, votre modestie et votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect.



## **A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Docteur Alassane TRAORE**

- ❖ Gynécologue-Obstétricien
- ❖ Chef de service de gynécologie de l'hôpital du Mali
- ❖ Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali
- ❖ Maître-assistant à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Cher maître,

Votre présence au sein de notre jury constitue pour nous un grand honneur. Vous avez toujours suscité notre admiration par votre savoir-faire, votre compétence, votre efficacité, et votre qualité humaine de courtoisie.

Trouvez dans ce travail, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous donne santé et longévité pour que plusieurs générations puissent bénéficier de la qualité de vos enseignements.

## **A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

### **Docteur Famakan KANE**

- ❖ Gynécologue-Obstétricien
- ❖ Titulaire d'un Master en Santé Publique, orientation contrôle des maladies.
- ❖ Chargé de recherche
- ❖ Médecin chef du CS Réf de Bla

Cher maître,

Votre simplicité, votre disponibilité, votre sens élevé d'humanisme et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Vous avez guidé et suivi pas à pas ce travail dans sa réalisation. Vous avez consacré une grande partie de votre temps si précieux pour la réalisation de ce travail. Votre rigueur dans le travail, votre envie de toujours bien faire et votre assiduité font de vous une référence pour nous.

Veillez, cher maitre, trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

Qu'Allah vous bénisse.

## **A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Niani MOUNKORO**

- ❖ Maître de conférences à la faculté de Médecine et d'Odonto - Stomatologie,
- ❖ Chef du département de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- ❖ Point focal de l'initiative Francophone de réduction de la mortalité,
- ❖ Chevalier national du mérite de la santé,
- ❖ Officier du mérite de la santé maternelle.

Cher maître

C'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme directeur de thèse de ce travail malgré vos multiples responsabilités.

- Votre gentillesse,
- Votre chaleur humaine,
- Votre ardeur au travail,
- Votre rigueur scientifique font de vous un homme aux qualités indéniables.

Nous ne saurons trouver ici, cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance.

Que Dieu vous bénisse

# **ABBREVIATIONS**

## **ABREVIATIONS**

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASC : agent de santé communautaire

CPN : Consultation prénatale

PSSP : politique sectorielle de santé des populations

PMA : paquet minimum d'activité

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

DCI : Dénomination Commune Internationale

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle

DV : Dépôt de Vente

DTC : Directeur Technique du Centre

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPH : Etablissement Public Hospitalier

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique

HU : Hauteur Utérine

HRP : Hématome Rétro Placentaire

Km : Kilomètre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargie de Vaccination

PF : Planning Familial

RAC : Réseau Aérien de Communication

SAGO : Société Africaine Gynécologie Obstétrique

SIS : Système d'Information Sanitaire

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences

TS : Technicien de Santé

TSS : Technicien Supérieur de Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

% : Pourcentage

< : Inférieur

> : Supérieur

= Egale

$\leq$  : Inférieur ou Egale

$\geq$  : Supérieur ou Egale

# **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE

I-	Introduction.....	17
1-	Objectifs.....	21
II-	Généralités .....	23
III-	Méthodologie.....	44
IV-	Résultats.....	55
V-	Commentaires et discussion.....	96
VI-	Conclusion.....	108
VII-	Recommandations .....	109
	Reférences bibliographie.....	110
	Annexes.....	115



# **INTRODUCTION**

## **I- INTRODUCTION**

Les complications obstétricales constituent un véritable problème de santé publique du fait de son importance sur plusieurs plans : familial, individuel ; social ; économique ; professionnel .... ;

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].

Chaque année environ 585000 de femmes dans le monde meurent d'une complication liée à la grossesse et à l'accouchement [3].

Selon De Bernis chaque minute 380 femmes tombent enceinte (dont 190 sont des grossesses non planifiées ou non voulues), 110 femmes souffrent d'une complication obstétricale, 40 femmes se font avorter dans de mauvaises conditions et une femme meurt d'une complication liée à la grossesse.

Le taux de mortalité maternelle varie beaucoup d'une région du monde à l'autre et de grandes disparités existent entre les pays industrialisés et ceux en développement.

Le taux de mortalité maternelle est environ 100 fois plus élevée dans les pays en développement que dans les régions industrialisées.

Ces estimations montrent que 30 à 90% des décès maternels se produisent en Afrique et c'est en Afrique centrale et en Afrique de l'ouest que les taux sont les plus élevés environ 700 pour 100 000 naissances vivantes.

Au Mali, des progrès importants ont été enregistrés entre les EDS IV et V, le taux de mortalité maternel a passé 364 à 282 pour 100000 naissances vivantes[4].

La mortalité maternelle constitue une véritable tragédie. Son ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international.

A côté de ces milliers de femmes qui meurent chaque année il y'a beaucoup d'autres qui souffrent des lésions graves voire permanentes, lésions en rapport avec les complications de la grossesse et/ou de l'accouchement.

Tout cela dépend en grande partie de l'accès des femmes aux services dispensant les soins obstétricaux d'urgence de qualité et à la rapidité dans la prise en charge des urgences obstétricales.

Le gouvernement de la république du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) en 1990 pour réduire ces complications obstétricales [2]. Elle préconise une décentralisation du système de santé avec 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.

L'application de cette politique sectorielle de santé et de population a abouti 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,
- la prise en charge rapide des urgences,
- l'inadéquation des soins obstétricaux d'urgence,
- l'accessibilité financière des patients aux soins,
- la disponibilité d'un personnel qualifié [3].

Face à cette situation, les autorités sanitaires du pays ont mis en place un système de référence/évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux en prenant compte des aspects techniques et organisationnels de communication logistique et financier pour faciliter l'accès aux soins de qualité des populations (Ministère de la santé du Mali 2000).

Ainsi en 1996 le district sanitaire de Bla a organisé le système de référence/évacuation pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Nous avons initié ce travail pour apprécier l'efficacité et l'organisation de ce système.

# **OBJECTIFS**

## **1. Objectifs:**

### **1.2.1. Objectif général :**

Contribuer à l'amélioration de l'organisation de la référence/évacuation dans le District sanitaire de Bla.

### **1.2.2. Objectifs spécifiques:**

- Décrire l'organisation du système de référence-évacuation
- Evaluer le niveau de contribution des différents acteurs à la caisse de solidarité en cours de l'année ;
- Evaluer la fonctionnalité des organes de coordination et de gestion;
- Décrire le processus de la prise en charge des patientes ;
- Préciser les difficultés rencontrées dans l'évaluation du système.

# **GENERALITES**

## **II- GÉNÉRALITÉS**

### **1. contexte :**

#### **1.1. Problématique de la mortalité maternelle :**

Les ratios de mortalité maternelle sont généralement utilisés pour apprécier la capacité des différents systèmes de santé à répondre aux besoins obstétricaux.

Ces ratios peuvent montrer des variations extrêmement importantes d'un contexte à l'autre. En effet sur toutes les statistiques de santé passées en revue par l'OMS, c'est dans le domaine de la mortalité maternelle que l'écart entre pays en voie de développement et pays développés est le plus grand.

Moins d'un pourcent des femmes meurent dans les pays développés, ce qui montre que ces décès pourraient être évités si les ressources et les services étaient disponibles. En Scandinavie, où les performances et l'accès des services de santé sont excellents, le ratio de mortalité maternelle est de l'ordre de 6 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En Afrique ou dans certains pays d'Asie, ce taux peut être jusqu'à 100 à 300 fois supérieures. De nettes disparités existent également d'une région à l'autre à l'intérieur de ces différents pays.

En Afrique de l'Ouest et du centre, les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent les principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer. Selon les estimations publiées par l'OMS et de l'UNICEF en 1996, 20% des décès maternels suite à ces complications dans le monde (585000) se produisent en Afrique.

Devant l'ampleur de ce problème, l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations internationales ont lancé et soutiennent la campagne mondiale de lutte contre la mortalité maternelle avec comme priorité d'identifier et assister les pays dont les capacités à prendre en charge les urgences obstétricales étaient faibles.



Cependant la mesure du ratio de mortalité maternelle est une tâche très difficile dans les pays en voie de développement, étant donné qu'une information fiable est rarement disponible. Les estimations des ratios de mortalité maternelle sont alors basées sur la mesure de ces ratios dans les échantillons de population. En effet au Mali selon la deuxième enquête démographique et de santé (EDS II, 1995-1996), le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 577 pour 100 000 naissances. Ce taux a été jugé biaisé par l'OMS et l'UNICEF . Il a alors été corrigé et estimé 1 200 pour 100 000 naissances vivantes .

## **1.2. Mise en œuvre de la politique sectorielle de santé au Mali**

La déclaration de politique sectorielle de santé et de population du Mali retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle (le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS). Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio-sanitaire et l'offre des soins est assurée par 2 échelons complémentaires :

- Le 1er échelon représenté par les centres de santé communautaire offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et géré par les associations de santé communautaire (ASACO), composé des délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie;
- et le 2ème échelon, le centre de santé de cercle ou hôpital de district pour les soins de santé de référence.

D'une manière générale, le cercle compte une population variant entre 100000 et 150000 habitants.

La mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé au Mali a permis d'obtenir les résultats suivants :

- L'accessibilité au PMA dans un rayon de 15 Km est passée de 3% en 1993 à 50% en 1999 ;
- les médicaments essentiels en dénomination commune internationale sont disponibles dans les centres de santé ;
- L'augmentation des besoins en soins de référence suite à l'extension de la couverture sanitaire a rendu indispensable l'organisation effective du système entre les deux échelons.

Le choix de la périnatalité comme porte d'entrée découlait de l'analyse des soins d'urgence couverts par les centres de santé de cercle. Les soins obstétricaux d'urgence représentent plus de 50% des urgences observées au niveau des cercles. Ce choix tient compte aussi de l'importance des besoins ressentis par la population dans la définition des priorités. La porte d'entrée périnatalité a effectivement constitué un facteur favorable à la prise en compte globale du développement du système de santé de cercle. L'objectif final de l'organisation de la référence/évacuation est de fournir à toute la population un système intégré des soins de première et de deuxième ligne, tout en stimulant la participation communautaire.

### **1.3. Historique de l'organisation du système de référence /évacuation au Mali**

Le système de référence/évacuation des urgences obstétricales a vu le jour à travers le programme de périnatalité.

Le système de référence / évacuation est fonctionnel dans le pays depuis sa création à nos jours. Il est implanté et effectif dans tous les cercles.

Pour harmoniser les interventions, il a été élaboré en Mai 2000 un document de référence intitulé « Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/ évacuation au Mali »

L'initiative qui a consisté à organiser le système de soins obstétricaux d'urgence et d'en assurer le financement constitue une innovation importante du système de santé.

Malgré la mise en œuvre du système les taux de mortalité maternelle et néonatale restent toujours élevés. Selon EDS III 2001, le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 582 pour 100 000 naissances vivantes et celui des décès néonataux à 57 pour 1000 naissances vivantes.

Aussi, une évaluation externe du système réalisée en 2004 a constaté certaines faiblesses et insuffisances notamment:

- L'irrégularité du paiement des cotisations
- La non-prise en compte dans le partage de coût du niveau village au CSCOM et du niveau CSRéf vers les EPH
- La non-prise en compte du nouveau-né dans le cadre conceptuel ;
- La non-prise en compte des femmes des villages des aires non fonctionnelles (les villages non couverts par un CSCOM)

De plus, depuis l'élaboration du premier cadre conceptuel de référence, certaines évolutions sont intervenues à savoir :

- L'avènement de la décentralisation avec l'implication de nouveaux acteurs dans le partage de coût (les collectivités territoriales)
- La base de calcul des césariennes selon les indicateurs des Nations Unies dans les structures de soins obstétricaux d'urgence (5% à 15%) ;

l'initiative du gouvernement du Mali de prendre en charge une partie du coût de la césarienne (médicaments et consommables, frais d'hospitalisation, l'acte chirurgical ...) pour rendre encore plus accessible les soins obstétricaux d'urgence et réduire considérablement le délai de prise en charge au niveau des CSRef [3].

#### **1.4. Processus de mise en œuvre de la référence évacuation**

Conceptuellement, le centre de santé de référence est le complément du réseau des CSCom, il ne se justifie que dans la mesure où il prend en charge les cas qui, pour une raison ou pour une autre, ne trouvent pas satisfaction au premier échelon. Ces raisons sont d'ordre :

- Médical : cas nécessitant des compétences techniques beaucoup plus qualifiées pour assurer une bonne prise en charge des malades et que le niveau de qualification du personnel disponible au CSCom ne permet pas d'assurer ; problèmes nécessitant une exploration technique (paramédicales par exemple), des médicaments ou tout autre équipement non disponible au niveau CSCom; des cas dont l'évolution ou le pronostic est considéré comme grave à court terme.
- Social : cas des raisons de familles, économiques,
- La rationalisation des services au niveau du centre de santé de cercle constitue un passage obligé pour assurer une véritable cohérence du système. Au niveau du chef lieu de cercle, le centre de santé de cercle offre le plus souvent aussi bien des soins de recours que des soins de premier niveau. Cette situation occasionne des confusions préjudiciables au bon fonctionnement du service de référence. Les enseignements tirés des expériences en cours ont permis de retenir la nécessité de procéder systématiquement à la séparation des échelons au niveau cercle pour améliorer l'efficacité et l'efficience du niveau de la première référence. Chaque niveau de soins doit jouer son rôle spécifique dans la prise en charge des problèmes de la santé.

D'une manière claire, le centre de santé d'arrondissement central doit être séparé du centre de santé de cercle et répondre aux normes requises par le département : gestion communautaire des activités et des finances.

- La documentation des expériences doit se poursuivre en mettant un accent sur la pérennité et la viabilité du système. Cependant, des questions importantes demeurent :
- L'instabilité du personnel formé
- La problématique du renouvellement et de la maintenance du matériel et équipement nécessaire (exemple les RAC) pour un bon fonctionnement de la première référence
- La faible motivation du personnel dans certains cercles, cause d'échec du système
- La spécificité urbaine méritant une démarche innovatrice
- L'évolution des formes de pré mutuelles vers des systèmes de financement adéquats.

Ces différentes questions doivent faire l'objet de débats plus approfondis avec les autres partenaires concernés.

- Pour les cercles ne répondant pas encore aux critères d'éligibilité, une stratégie de prise en charge des urgences doit être définie de telle sorte que la qualité des soins soit assurée. Il s'agira d'assurer la disponibilité du personnel, des infrastructures, des équipements et de la logistique nécessaires dans les régions non couvertes par le processus d'organisation de la référence/évacuation en attendant que les conditions de mise en œuvre soient remplies.

### **1.5. Le cadre conceptuel national harmonisé**

Elaboration d'un document référentiel au niveau national en Mai 2000 intitulé Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali dans un souci d'harmonisation .

Pour l'organisation d'un système de santé de district efficace offrant des soins de référence accessibles et de qualité, il a été identifié des barrières au cours de l'analyse de situation en 1995:

- La faible organisation du travail des équipes de santé en périphérie et du centre de santé de référence ;
- La faiblesse du plateau de référence et des moyens de communication entre le centre et en périphérie ;
- L'insuffisance voire l'absence de la logistique (ambulance) et des voies de communication entre la périphérie et l'hôpital,
- Les coûts élevés de l'évacuation et des interventions urgentes, une césarienne coûte plus de 30.000 F CFA,
- L'insuffisance de l'implication des communautés dans la résolution des problèmes de référence.

C'est ainsi que les activités suivantes ont été réalisées dans le cadre de la mise en place d'un système de référence et de contre référence:

- La définition des principes directeurs de mise en place du système
- La formation des équipes de santé de cercle en vue de l'amélioration de la qualité des services
- L'introduction du module de formation en périnatalité dans le programme d'enseignement des écoles de formation en santé
- Le renforcement du plateau technique de centres (infrastructures, équipement, logistique, radiocommunication)
- L'amélioration de l'organisation des prestations offertes dans le but d'assurer une permanence et une continuité des services
- La mise en place des modalités de suivi monitoring et des mécanismes d'évaluation des activités au niveau des cercles organisés
- La promotion de la participation communautaire dans la prise en charge des mécanismes de solidarité

- La recherche d'alternatives de financement pérennes dans un souci d'équité et d'efficience avec l'implication effective de tous les acteurs

Le présent document est le résultat de la capitalisation des différentes expériences de terrain et constitue le fruit de « l'atelier d'harmonisation du cadre conceptuel du système de référence/évacuation au Mali » tenu en Mai 2000.

Ce cadre conceptuel du système de référence/évacuation au Mali traduit les axes directeurs pour une réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Cette porte d'entrée, comme son nom l'indique, a eu un effet indirect sur la prise en charge d'autres types de soins de référence. En effet, l'analyse des expériences a permis de confirmer ce choix tout en insistant sur le fait que la réflexion sur l'organisation du système doit dès le départ concerner tous les aspects et prévoir la possibilité d'extension aux autres soins médicochirurgicaux de référence [3].

## 2. Quelques définitions et concepts

- Décès maternel : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) le décès maternel 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].

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

- **La référence** : concerne une gestante adressée pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse.
- **L'évacuation** : concerne une parturiente ou une gestante adressée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge urgente.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes dans nos régions. Le pronostic maternel et fœtal est réservé.

Ce pronostic dépend :

- Du suivi correct de la grossesse ;
- De la prise en charge des parturientes dans les centres de santé (CSCOM);
- De l'accessibilité géographique des centres de santé de référence (cercle)
- Des moyens logistiques, matériels et financiers.

Selon Maine D et col [10] il y a 3 types de retards qui aggravent le pronostic maternel et fœtal :

- Le 1er retard : c'est le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) ;



- Le 2eme retard : c'est le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgences ;
- Le 3eme retard : c'est le temps écoulé entre l'arrivée au centre et la dispensation des soins.

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 1990, la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé. La participation effective de la communauté au financement et à la gestion des centres de santé. La population se regroupe au tour d'une association appelée ASACO (association de santé communautaire) pour le financement et la gestion du CSCOM (centre de santé communautaire).

Le CSCOM est le 1er échelon offrant le paquet minimum d'activité (PMA), il est géré par l'ASACO, composée de délégués représentant la population des villages d'une aire de santé bien déterminée.

Le CSRéf est le 2<sup>ème</sup> échelon, qui est le premier niveau de référence/évacuation avec un plateau chirurgical plus ou moins équipé, encadré pour la plupart des cas par des médecins généralistes.

### **3. Les motifs d'évacuation :**

#### **3.1. 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.

Parmi ces causes nous avons :

- les anciennes cicatrices utérines ;
- les anciennes déchirures du col ;
- les obstacles prævia ;
- les présentations anormales ;
- les dystocies mécaniques ;
- les dystocies dynamiques.

Il s'agit d'une extrême urgence.

La laparotomie est obligatoire pour son traitement

#### **3.2. Placenta prævia.**

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.

#### **3.3. 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 : hémorragies incoercibles par défibrination, moins rares, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elles entraînent.
- La nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrination vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.
- thrombophlébites des suites de couches.

#### **3.4. La pré-éclampsie/éclampsie**

La surveillance prénatale est un moyen de prévention des accidents par un dépistage précoce de la pré-éclampsie dont l'éclampsie est une des complications majeures. L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux. Elle se caractérise par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du travail, rarement dans les suites de couches.

Le traitement de la crise d'éclampsie est basé sur le traitement médical et obstétrical par une évacuation rapide de l'utérus gravide.

### **3.5. Les dystocies**

#### **3.5.1. Les dystocies d'origine fœtale**

##### **3.5.1.1. La disproportion foeto-pelvienne :**

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

Selon Delecour M [11]. 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 foeto-pelvienne est une indication de césarienne.

##### **3.5.1.2. Les présentations dystociques :**

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

##### **3.5.1.3. 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 Delcour M. [11], 18 % au centre de Foch.

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

##### **3.5.1.4. 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.

### **3.5.1.5. 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. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne.

### **3.5.1.6. 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.

L'épaule négligée est l'aboutissement inéluctable d'une présentation de l'épaule livrée à elle-même. L'épaule négligée ne se voit que chez les femmes amenées en urgence dans cette situation. Il s'agit plutôt de l'épaule méconnue.

Pour que l'épaule soit négligée il faut 3 conditions :

- La femme doit être en travail,
- L'œuf doit être ouvert,
- L'utérus doit être plus ou moins rétracté [14].

### **3.5.2. Dystocies d'origine maternelle :**

#### **3.5.2.1. La dystocie dynamique :**

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

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

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

### **3.5.2.2. Bassins pathologiques**

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

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

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

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

Pour un enfant de poids normal si :

Le diamètre promoto-rétro pubien à moins de 8cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose ;

Si le diamètre promoto-rétro pubien est entre 8 – 9 cm, il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- La femme doit être en travail
- Le col dilaté (3 à 4cm)
- La présentation doit être céphalique.

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée.

La dynamique utérine doit faire l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col.

L'erreur sera de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne. Les dystocies peuvent être responsables :

Chez la mère de :

- Rupture utérine
- Hémorragie de la délivrance
- Travail prolongé avec infection du liquide amniotique

Chez le fœtus :

- Souffrance fœtale ;
- Mort fœtale in utero ;
- Mortalité néonatale précoce.

### **3.5.2.3. Procidence du cordon**

C'est un accident qui survient lors de la rupture de la poche des eaux caractérisée par la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue la plus grave des complications 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.

### **3.5.2.4. La souffrance fœtale aigue**

Est la conséquence d'une diminution d'apport d'oxygène et d'un défaut d'élimination de gaz carbonique aboutissant à une acidose respiratoire[14].

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

## **4. Thérapeutiques obstétricales**

### **4.1. 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 bassins généralement rétrécis ;

Le placenta prævia hémorragique ;

Les présentations dystociques ;

L'éclampsie et la pré-éclampsie ;

L'hématome rétro-placentaire.

Nous avons d'autres indications comme :

La Procidence du cordon ;

La disproportion foeto-pelvienne ;

L'excès du volume foetal ;

L'utérus cicatriciel plus bassin limite ;

Les bassins asymétriques ;

La souffrance foetale ;

### **4.2. Le Forceps**

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

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



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

### **4.3. Quelques manœuvres Obstétricales**

#### **4.3.1. La manœuvre de MAURICEAU**

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médium 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 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 brachial, élongation modulo-bulbaire).

#### **4.3.2. La manœuvre BRACHT**

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

### **4.3.3. La grande extraction du Siège**

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2<sup>ème</sup> 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.

**1<sup>er</sup> Temps :** C'est le temps d'abaissement d'un pied, s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisit le pied le plus facilement accessible ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décomplet il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

**2<sup>ème</sup> Temps :** L'accouchement du Siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bi-trochantérien dans le diamètre antéro-postérieur 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 postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

**3<sup>ème</sup> 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 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules.

Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro-postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras parallèle à lui.

Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturée. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2ème et le 3ème doigt 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 postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé

***4ème Temps*** : Accouchement de la tête dernière.

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

# **METHODOLOGIE**

### **III- METHODOLOGIE**

#### **1. Cadre étude**

L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence (CSRéf) de Bla durant l'année 2018 (du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Decembre )

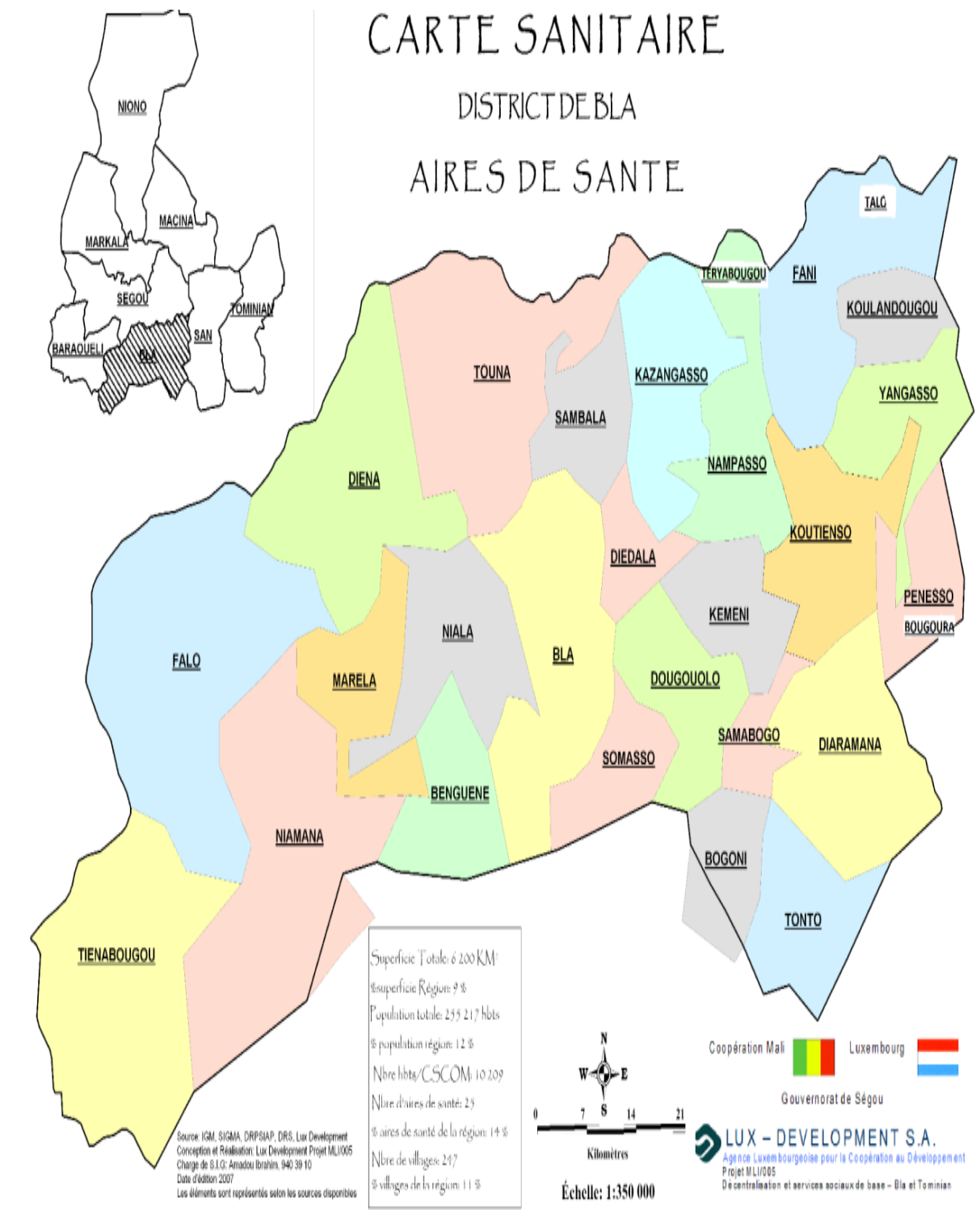
##### **1.1. Caractéristiques administratifs du district sanitaire de Bla**

Bla a été érigé en cercle suivant l'ordonnance n°77- 44/CMLN du 12 Juin 1977. Le premier commandant du cercle y fut officiellement installé le 5 Octobre 1978. Le cercle de Bla est situé dans la partie sud à 80 km de la région de Ségou. Il comprend Cinq arrondissements : Bla central, Touna, Diaramana, Yangasso et Falo.

Les Cinq arrondissements sont divisés en 17 communes qui sont : Bènguène, Bla, Diaramana, Diena, Dougouolo, Falo, Fani, Kazangasso, Kéméni, Koulandougou, Korodougou, Niala, Somasso, Samabogo, Tiemena, Touna, Yangasso

Il est limité par :

- Le cercle de San à l'Est;
- Le cercle de Baraouéli à l'Ouest ;
- Le cercle central de Ségou au Nord ;
- Le cercle de Koutiala au Sud.



**Figure 1: Carte sanitaire de Bla**

## **1.2. Caractéristiques socio- sanitaires du district du cercle de Bla**

Il a une superficie de 6200 km<sup>2</sup> pour une population totale estimée à 368867 habitants en 2018 selon la projection de la population suite au RGPH 2009 [32].

Il comprend :

- 1 CSRéf (Bla)
- 30 CSCom
- 54 Sites Agent de santé communautaire (ASC)
- 26 Maternités rurales
- 4 Cabinets médicaux
- 2 Cabinets de soins
- 4 Officines privées
- Une école de santé (TATA Sylla).

Tableau : La liste des CSCom fonctionnels en 2018 du district de Bla

<b>N°</b>	<b>Aire de santé</b>	<b>Nombre de village</b>	<b>Distance CSCom /CSRéf en km</b>
<b>1</b>	<b>BEGUENE</b>	6	26
<b>2</b>	<b>BLA</b>	16	1
<b>3</b>	<b>BOGONI</b>	05	45
<b>4</b>	<b>BOUGOURA</b>	03	66
<b>5</b>	<b>DIARAMANA</b>	06	75
<b>6</b>	<b>DIEDALA</b>	04	20
<b>7</b>	<b>DIENA</b>	07	37
<b>8</b>	<b>DOUGOUOLO</b>	08	25
<b>9</b>	<b>FALO</b>	09	65
<b>10</b>	<b>FANI</b>	09	67
<b>11</b>	<b>FARAKALA</b>	05	53
<b>12</b>	<b>KANZANGASSO</b>	07	47
<b>13</b>	<b>KEMENI</b>	08	25
<b>14</b>	<b>KOULANDOUGOU</b>	11	67
<b>15</b>	<b>KOUTIENSO</b>	11	39
<b>16</b>	<b>MARELA</b>	08	30
<b>17</b>	<b>NAMPASSO</b>	10	51
<b>18</b>	<b>NIALA</b>	08	12
<b>19</b>	<b>NIAMANA</b>	10	45
<b>20</b>	<b>PENESSO</b>	07	63
<b>21</b>	<b>SAMABOGO</b>	05	37
<b>22</b>	<b>SAMBALA</b>	07	20
<b>23</b>	<b>SOMASSO</b>	05	34
<b>24</b>	<b>TALO</b>	07	85
<b>25</b>	<b>TASSONA</b>	04	56
<b>26</b>	<b>TERYABOUGOU</b>	05	70
<b>27</b>	<b>TIENABOUGOU</b>	08	84
<b>28</b>	<b>TONTO</b>	08	82
<b>29</b>	<b>TOUNA</b>	16	21
<b>30</b>	<b>YANGASSO</b>	17	55



### **1.3. Présentation du CSRéf**

#### **1.3.1. Les infrastructures**

Le CS Réf de Bla comprend les unités suivantes

- L'Administration,
- L'unité chirurgicale,
- L'unité maternité:
- Le service de médecine :
- L'unité d'odontostomatologie
- L'unité d'ophtalmologie
- L'unité du programme élargie de vaccination (PEV)
- L'unité pharmacie
- L'unité de consultation externe et de soins
- Le laboratoire
- L'unité d'hygiène
- Le bureau des entrées
- La morgue.
- L'unité de la radiographie

##### **1.3.1.1. La maternité**

La prise en charge des femmes enceintes se fait dans ce service composé:

- D'une salle d'attente d'une capacité de trois lits,
- D'une salle d'accouchement dotée de deux tables d'accouchement, une ventouses fonctionnelles, d'une boîte d'instruments, de trois bassins de lit, d'une balance pèse bébé, d'un mètre ruban et d'un stéthoscope obstétrical, d'un plateau avec couvercle, quatre poires nasale enfant,
- Deux salles pour les accouchées avec quatre lits dans chacune,
- D'une salle de garde

- D'un bureau pour la sage- femme responsable de la maternité,
- D'un bureau de consultation de planning familial et de consultation post natale.

### **1.3.1.2. Le laboratoire**

Le laboratoire du centre de santé de Bla réalise les examens complémentaires suivants :

- La Numeration Formule Sanguine
- La vitesse de Sédimentation
- Le groupage-rhésus
- La sérologie HIV
- La glycémie
- La sérologie BW, le test d'Emmel
- Sérologie de toxoplasmose
- La sérologie HBS
- Bacilloscopie
- Les selles POK
- Les ECBU et la recherche du sucre dans l'urine
- La recherche d'albumine dans l'urine
- La goutte d'épaisse
- L' urémie
- La créatinémie
- Le temps de saignement
- Le temps de coagulation
- La serologie widal

### 1.3.2. Les personnels du centre de santé de référence de Bla

Les ressources humaines opérationnelles

Un médecin gynécologue obstétricien et santé publique, qui est le médecin chef du district sanitaire,

Médecins généralistes	4	dont 3 à compétence chirurgicale
Assistants Médicaux	5	
Infirmiers d'Etat	3	
Techniciens de santé	8	
Aide-soignant	1	qui est le manœuvre du bloc
Sage-femme	3	
Techniciens supérieurs de laboratoire	3	
Infirmières obstétriciennes	2	
Secrétaire	1	
Manœuvres	4	
Comptables	3	
Chauffeur	4	
Gardien	1	

### **1.3.3. L'organisation des activités**

#### **1.3.3.1. La consultation**

La consultation se fait dans deux box et assurée par un médecin de garde ; un technicien de santé et un étudiant faisant Fonction d'Interne du Lundi au Vendredi.

#### **1.3.3.2. La garde**

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- D'un médecin généraliste à compétence chirurgicale,
- D'un étudiant en médecine (faisant fonction d'interne),
- D'une sage-femme ou une infirmière obstétricienne,
- D'un technicien de santé ou technicien supérieur de santé
- D'un infirmier anesthésiste,
- D'un instrumentiste,
- D'un technicien supérieur de laboratoire,
- D'un chauffeur d'ambulance, muni d'un téléphone portable, pour recevoir les appels des CSCOM.
- D'un agent chargé de recouvrement des coûts, et de la vente des médicaments

#### **1.3.3.3. Le staff**

Les activités de la journée commencent par un staff qui réunit tous les prestataires cliniques. Il est dirigé par un médecin.

#### **1.3.3.4. La visite**

La visite est quotidienne à la maternité, à la chirurgie et à la médecine. Elle est dirigée par un médecin.

## **2. type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective,et descriptive.

## **3. Déroulement pratique de l'étude :**

Cette étude s'est déroulée en 2 phases :

- Une revue documentaire du processus d'organisation de la référence/ évacuation et
- Une étude des cas d'évacuations.

### **3.1. Revue documentaire :**

La revue documentaire a porté sur :

- Le cadre conceptuel de la référence/évacuation harmonisé National
- Le cadre conceptuel de la référence/évacuation de Bla
- Le rapport financier de la référence évacuation 2018
- Les Procès-Verbaux des réunions
- La liste des paiements des quotes-parts de la référence évacuation 2018

### **3.2. Etude des cas d'évacuation**

#### **3.2.1. Population d'étude :**

L'étude a concerné toutes les femmes résidant dans le district sanitaire de Bla.

#### **3.2.2. Echantillonnage :**

Il s'agit d'un échantillonnage systématique

L'échantillon est composé de toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion.

#### **3.2.3. Critères d'inclusion :**

Toute patiente évacuée d'un CSCom et admise à la maternité du CSRef de Bla pour complication obstétricale .

#### **3.2.4. Critères de non inclusion :**

- Les femmes évacuées par d'autres structures que les CSCom (clinique, cabinet, maternité rurale).
- Les femmes admises en urgence par auto-référence.

#### **3.2.5. La collecte des données :**

Les données des patientes ont été collectées à partir des fiches d'enquêtes individuelles, le registre de référence / évacuation et le cahier abord des ambulances .

#### **3.2.6. L'analyse des données :**

Les données ont été analysées à partir du logiciel Epi Info version : 3.5.4  
la saisie des textes à partir du logiciel version word 2013.

#### **3.2.7. Définitions opérationnelles**

- Délai de la décision d'intervention chirurgicale : temps écoulé entre admission de la patiente et la prise de décision d'intervention chirurgicale
- Délai d'intervention : temps écoulé entre la prise de décision d'intervention chirurgicale et le début d'intervention.
- Durée d'intervention : temps entre le début et fin d'intervention
- Délai d'évacuation : temps écoulé entre heure d'appel du CSCom et l'heure d'admission de la patiente au CSRéf.

# **RESULTATS**

## IV- RESULTATS

### 1. Revue documentaire du processus

#### 1.1. Description du cadre conceptuel de Bla

##### 1.1.1. Description du circuit de la patiente évacuée

Le démarrage du système référence/évacuation a eu lieu pour le district Sanitaire de Bla en 1996[5]..

Toutes les partientes évacuées par les CSCom sont directement conduites au CSRéf où elles ont un accès direct à la salle d'accouchement sur présentation de la fiche de référence/évacuation signée.

Le circuit de l'évacuation est le suivant :

- Le CSCom qui évacue sur décision du directeur technique du centre saisit directement le chauffeur de garde grâce à un téléphone portable dont tous les CSCom disposent le numéro. L'ambulance est envoyée au CSCom sur décision de la sage-femme de garde avec un personnel qualifié à bord.

La malade est directement évacuée sur le CSRéf, et accompagnée d'une fiche d'évacuation avec le partogramme utilisé par le CSCom durant le travail. Le motif est donnée sur la fiche d'évacuation. Tous les renseignements (motif de l'évacuation, heure d'appel, identité du malade, sa provenance etc...) sont consignés sur la fiche.

A l'admission ,la patiente est reçue directement au niveau de la salle d'accouchement pour premier examen.

##### 1.1.2. La caisse de solidarité

Afin d'assurer le bon fonctionnement du système et une prise en charge rapide des malades, une caisse de solidarité est mise en place.

- **Scénario**

La caisse de solidarité est alimentée à partir des cotisations versées à part égale les collectivités, et les ASACO et sans contribution de la famille de la patiente .

Il s'agit des cotisations annuelles par un conseil de cercle ,des 17 mairies et 30 ASACO.



- **Montant des cotisations**

Le coût imputé à la caisse de solidarité est partagé de façon équitable entre les différents acteurs à cause du caractère solidaire (conseil de cercle ,les mairies ,et les ASACO).

En 2018 le montant par acteur était de : 238 790 FRANCS CFA prenant en charge le carburant et l'entretien de l'ambulance.

- **La base de la planification**

La planification a été fait sur la base du coût de transport de 5% des naissance attendues en 2018 dans le district .

Le coût inclu le carburant ,l'entretien des ambulances les indemnités des agents accompagnateurs et le coût de la communication.

▪ **La mobilisation des quotes-parts en 2018**

**Tableau 1 : La mobilisation des cotisations des ASACO en 2018**

N°	ASACO	Montant prévu en franc cfa	Montant payé en franc cfa	Taux de mobilisation en %
1	Koutiensso	238790	238790	100
2	Falo	238790	238790	100
3	Diaramana	238790	238790	100
4	Touna	238790	238790	100
5	Bla	238790	238790	100
6	Dougouolo	238790	238790	100
7	Kemeni	238790	238790	100
8	Niala	238790	238790	100
9	Marela	238790	238790	100
10	Diena	238790	238790	100
11	Niamana	238790	238790	100
12	Sambala	238790	238790	100
13	Bogoni	238790	238790	100
14	Samabogo	238790	238790	100
15	Nampasso	238790	238790	100
16	Fani	238790	238790	100
17	Béguéne	238790	238790	100
18	Kazangasso	238790	238790	100
19	Tienabougou	238790	238790	100
20	Teriyabougou	238790	238790	100
21	Penesso	238790	238790	100
22	Talo	238790	238790	100
23	Yangasso	238790	0	0
24	Kouladougou	238790	0	0
25	Diedala	238790	238790	100
26	Tassona	238790	238790	100
27	Tonto	238790	0	0
28	Bougoura	238790	170000	71
29	Somasso	238790	0	0
30	Farakala	238790	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>7 163 700</b>	<b>5 900 960</b>	82

Le taux de mobilisation des ASACO est de 82% avec 5 ASACO sur 30 qui n'ont payé aucune contribution à la caisse.

**Tableau 2 : La mobilisation des cotisations des collectivités au titre de l'année 2018**

N°	Collectivités	Montant prévu en franc cfa	Montant payé en franc cfa	Taux de mobilisation en %
1	Mairie de Bla	238 790	0	0
2	Mairie de Touna	238 790	0	0
3	Mairie de Samabogo	238 790	238790	100
4	Mairie de Falo	238 790	0	0
5	Mairie de Fani	238 790	238790	100
6	Mairie de Niala	238 790	0	0
7	Mairie de Korodougou	238 790	238790	100
8	Mairie de Kemeni	238 790	0	0
9	Mairie de Diaramana	238 790	0	0
10	Mairie de Yangasso	238 790	0	0
11	Mairie de Koulandougou	238 790	0	0
12	Mairie de Diena	238 790	0	0
13	Mairie de Béguéné	238 790	0	0
14	Mairie de Dougouolo	238 790	0	0
15	Mairie de Somasso	238 790	0	0
16	Mairie de Kazangasso	238 790	0	0
17	Mairie de Tiemena	238 790	0	0
18	Conseil du cercle	238 790	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>4 298 220</b>	<b>716 370</b>	<b>17</b>

Soit un taux de mobilisation de 17% pour les collectivités durant l'année 2018.

### **1.1.3. Les organes de gestion de la référence/évacuation**

#### **▪ Comité de gestion de la caisse :**

Composé de 3 membres :

- un président ;
- un secrétaire ;
- un trésorier général.

Il a pour rôle de :

- Gérer les fonds de la caisse de solidarité
- Présenter le bilan et le budget de fonctionnement de la référence/évacuation.
- Assurer le recouvrement des quotes-parts.

Il doit se réunir une fois par mois le comité s'est réuni 12 fois en 2018 soit un taux de réalisation de 100%.

#### **▪ Conseil de gestion :**

C'est l'organe de planification et d'orientation des activités du district sanitaire. A ce titre, il est l'organe suprême de gestion de la référence/évacuation.

Composé de :

- Un président : le Préfet.
- Un vice- Président : le président du conseil de cercle.
- Le Médecin chef du centre de santé du cercle.
- Un Délégué de la fédération locale des associations de santé communautaire.
- Le chef du service du Développement social et de l'économie solidaire de cercle.
- Les représentants des organisations non gouvernementales et partenaires au développement des secteurs de la santé et de l'action sociale intervenant dans le cercle.
- Un représentant des formations socio-sanitaires privées ou confessionnelles ;
- Un représentant par section locale des syndicats de la santé et de l'action sociale ;
- Un représentant du conseil local des personnes âgées du cercle ;

- Un représentant de la coordination locale des Associations de femmes ;
- Deux représentants par Association de santé communautaire (ASACO);
- Les Maires des communes du cercle.
- Les directeurs régionaux de la santé et du développement social et de l'économie solidaire.

Il se réunit 2 fois par an. En 2018 le conseil de gestion s'est tenu une seule fois soit un taux de réalisation de 50%.

Le cadre conceptuel de Bla ne prévoit pas d'organe de contrôle du comité de gestion.

## **2. Les évacuations du CSCom vers le CSRéf**

### **2.1. Fréquence :**

Au cours de cette d'étude nous avons enregistré 1015 d'admission au niveau de la maternité dont 430 évacuations sur 379 attendues, soit un taux de réalisation de 113,46%. Les évacuations ont représentés 42,36% des admissions au niveau de la maternité.

## 2.2. Personnel impliqué dans la gestion des évacuations au niveau des CSCom

Structure	Mâtrone	IO/TS/TSS	Sage-femme	Medecin	Autres	Effectif Total	Poucentage
Béguéné	1	2	0	0	2	5	60%
Bla	2	1	2	1	2	8	75%
Bogoni	1	1	0	0	1	3	66,66%
Bougoura	1	0	0	1	1	3	66,66%
Diaramana	1	0	1	1	2	6	50%
Diedala	1	1	0	0	2	4	100%
Dièna	1	1	0	1	3	6	50%
Dougouolo	1	1	0	0	2	4	50%
Falo	1	0	1	1	2	6	50%
Fani	1	1	0	0	2	4	100%
Farakala	1	0	1	0	1	3	66,66%
Kanzangasso	1	1	0	0	1	3	66,66%
Kemeni	1	1	1	0	2	5	60%
Koulandougou	1	0	0	1	1	3	66,66%
Koutienso	2	0	2	0	5	9	44,44%
Marela	1	1	1	0	2	5	60%
Nampasso	1	2	0	0	2	5	60%
Niala	2	2	0	0	2	6	66,66%
Niamana	1	2	0	0	2	5	60%
Penesso	1	0	0	1	2	4	50%
Samabogo	1	1	0	0	2	4	50%
Sambala	1	1	0	0	2	4	50%
Somasso	1	0	1	1	2	5	60%
Talo	1	0	0	1	1	3	66,66%
Tassona	1	1	0	1	1	4	50%
Teryabougou	1	1	0	0	2	4	50%
Tienabougou	1	0	0	1	2	4	50%
Tonto	1	1	0	0	1	3	66,66%
Touna	1	1	1	1	2	6	66,66%
Yangasso	1	1	1	0	2	5	60%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>51</b>	<b>137</b>	<b>62,04%</b>

Plus de la moitié du personnel des CSCom sont impliqués dans la gestion des évacuations.

### 2.3. Pourcentage du Personnel non qualifié impliqué dans la gestion des évacuations au niveau des CSCom

Structure	Mâtrone	IO/TS/TSS	Sage-femme	Medecin	Effectif Total	Poucentage
Béguéné	1	1	0	0	2	50%
Bla	2	1	2	1	6	33,33%
Bogoni	1	1	0	0	2	50%
Bougoura	1	0	0	1	2	50%
Diaramana	1	0	1	1	3	33,33%
Diedala	1	1	0	0	2	50%
Dièna	1	1	0	1	3	33,33%
Dougouolo	1	1	0	0	2	50%
Falo	1	0	1	1	3	33,33%
Fani	1	1	0	0	2	50%
Farakala	1	0	1	0	2	50%
Kanzangasso	1	1	0	0	2	50%
Kemeni	1	2	1	0	4	25%
Koulandougou	1	0	0	1	2	50%
Koutienso	2	0	2	0	4	50%
Marela	1	1	1	0	3	33,33%
Nampasso	1	1	0	0	2	50%
Niala	2	2	0	0	4	50%
Niamana	1	2	0	0	3	33,33%
Penesso	1	0	0	1	2	50%
Samabogo	1	1	0	0	2	50%
Sambala	1	1	0	0	2	50%
Somasso	1	0	1	1	3	33,33%
Talo	1	0	0	1	2	50%
Tassona	1	0	0	1	2	50%
Teryabougou	1	1	0	0	2	50%
Tienabougou	1	0	0	1	2	50%
Tonto	1	1	0	0	2	50%
Touna	1	0	1	1	3	33,33%
Yangasso	1	1	1	0	3	33,33%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>78</b>	<b>42,30%</b>

**Le personnel non qualifié représente près de la moitié du personnel impliqué dans les évacuations au niveau des CSCom.**



## 2.4. Aspects sociodémographiques

### 1. Age

**Tableau I : Repartition des évacuées selon la tranche d'âge**

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
≤19	77	17,9%
20-25	110	25,6%
25-29	113	26,3%
30-34	72	16,7%
35-39	50	11,6%
≥ 40	8	1,9%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

Plus de la moitié des femmes évacuées avaient un âge compris entre 20 et 29ans.

## 2. Provenance

**Tableau II : Repartition des patientes selon leur provenance**

<b>Aires de santé</b>	<b>Evacuations Réalisées</b>	<b>Evacuations Attendues</b>	<b>Poucentage</b>
<b>Béguéné</b>	16	11	145,45%
<b>Bla</b>	13	55	23,63%
<b>Bogoni</b>	15	8	187,5%
<b>Bougoura</b>	2	2	100%
<b>Diaramana</b>	14	15	93,33%
<b>Diedala</b>	5	6	83,33%
<b>Dièna</b>	33	14	235,71%
<b>Dougouolo</b>	36	15	240%
<b>Falo</b>	39	24	162,5%
<b>Fani</b>	6	10	60%
<b>Farakala</b>	1	2	50%
<b>Kanzangasso</b>	3	11	27,27%
<b>Kemeni</b>	13	15	86,66%
<b>Koulandougou</b>	0	6	0%
<b>Koutienso</b>	22	10	220%
<b>Marela</b>	5	12	41,66%
<b>Nampasso</b>	19	14	135,71%
<b>Niala</b>	11	14	78,57%
<b>Niamana</b>	28	12	233,33%
<b>Penesso</b>	4	7	57,14%
<b>Samabogo</b>	10	8	125%
<b>Sambala</b>	21	8	262,5%
<b>Somasso</b>	5	16	31,25%
<b>Talo</b>	11	6	183,33%
<b>Tassona</b>	8	4	200%
<b>Teryabougou</b>	11	7	157,14%
<b>Tienabougou</b>	12	10	120%
<b>Tonto</b>	5	13	38,46%
<b>Touna</b>	57	29	196,55%
<b>Yangasso</b>	5	15	33,33%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>379</b>	<b>113,45%</b>

La majorité des CSCom ont dépassés, voir doublé le nombre d'évacuations prévues.

### 3. Profession

**Tableau III : Repartition des patientes selon la profession**

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagère</b>	428	99,5%
<b>Fonctionnaire</b>	2	0,5%
<b>Total</b>	430	100,0%

La presque totalité des patientes étaient des ménagères avec 99,5%

#### 4. Profession du conjoint

**Tableau IV : Repartition des patientes selon la profession du conjoint**

<b>Profession du conjoint</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Cultivateur</b>	401	93,6%
<b>Eleveur</b>	11	2,6%
<b>Commerçant</b>	9	2,1%
<b>Pêcheur</b>	5	1,2%
<b>Ouvrier</b>	2	0,5%
<b>Total</b>	<b>428</b>	<b>100,0%</b>

Les conjoints des patientes évacuées étaient majoritairement des cultivateurs.

## 5. Statut matrimonial

**Tableau V : Repartition des patientes selon le statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Marié</b>	428	99,5%
<b>Célibataire</b>	2	0,5%
<b>Total</b>	430	100,0%

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 99,5%.

## 6. Niveau d'instruction

**Tableau VI : Repartition des patientes selon le niveau d'instruction**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Aucun</b>	<b>393</b>	<b>91,4%</b>
<b>Ecole coranique</b>	20	4,7%
<b>Primaire</b>	16	3,7%
<b>Secondaire/Supérieur</b>	1	0,2%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

Les patientes non scolarisées étaient les plus représentées.

## 7. Les antécédents obstétricaux

### 7.1. La Parité

**Tableau VII : Repartition des patientes selon la parité**

<b>Parité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Nullipare</b>	95	22,1%
<b>Primipare</b>	45	10,5%
<b>Paucipare</b>	113	26,3%
<b>Multipare</b>	177	41,1%
<b>Total</b>	430	100,0%

Les multipares étaient les plus représentées avec 41,1% .

## 7.2. Antécédent de césarienne

**Tableau VIII : Repartition des patientes selon l'antécédent de césarienne**

<b>Antécédent de cesarienne</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Aucun</b>	<b>398</b>	<b>92,6%</b>
<b>Unicatriciel</b>	<b>28</b>	<b>6,5%</b>
<b>Multicatriciel</b>	<b>4</b>	<b>0,9%</b>
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

prèsque 8% des évacuées avaient un antécédent de césarienne.



## 8. Surveillance de la grossesse

### 8.1. Nombre de CPN

**Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de CPN**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0</b>	132	30,7%
<b>1</b>	168	39,1%
<b>2-3</b>	103	24,1%
<b>4 et plus</b>	27	6,3%
<b>Total</b>	430	100,0%

1 patiente sur 10 n'avait eu aucune contact avec le centre avant leur évacuation.

## 8.2. Groupage rhésus à l'admission

**Tableau X : Repartition des patientes selon la réalisation du groupage rhésus**

<b>Groupage rhésus à l'admission</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	414	96,3%
Oui	16	3,7%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

Le groupage sanguin était connu avant l'évacuation chez 4 femme sur 100 .

## 9. La décision d'évacuation

**Tableau XI : Repartition des patientes selon l'auteur de la prise de décision d'évacuation**

<b>Auteur de la prise de décision d'évacuation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Mâtrone	216	50,2%
Sage-femme	145	33,7%
TS /TSS	43	10%
Médecin	26	6,1%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

La moitié des patientes ont été évacuées sur décision du personnel non qualifié.

## 10. Le diagnostic de transfert

Tableau XII : Repartition des patientes selon le diagnostic de transfert

Diagnostic de transfert	Fréquence	Pourcentage
diagnostic non précisé	138	32,1%
Hémorragie	61	14,2%
Manque d'effort	50	11,6%
Dystocie mécanique	31	7,2%
Eclampsie	29	6,7%
Uterus cicatriciel	26	5,3%
Hypertension artérielle	16	3,7%
Souffrance fœtale aiguë	15	3,4%
Hématome retro-placentaire	14	3,2%
Placenta prévia	13	3,0%
Présentation vicieuse	11	2,6%
Pré-rupture/ Rupture utérine	11	2,6%
Procidence du cordon	10	2,3%
HU excessif	6	1,4%
Total	430	100,0%

Plus d'un tiers des patientes n'avaient pas de diagnostic précis au moment du transfert.

## 11. Le moyen de transport

**Tableau XIII : La repartition des patientes selon le moyen de transport**

<b>Moyen de transport</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Ambulance	430	100%
Total	430	100%

Toutes nos évacuations ont été faites par ambulance.

## 12. La qualification du personnel accompagnant

**Tableau XIV : La repartition des patientes selon la qualification du personnel accompagnant**

<b>Qualification du personnel accompagnant</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Sage-femme	232	53,9%
Infirmiere obstetricienne	198	46,1%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100%</b>

Toutes les patientes évacuées étaient accompagnées par un personnel qualifié.

### 13. Prise en charge au CSRéf

#### 13.1. Diagnostic retenu

Tableau XV : Repartition des patientes selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenue	Fréquence	Pourcentage
Efforts expulsifs insuffisants	79	18,4%
Travail d'accouchement normal	58	13,5%
Dystocie mécanique	39	9,1%
Uterus cicatriciel en travail	32	7,4%
Presentation de siège	31	7,2%
Eclampsie	29	6,7%
Hématome retro-placentaire	28	6,5%
Pre-rupture/Rupture uterine	25	5,8%
Souffrance fœtale aiguë	23	5,4%
Grossesse gemellaire	21	4,9%
Pre-éclampsie	19	4,4%
Procidence du cordon	16	3,7%
Hémorragie du post-partum	12	2,8%
Placenta praevia	12	2,8%
Retention placentaire	3	0,7%
Grossesse trimellaire	2	0,5%
Grossesse extra-uterine	1	0,2%
Total	430	100,0%

Le travail d'accouchement normal était le diagnostic retenu dans seulement 14% des patientes et 7,4% étaient évacuées pour travail sur uterus cicatriciel.

### 13.2. Confirmation du diagnostic d'évacuation

**Tableau XVI : Repartition des patientes selon la confirmation du diagnostic du CSCoM au CSRéf**

<b>Confirmation du diagnostic du CSCoM au CSRéf</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	328	76,3%
Oui	102	23,7%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

Le diagnostic d'évacuation au niveau CSCoM a été confirmé seulement dans 24% des cas à l'arrivée de la patiente au CSRéf .



## 14. Traitement

### 14.1. Type de traitement

**Tableau XVII : Repartition des patientes selon le type de traitement**

Type de traitement	Fréquence	Pourcentage
Médico-obstétrical	262	60,9%
Chirurgical	168	39,1%
Total	430	100,0%

Nous avons eu recours à la chirurgie dans 39,1% des cas.

## 14.2. Type d'intervention

**Tableau XVIII: Repartition des patientes opérées selon le type d'intervention**

Type d'intervention	Fréquence	Poucentage
Césarienne	155	92,3%
Hystérorraphie	9	5,3%
Hystérectomie	3	1,8%
Salpingectomie	1	0,6%
Total	168	100,0%

La césarienne était indiquée dans 92,3% des cas.

### 14.3. L'indication de la chirurgie

Tableau XIX : Repartition des patientes selon l'indication de la chirurgie.

<b>Indication Chirurgie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Hématome retro-placentaire	28	16,6%
Souffrance fœtale	23	13,7%
Eclampsie	18	10,7%
Syndrôme de pré-rupture	14	8,3%
DFP	14	8,3%
Rupture utérine	11	6,5%
Position transversale	10	6%
Placenta prévia hémorragique	10	6%
Pré-éclampsie	9	5,3%
BGR	7	4,2%
Procidence du cordon battant	6	3,6%
Utérus cicatriciel + bassin limite	4	2,4%
Utérus multi-cicatriciel en travail	4	2,4%
Macrosomie fœtale	3	1,8%
Hydrocéphalie	2	1,2%
Présentation de la face en mento-sacrée	2	1,2%
Grossesse trimellaire	1	0,6%
Présentation du front	1	0,6%
Grossesse extra-utérine	1	0,6%
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100%</b>

16,6% de nos interventions étaient liés à hématome retro-placentaire.

## 15. Délais

### 15.1. Délai d'évacuation

**Tableau XX : Repartition des patientes selon le délai d'évacuation**

<b>Délai en heure</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<1	21	4,9%
1-2	293	68,1%
> 2	116	27%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

Le délai d'évacuation moyenne des patientes était de 02h12mn avec des extrêmes allant de 20mn et 06h03mn .

## 15.2. Le délai de prise décision d'intervention

**Tableau XXI : Repartition patientes operées selon le délai de prise de décision d'intervention**

<b>Délai de prise de décision d'intervention en minute</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
< 15	157	93,4%
15 à 30	9	5,4%
> 30	2	1,2%
Total	168	100,0%

Le délai de prise de décision moyenne d'intervention était de 11mn avec des extrêmes allant de 5 et 35mn .

### 15.3. Le délai d'intervention

**Tableau XXII: Repartition des patientes opérées selon le délai d'intervention**

<b>Délai d'intervention en minute(mn)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
≤30	110	65,5%
> 30	58	34,5%
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0%</b>

Le délai d'intervention moyenne était de 20mn avec des extrêmes allant de 10 à 40 mn.

#### 15.4. La durée d'intervention

**Tableau XXIII : Répartition des patientes opérées selon la durée d'intervention**

<b>Duree d'intervention en heure</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>≤50</b>	147	87,5%
<b>50-90</b>	19	11,3%
<b>≥90</b>	2	1,2%
<b>Total</b>	168	100,0%

La durée d'intervention moyenne des opérées était de 40mn avec des extrêmes allant de 25 et 90mn.

## 16. Pronostic materno-fœtal

### 16.1. L'évolution sous traitement

**Tableau XXIV : Repartition des patientes selon l'évolution sous traitement**

<b>Evolution</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Simple	385	89,5%
Complicées	45	10,5%
Total	430	100,0%

Les suites se sont compliquées dans seulement 11% des patientes.



## 16.2. type de complication

**Tableau XXV : La répartition des patientes selon le type de complication**

<b>Type de complication</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Anémie	39	86,7%
Endométrite	4	8,9%
Suppuration parietale	2	4,4%
Total	45	100,0%

86,7% des complications étaient liés à l'anémie.

### 16.3. Hospitalisation

**Tableau XXVI: Repartition des évacuées selon la durée d'hospitalisation**

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
1-2 jours	289	67.2%
3-4 jours	137	31,9%
Plus de 4 jours	4	0,9%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

La durée moyenne d'hospitalisation des patientes était de 2 jours avec des extrêmes allant de 1 à 10 jours.

## 16.4. Sortie des patientes

**Tableau XXVII : Repartition des patientes selon l'issue**

Type de sortie	Fréquence	Pourcentage
Exéat	407	94,6%
Evacuée à l'hôpital de ségou	20	4,7%
Décès	3	0,7%
Total	430	100,0%

Le taux de letalité dans notre étude est de 0,7% .

La cause de ces décès était :

- Rupture utérine =2
- Hématome retro-placentaire=1

Dont 2 cas de rupture en cours d'intervention

1 cas d'hématome retro-placentaire en hospitalisation

## 16.5. Les évacuations vers l'hôpital de Ségou

**Tableau XXVIII : Repartition des patientes vers l'hôpital de Ségou selon le motif**

<b>Motifs des évacuations vers ségou</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Etat de mal éclampsie	9	45%
Besoins transfusionnels aigus non satisfaits	11	55%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>

Etat de mal éclamptique et les besoins sanguins aigus non satisfaits ont été les causes des évacuations du CSRéf vers l'hôpital.

## 16.6. Nouveau-nés

**Tableau XXIX :Repartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance**

<b>Etat des nouveau-nés à la naissance</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non réanimés	298	65,8%
Réanimés	107	23,6%
Mort-nés	48	10,6%
<b>Total</b>	<b>453</b>	<b>100,0%</b>

10,6% des naissances issues des évacuations étaient des mort-nés.

## 17. Transport payé par les familles

**Tableau XXX : Repartition des patientes selon le coût supplémentaire payé par les familles pour le transport des patientes en dehors de la caisse de solidarité.**

<b>Transport payé par la famille</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	420	97,7%
Oui	10	2,3%
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,0%</b>

Dans plus de 2% des patientes évacuées la famille a payé le frais de transport du CSCom au CSRéf.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 5.1. Fréquence :

Durant la période d'étude (12 mois) sur 1015 accouchements enregistrés à la maternité du CSRéf de Bla, 430 étaient des évacués soit une fréquence de 42,36%.

Notre fréquence se rapproche de celles trouvées par Sidibé I. M. [17] en 2006 au CSRéf de Kadiolo, de Dolo K. [18] en 2008 à l'hôpital de Mopti et de Touré A. [34] en 2010 au CSREF de Kolokani qui ont rapporté respectivement 42,8%, 49,59% et 64%. Par contre elle est supérieure à celles rapportées par Maïga I.B. [19] au CSRef de la commune V (15,20%), par MACALOU [20] à l'hôpital régional de Kayes (11,5%) et par FALL [21] au Sénégal (6,1%).

La fréquence des évacuations est diversement appréciée et cela dépend de la zone et du mode de recrutement. Notre fréquence pourrait s'expliquer par le fait que le district sanitaire de Bla couvre assez d'aires de santé (trente) d'une part et d'autre part reflète l'application assez correcte du système de référence/évacuation au niveau local et le renforcement des capacités en matière de réduction de la mortalité materno-fœtale.

### 5.1. Aspects sociodémographiques :

- Age

Au terme de notre étude les âges extrêmes des patientes ont été compris entre 14 ans et 45 ans .L'âge moyen était de 26 ans.

La tranche d'âge de 25-29ans a été la plus représentée avec 26,3%.Cela pourrait s'expliquer par l'accroissement de l'activité génitale pendant cette période de vie.



Bougou Goita en 2008 dans l'évaluation du système de Référence/évacuation du CSRéf de Macina ressort de son étude que la classe d'âge 14 - 24 ans a représenté 47%, avec des âges extrêmes de 14 ans et 45 ans.

L'âge moyen était de 26 ans. [22]

Par contre Sidibé I.M [17], Fall [21] et Diarra .B [23] ont trouvé respectivement 78,72% ; 62% et 55,6% dans la tranche d'âge 20-35 ans.

▪ **Provenance :**

La majorité des patientes provenaient de l'aire de santé de Touna avec un taux de 13,3% suivi de Falo 9,1%.

Cela peut s'expliquer par la concentration de la population dans ces deux niveaux et l'accès facile pour Touna au CSRéf (avec une distance de 21 km et la route goudronnée).

Notre fréquence est inférieure à celle de Coulibaly E.S avec 28,57% des femmes qui provenaient de Massigui. [24]

▪ **Profession :**

99,5% de nos patientes étaient des ménagères. Ce taux est supérieur à ceux trouvés par FALL [21] : 92,2% , MACALOU [20] : 92,8% et SAVADOGO.S [25] : 70,8%.

▪ **Statut matrimonial**

S'agissant du statut matrimonial, les femmes mariées viennent au premier rang avec 99,5% soit 428cas. Ce taux est égal à celui de CISSE B en 2013 à Markala. Mais supérieur à celui de Goita B en 2008 à Macina avec 96%. [22]

- **Profession des conjoints :**

Dans notre étude les conjoints des patientes évacuées étaient majoritairement des cultivateurs.

- **Niveau d'instruction de la patiente**

Les non instruites ont dominé dans notre échantillon avec 91,4 % ce taux est supérieur à ceux de Diarra B. [23] à Koulikoro avec 70% et de Dolo K. [18] à Mopti avec 87,05%.

Cela peut s'expliquer par le faible taux de scolarisation féminine dans le cercle. Cet état de fait peut jouer un rôle dans la non fréquentation des structures par certaines femmes et aussi le recours tardif au centre de santé.

- **parité**

Les multipares ont représenté 41,1% dans notre étude. Il est supérieur à ceux de CISSE B en 2013 à MARKALA (15,9%) ,de CAMARA [26] (9,2%).

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

les nullipares étaient les plus représentées chez Sidibé I. M. [17] avec 25,53% en 2006 à Bougouni et de GOITA B. [22] avec 34% dans l'échantillon de Macina. Ces résultats montrent le risque élevé des complications liées à la grossesse et à l'accouchement chez les nullipares.

- **Antécédent de césarienne**

Les utérus cicatriciels représentaient près de 8% dans notre étude ce taux est inférieur à ceux rapportés par Diarra M et de Touré A soit respectivement 20,82%, et 16,5% ([27,34]) ; mais supérieur à celui de Dolo K soit 6,23% [18].

### ▪ **Le suivi prénatal**

1 patiente sur 10 n'avait bénéficié d'aucune CPN soit 30,7% dans notre échantillon. Il se rapproche à celui CISSE B en 2013 à MARKALA avec 35,9% ; mais inférieur à ceux de Macalou B. [20](2002), Diarra M. [27](2008) soit respectivement 48,1%, et 55% .

Ce suivi s'il était fait, aurait permis de dépister les grossesses à risque avant toute situation d'urgence et d'entreprendre une référence. La non fréquentation des structures de santé au cours de la grossesse est un facteur influençant de façon négative sur le pronostic maternel et fœtal d'après Dolo K. [18].

### ▪ **Qualification de l'agent ayant effectué l'évacuation**

La moitié des patientes ont été évacuées sur décision des Matrones soit 50,2% ce taux est supérieur à ceux de Diarra D.S[15] en 2011 avec 47,9% au CSRéf de San et de Diarra B. [23] en 2007 avec 37% au CSRéf de Koulikoro ; Mais inférieur à celui Touré A. [34] en 2010 avec 64,8% de taux de référence/évacuation fait par les matrones. Nous constatons que les données ( sage femme 33,7 %, TS/TSS 10%, et médecin 6,1%) démontrent que le nombre d'agents exerçants dans le district sanitaire de Bla est loin d'être satisfaisant tout comme leur qualification.

### ▪ **Mode d'admission**

Toutes nos évacuations ont été effectuées par l'ambulance sur la base des grands principes du système de référence (la Solidarité , Equité, et Complementarité) et étaient assistées par un agent de santé qualifié durant leur parcours. Notre taux est supérieur à ceux de SALIHOU A. à Nianfouké[28], de Macalou à Kayes [20] , et de Diarra B [23] qui ont rapporté respectivement 66,25%, 40,6 %, 60 % .

### ▪ **Motifs d'évacuation**

Les motifs les plus fréquemment rencontrés sont:

- Hémorragie (PPH, HRP, HPPI, rupture) 14,2%
- Manque d'effort expulsif 11,6%
- Dystocies 7,2%
- Eclampsie 6,7%

Ces résultats diffèrent de ceux de MACALOU [20] à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes où les évacuations étaient motivées par :

- La dilatation stationnaire 16,9%
- La disproportion foëto-pelvienne 15,9%
- L'hémorragie du troisième trimestre 16,9%
- Le retard à l'expulsion 6,5%
- L'éclampsie 5,2%

### ▪ **Le diagnostic Retenu**

Le diagnostic n'était pas confirmé dans 76,3% des cas il est supérieur à ceux de Diarra D.S[15] , de Touré A. [34], de Diarra M. [27] et de Dolo K. [18] qui ont rapporté respectivement 56,8%, 64,8%, 37% et 22,78% de discordance. Ce résultat pourrait s'expliquer par la qualification de l'agent qui évacue.

Puisque l'application de la démarche des soins exige des contraintes notamment un niveau élevé de connaissance et de compétence par conséquent elle aurait un impact négatif sur la qualité et le rendement des soins.

### ▪ **La prise en charge au CSRéf**

La conduite tenue dépendait du diagnostic retenu, de l'état général de la mère et du fœtus. Le taux des interventions chirurgicales était de 39,1% dont 36,1% de césarienne, 2,1% de l'hystérorraphie, 0,7% d'hystérectomie, et 0,2% de salpingectomie.

L'accouchement s'est terminé par la voie basse dans 60,9% des cas.

CISSE B[9] en 2013 à Markala a trouvé 53% d'interventions chirurgicales dont 48,2% de césarienne, 3,7% de laparotomie pour rupture utérine et 1,2% de suture cervicale. L'accouchement s'est terminé par la voie basse dans 39,5% des cas.

SAVADOGO S. [25] a trouvé 50,6% comme taux de césarienne au CHU de Point G.

### ▪ **Délai d'évacuation**

Il se définit comme le temps écoulé entre l'heure d'appel du CSCom et l'heure d'arrivée de l'ambulance au CSRéf .

Le temps moyen d'évacuation était de 02 heures et 12 minutes avec un minimum de 20 minutes et un maximum 06 heures03minutes.

Pour SALIHOU.A à Nianfouké[28]

Il était de 4 heures et 27 minutes avec un minimum de 30 minutes et un maximum 8 heures.Ce temps est dû à l'inaccessibilité géographique de certaines zones, le mauvais état des pistes et la distance. Cette prolongation du temps de transport pourrait en partie expliquer la sévérité des complications notamment les morts nés.

### ▪ **Délai de prise de décision d'intervention**

La prise de décision était inférieure à 15 minutes dans 93,4% des patientes, mais supérieure à 15 minutes dans 6,6% des cas.

Ce retard pourrait s'expliquer par :

Le temps que le médecin de garde vient examiner et confirmer le diagnostic afin de poser l'indication ( car le médecin de garde n'est pas tout temps sur place)

### ▪ **Délai d'intervention**

Dès leur arrivée au CSRéf, 65,5% des patientes de notre étude ont été prises en charge en moins 30 minutes. Ce taux est supérieur à ceux de Macalou à Kayes [16] avec 28,98 % en 2001 à l'hôpital régional et de SALIHOU.A à Nianfouké[28] avec 30%.

34,5% des patientes ont été prises en charge 30 min après la prise de décision.

Ce retard pourrait s'expliquer par :

- la non disponibilité du bloc opératoire, car une autre intervention était en cours par le service de chirurgie ou une autre césarienne en cours.

Le bloc est partagé par la chirurgie et la maternité.

- La difficulté de mobilisation de l'équipe d'intervention chirurgicale (anesthésiste, aide de bloc et chirurgien),
- La non-disponibilité du sang en permanence.

### ▪ **Pronostic fœtal :**

65,8% des nouveau-nés n'ont pas été réanimés à la première minute.

Ce taux est supérieur à ceux de CISSE B en 2013 à Markala avec 58,2% des nouveau-nés et de MACALOU [20] (62.9%).

Mais inférieur à celui de KANE M. [29] au CSRéf de la commune VI (89%).

✓ La mortalité :

Dans notre série, nous avons enregistré 48 mort- nés soit 10,6%. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par CISSE B[9] en 2013 à Markala avec 23,9%, et de MACALOU [18] (31,4%).

Mais supérieur à celui de KANE M. [29] au CSRéf de la commune VI (9,4%).

Les causes de cette mortalité étaient essentiellement dues à : l'HRP (6,5%), la rupture utérine (5,8%), et la procidence du cordon (3,7%). Des facteurs tels que la mauvaise 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 CSRéf ont contribué à augmenter le taux de cette mortalité.

▪ **Pronostic maternel :**

L'étude des suites de couches nous a permis de recenser 45 cas de complications soit 10,5% contre 89,5% de suites simples. Notre résultat est comparable à celui de CISSE B[9] en 2013 à Markala qui a trouvé 37 cas de complications soit 15,1% contre 84,9% de suites simples. Aussi à celui de KEITA. A [30] ayant trouvé 15,3% de complications contre 84,7% de suites simples.

Les complications étaient :

- l'anémie dans 86,7% des cas,
- l'endométrite dans 8,9% des cas,
- la suppuration pariétale dans 4,4% des cas. Elles sont comparables à celui de CISSE B [9] en 2013 à Markala
- l'anémie dans 86,5% des cas,
- l'endométrite dans 5,4% des cas,
- la Suppuration pariétale dans 5,4% des cas.

Le taux de mortalité maternelle était de 0,7% dans notre étude il est supérieur à celui de CISSE B en 2013 à Markala qui était de 0,4%. Mais inférieur à ceux de SANOGO Y [33] au CSRéf de Koutiala(2,2) et de KEITA A [30] (1,4).

- **Hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours avec des extrêmes allant de 1 à 10 jours dans notre cas. Elle est inférieure à celle de SALIHOU.A à Nianfouké[28] qui avait trouvé une durée moyenne d'hospitalisation de 5 jours avec des extrêmes allant de 1 à 15 jours.

Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que la grande partie de nos patientes n'ont pas eu de complication après leur prise en charge.

- **le coût supplémentaire payé par les familles pour le transport des patientes en dehors de la caisse de solidarité.**

Plus de 2% des patientes ont payé leur transport du CSCCom au CSRéf cela pourrait s'expliquer par le fait que le paiement des acteurs de la caisse de solidarité n'était pas à jour d'une part dont 82% pour les ASACO et 17% pour les collectivités et d'autre part le fait que le nombre d'évacuations réalisées était supérieur à la prévision.

Par contre Goita B. 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% [22].



- **Difficultés rencontrées dans le cadre de l'évaluation du système de référence/évacuation**

Les problèmes rencontrés dans le cadre de la référence, que ce soit du village vers le CSCom ou du CSCom vers le CS Réf sont presque semblables. Le manque de moyens financier au moment d'évacuation apparaît comme le problème le plus fréquent. Cette situation s'expliquerait sans doute par les sources de revenus très limitées dans les villages. Pour résoudre ce problème financier, une alternative pourrait être mise en place au niveau de chaque village << Tinto Dèmèton >> alimentée par les cotisations des membres. Après le manque de moyens financiers, viennent en suite les difficultés liées à l'état des routes. S'agissant des difficultés rencontrées dans les CSCom et le CSRéf, il faut noter le recours tardif des parturientes aux CSCom, l'absence de téléphone dans les CSCom et l'irrégularité de paiement des cotisations par les ASACO, et les collectivités.

Les difficultés de recouvrement des cotisations au niveau des ASACO et des mairies s'expliquent par l'insuffisance de l'implication de la communauté dans la résolution du problème de référence d'une part, le faible niveau d'alphabétisation des membres de l'ASACO d'autre part, qui limite la qualité de la gestion du système et le transfert de pouvoir aux collectivités territoriales par l'Etat dans le cadre de la décentralisation.

En effet, pour améliorer le système de référence/ évacuation, il faudrait la contribution de tous les acteurs impliqués dans le système de référence, à savoir : le personnel de santé, les ASACO, les collectivités et la population. Dans tous les cas, il faut une sensibilisation adéquate de la population sur le système de référence.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## VI- CONCLUSION :

Les évacuations constituent un problème de santé publique dans le district sanitaire de Bla.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées : le délai d'évacuation, la mauvaise qualité du suivi de la grossesse, délai de prise en charge, le non paiement des quotes parts dans le cercle, la mobilisation des cotisations des collectivités et la mauvaise qualité des personnels dans les centres qui évacuent .

La tranche d'âge de 25-29 ans était la plus représentée.

Les motifs d'évacuations les plus fréquemment rencontrés étaient : Hémorragies (14,2%), Manque d'effort(11,6%), dystocie mécanique (7,2%), Eclampsie (6,7%), utérus cicatriciel (5,3%), Souffrance fœtale aiguë(3,4%), et Hématome retro-placentaire(3,2%).

La césarienne était l'intervention la plus réalisée avec 92,3%.

Le taux de décès maternel était de 0,7%, s'agissant d'une hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre dans tous cas : 2 cas de rupture utérine et 1 cas HRP.

La mise en place du système de référence/évacuation associé à la gratuité de la césarienne ont permis de diminuer le taux de décès maternel et fœtal.

Cependant des difficultés persistent, nécessitant les recommandations suivantes.

## VII- RECOMMANDATIONS

Pour améliorer le système de référence /évacuation nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités socio-sanitaires:

- construire un bloc de césarienne
- Installer un petit laboratoire au niveau de chaque CSCOM pour groupage rhésus des femmes vues en CPN ;
- Rendre disponible le sang en permanence par création d'une banque de sang au CSRéf ;
- Recruter d'avantage les personnels et assurer la formation continue du personnel existant.

Aux personnels de santé

- Assurer une CPN de qualité tout en insistant sur le plan d'accouchement ;
- Surveiller le travail d'accouchement de façon correcte et systématique
- Sensibiliser la population sur l'importance de la surveillance de la grossesse dans les centres de santé ;
- Sensibiliser la population sur les avantages des méthodes modernes de Planification Familiale;
- Améliorer l'organisation du système de référence/évacuation de la référence/ évacuation.

A la population

- Suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- Exhorter la population à s'impliquer d'avantage dans le système de référence/évacuation par le paiement des cotisations des ASACO des collectivités (quotte parts).
- La mise en place d'un comité de suivi ;
- La mise en place d'un assemblée générale.

**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

### **1- KANE T T.**

Maternal mortality in GIZA, Egypt: magnitude causes and prevention. Studies in family planning, 1988 soins

### **2-Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées.**

Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population, 1990

### **3-MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES : DSFC.**

Cadre conceptuel du système de référence au Mali. Atelier national d'harmonisation des systèmes de référence et contre-référence, an 2000 et juillet 2005

### **4-EDS IV. Mali.**

Enquête Démographique et de Santé.

Mali ; 2006.

### **5-Référence/évacuation du cercle de Bla. Mali**

Cadre conceptuel 2006 Bla.

### **6-Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées:**

#### **Cellule de planification et de statistique**

Enquête démographique de santé du Mali, 1995-996(EDSII).

### **7-EDS M III.2001.**

La mortalité maternelle en Afrique (2001).

### **8-Ministère de la santé.**

Programme de développement socio sanitaire II (PRODESS II) 2005-2009.

<< Composante santé >> Décembre 2004.

### **9-Cisse.B**

Evaluation du système de référence /évacuation des urgences obstétricales au CSRéf de Markala.

Thèse de médecine Bamako 2013 N°190

### **10-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.

### **11- Delecour M.**

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves. Entretiens de Bichat-chirurgie et spécialités, 1980 : 177-179.

### **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-DEMBELE R, DIABATE L, HACHEMI M, SIDIBE D H, BASA, SHESOKO E.**

Evaluation du fonctionnement du système de référence/ évacuation dans le cercle de Bla, d'avril 1996 à décembre 1998.

### **14-Merger R.**

Précis obstétrique 6ème Edition P: 241.

### **15- Diarra D S.**

Evaluation du système de référence à la maternité du centre de santé de San : à propos de 380 cas

Thèse Médecine., Bamako.2011; N°296

**16-Diallo LM.**

Evaluation du système de référence évacuation ducercle de Baroueli de 2005 à 2010.

Thèse De Médecine Bamako 2012 ; N°183

**17- Sidibé I M.**

Les évacuations sanitaires obstétricales au CSRéf de Bougouni étude prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas.

Thèse de médecine Bamako 2006; N°312.

**18-Dolo K.**

Évaluation du système de la référence/évacuation à l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti Thèse méd. Bamako 2008; N°238

**19-Maïga I B.**

Le pronostic materno-foetal des évacuations sanitaires obstétricales reçues au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Thèse de médecine Bamako 2019; N°06

**20-Macalou B.**

Les évacuations sanitaires en obstétrique. A l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse méd. 2002, N° 142.

**21-Fall G .**

Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence d'Afrique sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996. Thèse Médecine, Dakar, 1996.

**22-Goita B.**

Evaluation du système de référence/évacuation du district sanitaire de Macina.

Thèse de Médecine Bamako 2008; N°476



### **23-Diarra B.**

Evaluation du Système de Référence/Evacuation au Centre de Santé de Référence de Koulikoro de juillet 2005 à juin 2006.

Thèse de médecine, Bamako 2007,P 67 ; N°153.

### **24- Coulibaly E S.**

Evaluation du système de référence/évacuation du district sanitaire de DIOILA de Janvier 2003 à Décembre 2006

Thèse Médecine, Bamako.2006. N°560

### **25-Savadogo S.**

Les urgences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point G.

Thèse médecine. Bamako, 2012, N°133

### **26-Camara S.**

Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique : bilan de 2 années.

Thèse Médecine. Bamako, 2000, N° 714.

### **27-Diarra M.**

Evacuations obstétricales au service de gynéco-obstétrique du point G

These Médecine Bamako 2008 ;108p.N°131

### **28-Salihou A.**

Evaluation du systeme de référence évacuation desurgences obstétricales au centrede sante de référencede Niafunké

These De Medecine Bamako 2009; N°468

### **29-Kane M.**

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation et contre référence au CSRéf de la commune VI.

Thèse Médecine. Bamako, 2009, N° 349

### **30-Kéita A.**

Les évacuations obstétricales à l'hôpital de Sikasso.

Thèse médecine, Bamako, 2010, N° 453.

**31-Dakouo G.**

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle (1979-1988).

Thèse Médecine. Bamako, 1990, N° 40.

**32- NIANGALY B.**

Indication obstetricale majeure absolue

These de Médecine Bamako 2018

**33-Sanogo Y.**

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au CSRéf de Koutiala.

Thèse Médecine. Bamako, 2012, N° 62

**34-Toure A.**

Etude des urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation au centre de santé de référence de Kolokani à propos de 145.

Thèse Médecine 2010 ; N°307

**35-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 Médecine 2010 ; N°277

# **ANNEXES**

**FICHE DE REFERENCE/EVACUTION/DS/Bla**

CSCOM de.....

Prénoms et nom delapatiente.....Age.....ans

Résidence .....Sexe : F/M

Motif de référence/évacuation.....

.....

Heure d'admission au CSCOM.....Heure de prise de décision d'évacuation

Heure d'appel ambulanceHeure.....d'arrivée d'ambulance au  
CSCOM.....

Traitement reçu avant le transfert.....

.....

Heure de départ de l'ambulance au CSCOM.....

Date :

Noms et qualification du personnel responsable.....

Signature

N°de téléphone

## Fiche d'enquete

### I. Identification de la patiente

1) Nom ..... Prénom .....  
Age ..... Résidence.....

2) Profession de la patiente /\_ /

1= ménagère ;2=fonctionnaire ;3=Autre à préciser .....

3) Situation matrimoniale /\_\_\_\_/

1=marié ;2=célibataire ;3=veuve ;4=divorcée

4) Profession du conjoint /\_\_\_\_/

1=cultivateur ; 2=éleveur ; 3=pêcheur ; 4=autre à préciser.....

5) Niveau d'instruction /\_\_\_\_/

1=aucun ; 2=étude coranique ; 3=primaire ; 4=secondaire /supérieur

### II. ATCD

6) Gestité /\_\_\_/ parité /\_\_\_/

7) ATCD de césarienne /\_\_\_\_/

1=aucun ; 2=uni-cicatriciel ; 3=multi-cicatriciel

8) ATCD de myomectomie /\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

9) ATCD de cure prolapsus ou FVV /\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

10) ATCD de mort-né du dernier accouchement/\_\_\_/ 1=oui 2=non

### III. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

11) Nombre de CPN /\_\_\_\_/

12) Groupage rhésus fait /\_\_\_/ 1=oui 2=non

13) Autre examen réalisé /\_\_\_/ 1=oui 2=oui

14) Auteurs des CPN /\_\_\_\_/ 1=matrone ; 2=IO/Sage-femme ;  
3=autre à préciser .....

15) Complication au cours de la grossesse /\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

16) Décision de référence pendant la grossesse /\_\_\_/ 1=oui 2=non

### IV. TRANSFERT DE LA PATIENTE

17) Mode de transfert /\_\_\_/ 1=évacuée 2=réfé

18) Moyen de transport /\_\_\_\_/ 1=ambulance ; 2=autre à préciser

19) Heure d'admission au CSCom .....

20) Heure de prise de décision d'évacuation .....

21) Heure d'appel du CSRéf .....

22) Moyen d'appel /\_\_\_\_/ 1=téléphone 2=rac

- 23) Heure de départ de l'ambulance au CSRéf.....
- 24) Heure d'arrivé de l'ambulance au CSCCom .....
- 25) Heure de départ du CSCCom.....
- 26) Heure d'arrivé de l'ambulance au CSRéf.....
- V. 27) DIAGNOSTIC DE TRANSFERT /\_\_\_\_\_/

1=hémorragie 2=dystocie ; 3=pré/Ru ; 4=HRP ; 5=PP ; 6=GEU ;  
 7=éclampsie ;8=HTA ;9=utérus cicatriciel ; 10=SFA ; 11=HUexcessif ;  
 12=diagnostic non précisé ;13=procidence du cordon ;14=manque d'effort ;  
 45=presentation vicieuse.

#### VI. ADMISSION

- 27) Heure d'admission .....
- 28) Heure du début de l'examen à l'admission.....
- 29) L'auteur de la prise en charge à l'admission /\_\_\_\_\_/

1=médecin/Int ; 2=sage-femme ;3=IO ; 4=matrône ou autre stagiaire

#### VII. DIAGNOSTIC A L'ADMISSION

- 30) Diagnostic du CSCCom confirmé /\_\_\_\_/ 1=oui 2=non
- 31) Diagnostic positif /\_\_\_\_/

1=HPP ; 2=dystociemécanique ;3=pré/Ru ;4=HRP ;5=PPH ;6=GEU ;  
 7=éclampsie ;8=pré-éclampsie ;9=utérus  
 cicatriciel ;10=SFA ;11=procidence du cordon  
 battant ;12=gemellaire ;13=siège ;14=triplet ; 15=effort expulsif  
 insuffisant ;16=travail normal ; 17= retension placentaire

- 32) Indication de l'intervention chirurgicale /\_\_\_\_/ 1=oui 2=non
- 33) Heure de prise de décision d'intervention .....
- 34) Type d'intervention/\_\_\_\_/1=césarienne ; 2=hystérorraphie ;  
 3=hystérectomie 4=salpingectomie 5=autre à préciser .....
- 35) Heure d'admission au bloc .....
- 36) Début d'intervention.....
- 37) Fin d'intervention.....

#### VIII. DELAIS

- 38) Délais de la décision d'intervention.....mm (décision-  
 admission)
- 39) Délais d'intervention .....mm (début d'intervention-décision)

- 40) Durée d'intervention .....mm (fin – début)  
 41) Durée d'évacuation.....h (fin d'inter-heure d'appel du CSCCom)

IX. PRONOSTIC MATERNO-FETAL

Pronostic maternel

- 42) Suite opératoires /\_\_\_/ 1=simple 2=complicé  
 43) Type de complication /\_\_\_/ 1=hémorragie ; 2=anémie ;  
 3=infection ; 4=thrombo-embolie  
 44) Décédé /\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui la cause du décès .....

Pronostic fœtal

- 45) Etat du nouveau-né à la naissance /\_\_\_/ 1=non réanimé ;  
 2=réanimé ; 3=mort-né frais ; 4=mort-né macéré

X. HOSPITALISATION

- 46) Durée d'hospitalisation.....

XI. COÛT SUPPLEMENTAIRE

- 47) Coût supplémentaire payé par la famille pour le transport de la  
 patiente /\_\_\_/ 1=oui ; 2=non

Si oui le montant .....FCFA

- 48) Coût supplémentaire payé pour la césarienne /\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui quel est le montant.....FCFA

- 49) Coût supplémentaire payé pour l'hospitalisation /\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui quel est le montant .....FCFA

XII. SATISFACTION

- 50) Malade satisfait /\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si non pourquoi .....

Quelle suggestion d'amélioration.....

- 51) Satisfaction de l'accompagnante principale /\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si non pourquoi .....

Quelle suggestion d'amélioration.....

## FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY Prénom : AROUNA

Titre de la thèse : « Evaluation du système de référence /évaluation dans le district sanitaire de Bla »

Année scolaire : 2019-2020 Ville de soutenance : Bamako Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS, BP : 1805 BAMAKO (Mali)

Secteur d'intérêt : GYNÉCOLOGIE / OBSTÉTRIQUE

Résumé : Les évacuations constituent un problème de santé publique dans le district sanitaire de Bla, les évacuées ont représenté 42,36% des parturientes du 1er janvier au 31 décembre 2018.

Ces évacuées étaient âgées en majorités de 25 à 29 ans soit 26,3%.

La césarienne était l'intervention la plus réalisée avec 92,3%.

Le taux de mortinatalité était de 10,6%.

Le taux de décès maternel était de 0,7%, s'agissant d'une hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre dans tous cas : 2 cas de rupture utérine et 1 cas hématome retro-placentaire.

La mise en place du système de référence plus la gratuité de la césarienne ont permis de :

- Diminuer le coût de la prise en charge des évacuées ;
- Améliorer le mode d'évacuation ;
- Réduire le retard de la prise en charge des évacuées et la prise en charge ;
- Diminuer le taux de décès maternel et fœtal ;

Les mots : Evaluation ; système ; référence/évacuation.



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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!

