

Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE

Année universitaire 2007- 2008

Thèse N°...../M

TITRE

Evaluation du système de
référence/évacuation au centre de santé
de référence du cercle de Macina

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2008
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
Par

Mr. Bougou GOITA

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : *Professeur Mamadou Souncalo TRAORE*

Membre: *Docteur Sangaré Madina BAH*

Co-directeur : *Docteur Cheick Amadou T TRAORE*

Directeur : *Professeur Abdel Kader TRAORE*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008****ADMINISTRATION**DOYEN: **Anatole TOUNKARA** - Professeur1^{er} ASSESSEUR: **Drissa DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES2^{ème} ASSESSEUR: **Sékou SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCESSECRETAIRE PRINCIPAL: **Yénimégue Albert DEMBELE** - ProfesseurAGENT COMPTABLE: **Mme COULIBALY Fatoumata TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie - Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. Keita	Pédiatrie
Mr Siné Bayo	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya Simaga	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE▪ **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES****1. PROFESSEURS**

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie

Mr Abdoulaye DIALLO
 Mr Tieman COULIBALY
 Mme TRAORE J. THOMAS
 Mr Mamadou L. DIOMBANA
 Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
 Mr Nouhoum ONGOÏBA
 Mr Sadio YENA
 Mr Youssouf COULIBALY

Anesthésie-Réanimation
 Orthopédie-Traumatologie
 Ophtalmologie
 Stomatologie
 Gynéco-Obstétrique
 Anatomie & Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
 Mr Samba Karim TIMBO
 Mme TOGOLA Fanta KONIPO
 Mr Zimogo Zié SANOGO
 Mme Djenèba Doumbia
 Mr Zanafon OUATTARA
 Mr Adama SANGARE
 Mr Sanoussi BAMANI
 Mr Doulaye SACKO
 Mr Ibrahim ALWATA
 Mr Lamine TRAORE
 Mr Mady MAKALOU
 Mr Aly TEMBELY
 Mr Niani MOUNKORO
 Mr Tiémoko D. COULIBALY
 Mr Souleymane TOGORA
 Mr Mohamed KEITA
 Mr Bouraïma MAIGA
 Mr Youssouf SOW
 Mr Djibo Mahamane DIANGO
 Mr Moustapha TOURE

Gynéco-Obstétrique
 ORL
 ORL
 Chirurgie Générale
 Anesthésie / Réanimation
 Urologie
 Orthopédie- Traumatologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie - Traumatologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie/ Traumatologie
 Urologie
 Gynécologie/ Obstétrique
 Odontologie
 Odontologie
 ORL
 Gynéco- Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie - Réanimation
 Gynécologie

▪ D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

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

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
 Mr Flabou BOUGOUDOOGO
 Mr Amagana DOLO
 Mr Mahamadou CISSE
 Mr Sékou F. M. TRAORE
 Mr Abdoulaye DABO
 Mr Ibrahim I. MAÏGA

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

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A THERA	Parasitologie - Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie- Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie- Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie- Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie
Mr Mamadou Ba	Biologie, Parasitologie Entomologie médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

▪ D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SiDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Bénédict Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation

• D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique, Chef de D.E.R
--------------------	--------------------------------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
------------------	----------------

Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Soun calo TRAORE	Santé Publique
Mr Hamadoun Aly	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

▪ ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A **DIEU**, l'Unique, l'Absolu, ...

A mon père, feu **Noumou GOITA**, ex soldat de l'armée malienne tombé sous le drapeau, arraché tôt à notre grande affection en août 1994. Cette œuvre n'est qu'un fruit de l'arbre que tu as planté. Dors en paix papa !

A ma très chère mère, **Séré DEMBELE**

Je remercie le bon DIEU, pour m'avoir donné la chance, pour que tu sois à mes côtés. Puisse DIEU prolonger ta vie, pour bien récolter les fruits de tes efforts.

A ma très chère épouse, **Fatimata BALLO** et nos beaux enfants **Siré GOITA** et **Mohamed GOITA**. << La patience a toujours raison >> ; Puisse ce travail être d'avantage un facteur de renforcement d'union entre nous. Je vous adore ...
Que DIEU bénisse notre famille !

A mon collègue, ami, frère **Mamadou DIALLO**

Mon compagnon de tous les temps, tu mérites aujourd'hui d'être réellement Docteur en médecine, ce travail est le tien. Merci de m'avoir supporté pendant cette longue période ; Puisse DIEU Accorder tous nos vœux !

Aux parents et amis décédés, en priant pour le repos de leurs âmes.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très sincèrement :

La famille DIALLO, ma maman chérie Balkissa Cissé, mon ami Mamadou Diallo, ma femme Diallo Fatoumata Traoré ; L'attention que vous m'avez accordé, votre humanisme, resteront pour moi plus qu'un exemple, un idéal. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

La famille DIAKITE à Macina.

La famille Diarra à Fana, mon ami Cheick Sallah Diarra

La famille Traoré à Bamako faladié

Mon oncle Kaffa Dembélé et toute sa famille, mon cousin Abdoulaye Dembélé

Mon beau père Woya Coulibaly et toute sa famille à Fana

Mon beau père Dougoufana Ballo et toute sa famille à Kati

Mon ami Alhassane Diallo et toute sa famille à Kati

Notre grand frère chéri Mohamed Maïga ; notre cher ami Fousseyni Kouma ; mon ami Issiaka Z Doumbia

Tout le personnel du CSRef de macina : Dr Traoré Cheick AT, Dr Kanté Moussa, Dr Diakité Safouna, Alhousseini D Maiga, Mohamed Tahar Coulibaly, Mamoutou Traoré, Djibril Samaké, Ballan Diakité, Diakité Sanata Diallo, Aichata Cissé, Diallo Fatoumata Traoré, Fatoumata Daou, Aminata Koné, Kadiatou Diabenta, Tayé Kalapo, Soumaila Dolo, Mamoutou Tounkara, Djeri Kanté, Hamidou Diarrassouba, Bintou Diarra, Sacko Daouda, Mohamed Thiéro, Keffa Tangara, Oumou Koita, Kadi Guindo, Konimba Diarra, Amadi Camara, Ousmane Ballo, Korotoumou Bouaré, Samba Dolo, Kadiata Dienta, etc.

Tous les internes du CSRef de Macina : Notre aîné Dr. Simpara Ami, Mamadou Diallo, Clément Drabo, Konimba Coulibaly, Mamadou H Coulibaly

Tous mes collègues, particulièrement : Dr. Coulibaly Demba, Dr. Sidibé Seriba dit Wass, Dr. Diarra Ibrim, Dr. Touré Mamadou, Dr. Diallo Amadou Paté, Dr. Diarra Dramane, Dr. Traoré Moussa dit Générale, Siradjou Keita, Madou T, Peter Ibrahim Dembélé, Papa René Diarra, Zoumana Koumaré, Mandjou Sacko, Souleymane Dembélé, Mohamed I Baby, Ousmane Diarra, Moussa S Diakité, Oumar Dia, Rebeca Goïta, Mariam B Cissé, Sory Albert Traoré , ...

Tous mes camarades de la FMPOS, en occurrence ceux de l'internat pour les bons moments passés ensemble.

Tout le personnel enseignant de la FMPOS

Tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS

HOMMAGE aux membres du Jury

A notre maître et président du jury : **Pr. Mamadou Souncalo TRAORE**

- Médecin épidémiologiste ;
- Maître de conférences en santé publique à la FMPOS ;
- Diplômé de l'Université de Londres ;
- Chef de Département santé communautaire à l'INRSP de 1996-1999 ;
- Expert britannique détaché auprès de la commission européenne pour la recherche en santé de 1999 à 2002 ;
- Directeur de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux (ANEH) de 2003 à 2004 ;
- Directeur National de la Santé du Mali 2004- 2006 ;
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.

Honorable MAITRE

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous avez fait en acceptant de présider ce jury.

Nous restons impressionnés par votre calme et la gentillesse qui vous animent.

Votre humilité et vos grandes qualités humaines font de vous un maître, un médecin et une personne exceptionnelle.

Merci pour ce que vous êtes et veuillez recevoir notre sincère remerciement.

A notre maître et juge : **Dr Sangaré Madina Bah**

- Docteur en médecine
- Médecine de santé publique
- Conseiller en santé de la reproduction, planning familial au programme santé de l'USAID

Nous sommes émerveillés par votre simplicité et votre sens élevé du travail bien fait. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de prendre part à ce jury malgré vos multiples occupations.

Ceci est un éloquent témoignage de votre qualité exceptionnelle de femme respectueuse et respectable et engagée pour la cause humaine d'une part et d'autre part une essence rationnelle du choix porté sur votre personne.

Chère maman, recevez ici toute la gratitude du peuple malien pour tous les efforts déployés par vous et votre organisme, l' USAID , en terme de couverture qualitative en santé publique au Mali.

Nous vous en sommes très reconnaissants.

A notre Maître et Co-directeur : **Dr Cheick A. T. TRAORE**

Docteur en Médecine

Médecin chef du centre de santé de référence de Macina

Diplômé inert-universitaire (DIU) << Organisation et management des systèmes publics de prévention vaccinale des pays en développement>>

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet.

Vous êtes toujours restés disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et votre savoir-faire.

J'ai pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

Puisse, le Seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

Veillez trouvez ici, cher maître, l'expression de ma grande sympathie et de mon profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse : **Pr. Abdel KADER TARORE**

- **Professeur agrégé en médecine interne**
- **Spécialiste en Communication Scientifique médicale**
- **Directeur du Centre national d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)**
- **Président de Togunet**

Cher Maître

Nous vous savons gré de l'insigne honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail.

Vos qualités pédagogiques, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admiré.

La sympathie, la clairvoyance et la grande humilité dont vous faites preuve, font de vous une personne remarquable.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude, de l'admiration et de l'attachement que nous avons à votre égard.

En ce jour nos vœux les plus chers est que notre maître soit fier de l'élève.

Liste des abréviations

Acc	Accouchement
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASDAP Population	Association pour le Développement des Activités de la
ASSAFE	Association de Soutien et Aide à la Femme dans le Sahel
Césa	Césarienne
CSC	Centre de Santé de Cercle
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
D	Décès
DCD	Décédé
DFP	Disproportion foetopelvienne
DRC	Dépôt répartiteur du cercle
HTA	Hypertension artérielle
IDA	Institut d'Aide au Développement
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
OCCGE Endémies	Organisation de Coordination et de coopération contre les Grandes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PADI	Programme d'aide pour le développement intégré
PDR	Programme de diversification des revenus en zone non cotonnière
PDSC	Plan de Développement Sanitaire de Cercle
PEV	Programme élargi de vaccination
PO	Plan opérationnel
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
RAC	Réseau aérien de communication
SFA	Souffrance fœtale aigue
TS	Technicien de santé
TSS	Technicien supérieur de santé
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des états unis pour le développement
V	Vivant

- N.B. : - La gestité : c'est le nombre de grossesses d'une femme.
- La parité : c'est le nombre d'accouchements d'une femme.

Sommaire

Introduction	1
Objectifs	7
. Objectif général	8
. Objectifs spécifiques	8
1-Généralites	9
1.1. Aperçu historique	10
1.2. Données générales	10
1.3. Démographie	14
1.4. Activités socioculturelles	14
1.5. Voies et moyens de communications	15
1.6. Activités socioéconomiques	16
1.7. Les partenaires au développement	21
1.8. Présentation du CSRef	22
2-Méthodologie	24
2.1. Période d'étude	25
2.2. Type d'étude	25
2.3. Echantillonnage	25
2.4. Critères d'inclusion	25
2.5. Critères de non inclusion	25
2.6. Techniques et instruments de collecte des données	25
2.7. Procédures de traitement et analyse des données	26
3-Résultats	27
4-Commentaires et discussions	39
4.1. Données sociodémographiques	40
4.2. Antécédents	41
4.3. Diagnostic	42
4.4. Traitement et résultat	42
4.5. Données logistiques	43
4.6. Données économiques et réglementaire	43
5-Conclusion et recommandations	45
5.1. Conclusion	46
5.2. Recommandations	48
6-Références bibliographiques	49
7- Annexes	55

INTRODUCTION

L'accès aux soins en général et aux soins d'urgence en particulier reste une préoccupation majeure des pays en développement. C'est le cas du Mali pays continental situé au cœur de l'Afrique occidentale.

La déclaration de politique sectorielle de santé et de population du Mali retient parmi ces 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 deux échelons complémentaires :

- Le 1^{er} échelon représenté par les centres de santé communautaires offrant le paquet minimum d'activités et géré par les ASACO, composé des délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien défini ;
- Le 2^e échelon, le centre de santé de cercle ou l'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.

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 cercle. 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 global 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. (19).

En effets, 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 plu grand.

Il meurt moins d' 1% des mères 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 100000 naissances vivantes. En Afrique ou dans certains pays d'Asie, ce taux peut être jusqu'à 100 à 300 fois supérieurs. 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 age de procréer. Selon les estimations publiées par l'OMS et l'UNICEF en 1996, 20% des décès maternels suite à ces complications dans le monde (585000) se produisent en Afrique. (19).

Au Mali, le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé. Selon les résultats l'E D S III, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale est de 57 pour 1000. Ces taux de mortalité maternelle et néonatale sont supérieurs à la moyenne africaine qui est de 570 pour 100000 naissances vivantes.

Cette situation est essentiellement due à :

- L'absence ou l'insuffisance dans l'organisation du système de référence évacuation ;
- La mauvaise organisation des services ;
- L'insuffisance et la répartition inadéquate du personnel, ainsi que son instabilité surtout dans les zones difficiles (régions du nord) ;
- Le manque de matériels et d'équipements (forceps, ventouses, réactifs de laboratoire, unité de transfusion sanguine, stock de sang, etc.) au niveau des établissements de santé ;

- La sous utilisation des services par les femmes ;
- Le problème lié au 3 retards (prise de décision, transport et offre de services) ;
- L'insuffisance de l'accessibilité géographique et financière ; (22).

Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le Mali a mis en œuvre un programme de périnatalité en 1994 avec un volet organisationnel de la Référence/évacuation. Le système de référence évacuation pour urgences obstétricales a vu le jour à travers ce programme de périnatalité. Il est en cours d'implantation et n'est pas 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.

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

- La non régularité du paiement des cotisations ;
- La non prise en compte dans le partage de coûts des frais de transport du niveau village au CSCCom ;
- 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 CSCCom) ;

De plus, depuis l'élaboration du premier cadre conceptuel de référence évacuation, 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 ;
- Les objectifs de :
 - . La vision 2010 qui visent la réduction de la mortalité maternelle et néonatale de 50% d'ici 2010 ;
 - . Millénaire qui visent la réduction de la mortalité maternelle de 75% et de la mortalité infanto juvénile de 2/3 d'ici 2015. (19.

Par ailleurs, la prise en charge gratuite de la césarienne dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de référence des districts sanitaires, des communes du District de Bamako et les établissements du service de santé des armées a été décidé le 23 juin 2005 par le gouvernement du Mali. La lettre circulaire n°1003 MS/SG du 27 juin 2005 explicite les modalités de mise en œuvre. Elle a été suivie du décret N°05-350/P-RM du 04 août 2005 relatif à la prise en charge de la gratuité de la césarienne pris en conseil de ministre.

Cette initiative s'insère sur l'amélioration de l'accessibilité de la césarienne aux groupes cibles vulnérables que sont les femmes en grossesse. Cette cible au Mali paye un lourd tribut en faveur des difficultés d'accouchement.

En vue de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale le gouvernement du Mali renforce ainsi les stratégies déjà en cours à savoir :

- L'organisation du système de référence/évacuation pour permettre la prise en charge des urgences obstétricales ;

- L'approche des besoins obstétricaux non couverts ;
- Le programme de soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;

Malgré la mise en œuvre de ces stratégies par des efforts louables, les différentes évaluations ont révélé des difficultés parmi lesquelles :

- le recours tardif des parturientes aux structures de soins entraînant un taux élevé de morts nés ;
- le retard mis dans l'obtention de soins adéquats au niveau des structures
- l'insuffisance et l'instabilité du personnel qualifié ;
- l'inadéquation et la vétusté des moyens logistiques des centre de santé de référence (CSRef) ;
- la non prise en compte de l'implication des accoucheuses traditionnelles (ATR) dans le système de Référence/évacuation ;

Dans la région de Ségou, la référence/ évacuation avec comme porte d'entrée le programme de périnatalité a démarré en 1996 dans le cercle de Bla.

De nombreuses études menées à travers le pays ont porté sur les centres de santé communautaire, les centres de santé de cercle. Notre travail a l'avantage d'évaluer le système de référence évacuation au centre de santé de référence du cercle de Macina.

Le système de santé à Macina à l'instar du Mali comprend 2 niveaux de soins :

Un premier niveau de soins qui constitue l'interface entre les populations des aires prises en charge et représenté par les centres de santé communautaire (CSCoM).

Un deuxième niveau de soins est constitué par le centre de santé de référence, niveau de référence pour les CSCoM.

Le centre de santé de référence de Macina est dirigé par un Médecin chef assisté par deux adjoints. Les décisions importantes sont prises au cours des staffs ou des réunions de l'équipe cadre. Chaque médecin est responsable d'un programme de santé et d'une unité de prestation. Les unités sont dirigées par un

chef d'unité (médecine, chirurgie, maternité et le laboratoire) qui rend compte au médecin chef.

Les consultations curatives sont faites par les médecins et les infirmiers. Les références sont faites aux médecins au cas où les compétences des infirmiers sont dépassées. Au niveau de la médecine et de la maternité, la permanence est assurée par une équipe de garde. Le RAC à la maternité fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre pour la prise en charge des évacuations des 14 CSCom fonctionnels. Une ambulance assure les références/évacuations au niveau des centres de santé périphériques. Puisque que le cercle est divisé en deux par le fleuve Niger, une TOYOTA 4X4 est en permanence stationnée sur l'autre berge afin d'assurer en plus des références/ évacuations, les autres activités du service (supervision, monitoring/micro planification, ravitaillement vaccins et médicaments essentiels etc).

La mise en œuvre du système de référence/ évacuation dans le district sanitaire de Macina a commencé en 2003, mais a connu un recul.

Eu regard au faible recouvrement des quottes part, les activités proprement dites ont commencé à partir de juin 2005.

La décentralisation avec l'implication de nouveaux acteurs (collectivités) dans le partage des coûts, le contexte de gratuité de la césarienne, la réorganisation du système et la révision du cadre conceptuel de la référence/évacuation, sont autant de facteurs qui nous a pousser à réaliser cette étude. Elle contribuera non seulement à l'amélioration de l'organisation de la référence/évacuation à Macina, mais aussi à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali et singulièrement dans le district sanitaire de Macina.

OBJECTIFS

Objectif général

Contribuer à l'organisation de la référence/évacuation et à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale dans le district sanitaire de Macina.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la référence évacuation au CSRef de Macina ;
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des parturientes dans cadre du système référence/ évacuation au CSRef de Macina ;
- Identifier les différents motifs de référence/évacuation ;
- Déterminer les moyens de transport utilisés au cours de la référence/évacuation ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal ;
- Estimer le quote part des différentes mairies et Asaco ;

GENERALITES

1- GENERALITES

1.1. APERÇU HISTORIQUE

Officiellement le cercle de Macina a été créé en 1924. Après l'indépendance et la réorganisation du territoire, les cercles de Niono et de Ténenkou furent retranchés pour lui donner ses limites actuelles.

Le peuplement du nouveau cercle s'est fait, d'abord par Monimpébougou au nord, Saye et Sarro au sud. Ensuite un contingent très important d'habitants de sokolo en quête des terres de culture fut transféré à ké-macina. Cette tranche de Sokolo s'est profondément enracinée et a assuré la chefferie du village jusqu'aux années 1985-1986. De 1924 à nos jours 44 commandants de cercle se sont succédés dont le premier fut LACASCADE.

C'est à partir de 1960 que les nationaux ont pris le commandement et le premier fut Tombouctou COULIBALY.

1.2. DONNEES GENERALES

1.2.1- Superficie :

Le cercle de Macina est situé à 150 km dans le septentrion Est de la 4^{ème} Région administrative de la République du Mali. Il a une superficie de 11.750 Km².

1.2.2 – Limites :

Il est limité :

A l'Est par les cercles de Djenné et Ténenkou

A l'Ouest par le cercle de Ségou

Au Nord par le cercle de Niono

Au Sud par le cercle de San

1.2.3- Carte Sanitaire :

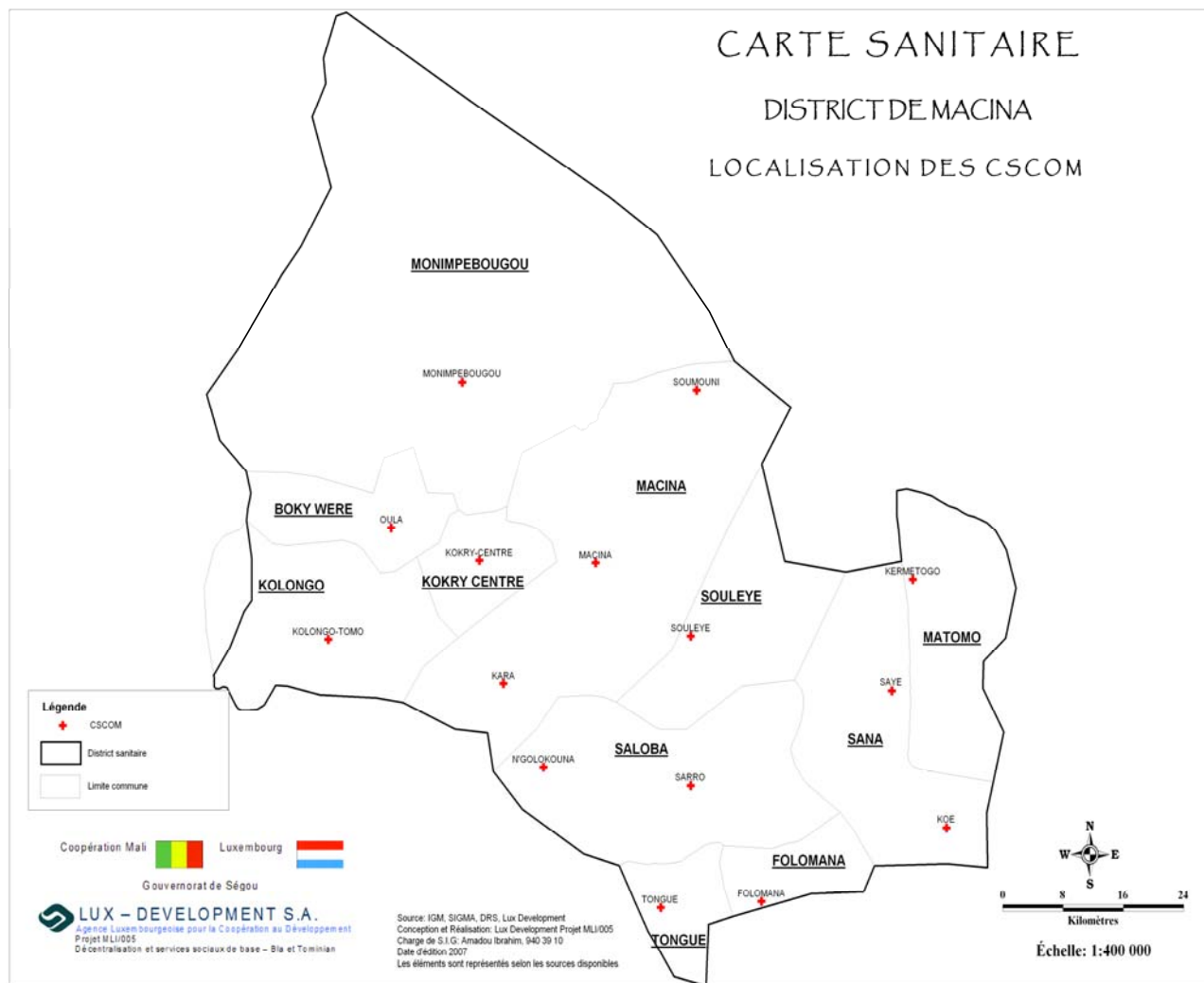


Figure 1 : Carte du Cercle de Macina selon le découpage communal :

Source : CSRef Macina (Lux développement)

1.2.4 - Relief et Hydrographie

Le relief est plat avec des plaines alluvionnaires propices à la culture du riz. La végétation est composée de rôniers et de caïlcédras.

Macina est situé dans le delta central du Niger à califourchon sur les deux rives. La circonscription se trouve divisée en deux zones géographiquement bien distinctes. Une zone inondée faite de périmètres irrigués avec la présence d'eau pendant toute l'année

Une zone exondée avec d'innombrables marres et "fala" qui sont remplis en période de crue.

Cette situation hydrographique constitue la plus grande contrainte pendant laquelle l'accès au csref est très difficile et le principal moyen de déplacement devient en certains endroits la pirogue ;

1.2.5 - Climat

Le cercle de Macina a un climat de type soudano-sahélien avec une pluviométrie annuelle variant de 500 à 600 mm en moyenne. La saison pluvieuse s'étend de juin à septembre. Quant à la saison froide, elle commence de novembre à février.

Tableau I : Répartition de la pluviométrie par année de 2001 à 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hauteur	1/1	au 1/1	au 1/1	au 1/1	au 1/1	au 1/1
Pluie	30/12	30/12	30/12	30/12	30/12	30/12
	505,5 mm	517,7 mm	775,1 mm	487mm	440,5 mm	680,2 mm
	En 39 jours	en 39 jours	en 46 jours	en 40 jours	en 27 jours	en 37 jours
Hauteur maxi du Fleuve	2/10	11	et 28/9	30/9	23/9	11/8
	6,63	5,21	6,34	5,38	5,10	5,51

Source : Arrondissement central MACINA 2006

1.2.6- Organisation administrative.

Le cercle de Macina compte 11 communes rurales : Macina, Kolongo, Moninpé, Folomana, Saloba, Sana, Kokry, Boky-wéré, Tongué, Matomo, Souleye). Chaque commune est dirigée par un conseil communal présidé par le maire. Les communes sont représentées au niveau cercle par le conseil de cercle dirigé par un président. L'état est représenté par le Préfet au niveau du cercle et par le sous Préfet auprès des communes relevant des anciens arrondissements.

La carte sanitaire est en relation avec le découpage administratif. Plusieurs CSCom sont à cheval sur les communes, ce qui entraîne souvent des problèmes de gestion dans ces structures. Cependant depuis l'avènement de la décentralisation, les problèmes de santé sont résolus en concert avec les collectivités décentralisées.

1.3- DEMOGRAPHIE :

La population totale du cercle de Macina est estimée à 213 027 habitants avec une densité de 18 habitants au Km² (source RGPH avril 1998 actualisée en 2007) le taux d'accroissement démographique du cercle est 1,5 %. Les enfants de 0-14 ans représentent 46% de la population totale. Les mouvements des populations se font pendant toute l'année. Au moment des cultures ou des récoltes, on assiste à un exode vers les zones de riziculture et vers les villages en quête de céréales. Les communautés bozo se déplacent surtout vers les zones de pêche dès l'amorce de la décrue.

1.4 - ACTIVITES SOCIOCULTURELLES

Données socioculturelles

➤ Cultures et traditions

Chaque ethnie a sa culture et sa tradition. Au fil des années les contacts avec le colonisateur ont influencé la culture et la tradition du milieu. Les différences de cultures entre les ethnies sont de moins en moins nettes. Les principales ethnies sont : les Bambara, les Mossis, les Peulhs, les Bozos, les Minianka, les sonrhäï et les Béla.

➤ Religions :

La religion musulmane est la plus dominante, suivie par la religion chrétienne qui connaît quelques adhérents mais son expansion est restée très limitée. Macina connaît ces dernières années l'ouverture de missions protestantes et catholiques. A côté de ces religions, l'animisme est encore pratiqué dans certains milieux (fétiches et rites initiatiques).

➤ Habitats :

Il est de type traditionnel avec quelques maisons modernes. La population est essentiellement sédentaire. Cependant il existe des mouvements de population le long du fleuve avec des abris provisoires, population essentiellement constituée de Peulhs, Bozos, et Bêlas.

➤ **L'éducation**

Tableau II : Nombre d'écoles par statut et par type

Statut	Type	Effectifs
Ecole communautaire	Public	108
	1er cycle	20
	Second cycle	11
	Medersa	25
Centre d'Education pour le Développement		21
	Privé 1er cycle	2
	Cycle complet	0
	Jardin d'enfant	3

Source : CAP Macina données 2006 – 2007.

La gestion de ces centres scolaires est assurée par un personnel composé de 343 hommes et 138 femmes. Les activités d'alphabétisation ont été effectuées dans le cercle par certains partenaires et ONG (PDR, Care /Mali, PADI). Le taux d'alphabétisation est de 26% dont 22% pour les hommes et 4% pour les femmes

1.5 -VOIES ET MOYENS DE COMMUNICATIONS :

Le réseau de communication est essentiellement dominé par les RAC de l'administration et des Centres de santé (CSCoM, CSRef). Les communes de Kokry, Kolongo, Boky-wèrè, Sana, Saloba et de Macina central disposent de téléphone.

Pour la mobilisation sociale, les radios de proximité et les canaux traditionnels sont les principales voies de recours.

Le réseau de transport est à l'image de la configuration géographique du cercle qui est à cheval sur la zone inondée et celle exondée. Le transport se fait par la route et le fleuve.

La traversée du fleuve est assurée par le Bac, pour les véhicules et des pirogues pour les personnes et les Motos. Il reste à noter que le transport en milieu rural est assuré par les charrettes, les pirogues et les pinasses.

1.6-ACTIVITES SOCIO-ECONOMIQUES :

1.6.1- SECTEUR PRIMAIRE :

L'économie du cercle est essentiellement rurale. L'agriculture, la pêche, et l'élevage en constituent les principales activités. Elles occupent la majorité des populations (près de 90%). Cependant, il faut signaler que ces trois activités économiques sont tributaires des aléas climatiques (sécheresses, inondations), des prédateurs (sautereaux et oiseaux) et restent handicapées par l'insuffisance notoire des moyens modernes.

➤ Agriculture :

Elle est basée essentiellement sur les cultures sèches (mil, sorgho, maïs, fonio et le riz fluvial) et le riz en culture irriguée. Le maraîchage y est pratiqué à côté de la riziculture dans les périmètres irrigués.

La production céréalière s'est élevée comme suit :

Tableau III : Situation de la Production Agricole en 2005 et 2006

VARIETES	ANNEE 2005		ANNEE 2006	
	Superficie	Production	Superficie	Production
	exploitée Ha	en par Tonne	exploitée Ha	en par Tonne
MIL	71330	53498	71258	55111
SORGHO	2936	2349	2835	2356
MAÏS	220	143	255	218
FONIO	612	612	606	504
RIZ FLUVIAL	1143	510	2382	1626

Source : Service de l'agriculture de MACINA

La production en 2006 a été jugée moyenne et celle de 2005 déficitaire malgré l'augmentation des superficies cultivables du mil et du riz fluvial. Toutes ces productions ont cependant dépassé celles des années passées.

Il faut noter que le reste des données n'est pas disponible. La production est suffisante pour nourrir la population et l'excédent est commercialisé pour assurer les biens de prestige.

➤ **La pêche :**

Le cercle de Macina est situé à l'entrée de la vaste région du delta central du Niger qui offre des possibilités piscicoles relativement importantes exploitées par les Bozos. La pêche est pratiquée de manière traditionnelle. La production en 2005 et 2006 se présente de la manière suivante :

Tableau IV : Situation de la production de la pêche en 2005 et 2006

VARIETES	QUANTITE (en Tonne)	
	2005	2006
Poissons frais	174,119	214,237
Poissons fumés	58,699	47,398
Poissons séchés	74,057	85,113

Service de la pêche de MACINA

En 2005 nous avons noté une insuffisance dans le suivi du marché de poisson. Aussi le remplissage des points d'eau n'ayant pas été effectif par la crue, le niveau de la production n'a pas été satisfaisant.

➤ **L'élevage :**

Au cours de ces années, le secteur n'a pas connu d'épizootie décimant le cheptel et on peut noter la nette progression du bétail. En 2005 il y a eu des crises consécutives de pâturage dues à la mauvaise pluviométrie. Cette crise a été compensée par l'achat d'aliment bétail et surtout de paille de riz. Et le cheptel se répartit selon la composition suivante.

Tableau V : Situation de la production Pastorale en 2005 et 2006

ESPECES	EFFECTIFS	
	2005	2006
Bovins	144202	148461
Ovins	153839	161337
Caprins	223022	233838
Azins	10499	10737
Equins	1229	1242
Porcins	162	180
Volailles	1794867	2118530

Source : Service d'élevage de MACINA

1.6.2 - SECTEUR SECONDAIRE :

➤ Artisanat :

L'artisanat est réputé pour la qualité de certains produits : éventails, nattes, vans, paniers et les potiers. Il gagne de plus en plus d'importance.

➤ Industrie :

Il n'existe presque pas d'unité industrielle car le cercle n'a pas bénéficié de plan d'industrialisation. Cependant, nous y trouvons quelques minuscules unités industrielles notamment une boulangerie moderne à peine fonctionnelle, la rizerie de l'office du Niger à Kolongo et Kokry non fonctionnelle depuis 2000.

1.6.3 - SECTEUR TERTIAIRE :

➤ Commerce :

Le commerce connaît un certain essor autour des produits de la pêche, du bétail, du riz et des produits artisanaux. Il existe 13 foires hebdomadaires dans le cercle dont les plus importantes sont : Macina, Bolibana, Matomo, Sarro, Koé, Monimpé, Kouna, Tonguè, Kokry.

Les micros finances se réalisent à travers la création de caisses villageoises, de caisses d'épargne et de crédits initiés par les partenaires au développement.

➤ Tourisme :

Le cercle recèle quelques sites touristiques :

Tableau VI : Inventaire des Sites et Monuments

COMMUNE	VILLAGE	DESIGNATION	DISTANCE EN KM
SANA	- Koulétina - Saye	- Canari géant -Mur sacré -Fétiches balanzanba	- 20 Km de saye
SALOBA	Koungodia ni Bertha Tièbalé & Enzana Kossala Sarro	-Makountomo -Tombeau de Alpha Sidiki Traore -Ossements humains -Forêt sacrée -Tata -Armes de N'Dokoro Falé	10 Km de Sarro 5 Km de Sarro 20 Km de Sarro 1 Km de Sarro
MACINA	Tièlan Kara Founou Mérrou Tinèma Komara Sogoli Macina	-Pierre mystérieuse -Tata de Massasso -Founou missiri -Hiro/ Siamy -Nyan -Kadionian/ Kassara -Pipe de Santa kolo -Monument aux morts	3 km de Macina 20 Km de Macina 15 Km de Macina 4 Km de Macina 10 Km de Macina 30 Km de Macina 16 Km de Macina
KOLONGOTOMO	Niarro	-Résidence de Bréhima dit NiaroKaramoko	4Km de Kolongo
MONIMPÉBOUGOU	Monimpé Bougou	-Monument de souvenir du passage de Joffre pour Tombouctou -Makoungoba	

Source : Service de la Jeunesse

1.6.4. Secteur informel :

Il est peu accentué à Macina. On peut noter entre autres les commerçants ambulants ou détaillants parmi lesquels les étalagistes, les vendeurs de médicaments de la rue, les vendeuses ambulantes, les tailleurs, les coiffeurs, les photographes et les cabines téléphoniques.

1. 7. LES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT :

1.7.1. Le conseil de cercle :

Il est le 1^{er} partenaire, appuyé par les populations qui participent de façon remarquable dans toutes les réalisations. Dans le domaine sanitaire il préside le conseil de gestion du centre de santé du cercle, participe à l'élaboration et à la validation des Plans Opérationnels et du Plan de Développement Sanitaire de Cercle du Centre de Santé de Cercle. A cet effet il assure le suivi et le contrôle de l'exécution du PO.

1.7.2. Les conseils communaux :

Ils interviennent principalement dans l'amélioration de la gestion des centres de santé communautaire. Ces élus participent activement à la mise en œuvre des programmes de santé au niveau des communes. Il faut par ailleurs signaler que le conseil communal participe pleinement à l'implication de la communauté dans la réussite des activités de santé.

1.7.3. Office du Niger :

Il s'agit d'une entreprise nationale à vocation agro-industrielle créée depuis les années 1930. La grande retenue d'eau du Barrage de Markala située à 115 Km de Macina, permet l'irrigation d'une partie du cercle. Cette irrigation influence la propagation de certaines maladies liées à l'eau comme le paludisme, les schistosomiasés, les maladies diarrhéiques.

1.7.4. Autres partenaires : on peut noter l'existence d'autres partenaires en plus des services déconcentrés tels que: la coopération Néerlandaise, l'OMS, l'USAID, l'UNICEF qui interviennent à travers le PRODESS. D'autres en cours

d'installation qui sont la Fondation Novartis pour un Développement Durable et la fondation Intervida

1.8- PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE (CSREF)

1.8.1-SITUATION DES INFRASTRUCTURES ET DU PERSONNEL :

1.8.1.1-Infrastructures :

Le service du centre de santé de référence comprend :

- ◇ Un Bâtiment de consultation ‘’médecine’’
- ◇ Un Bâtiment pour le programme élargi de vaccination (PEV) abritant le Service développement social et de l'Economie Solidaire
- ◇ Un Bâtiment pour le bloc opératoire
- ◇ Un Bâtiment pour la maternité
- ◇ Un Bâtiment pour le laboratoire
- ◇ Un Bâtiment pour les hospitalisations et consultations infirmières
- ◇ Un Bâtiment pour les hospitalisations ‘’chirurgie’’
- ◇ Un Bâtiment pour le Dépôt répartiteur cercle (DRC)
- ◇ Un Bâtiment pour le point de vente (PV) et l'accueil
- ◇ Un Bâtiment pour les magasins et le gardien
- ◇ 2 Blocs de latrines

Le centre est alimenté en eau par un château d'eau muni d'une pompe solaire et l'électrification est assurée par un groupe électrogène

Au niveau du centre de santé de référence l'état des bâtiments est très mauvais à cause des fissures et la vétusté de certains bâtiments. Au niveau d'un grand nombre de bâtiments les planchés sont dégradés et les plafonds sont en mauvais état, avec des fuites d'eaux à travers la toiture pendant la saison pluvieuse.

1.8.1.2-Situation du personnel au niveau de CSRef :**Tableau VII:** Répartition du personnel selon le nombre

Qualification	NOMBBRE REQUIS	NOMBRE EXISTANTS
Médecin à tendances chirurgicales	3	3
TSS (I.D.E.)	2	3
TS (Inf.1 ^{er} cycle)	4	2
Sage-femme	2	2
Infirmier Obstétrique	0	3
Matrones	2	2
Technicien Laboratoire	de 1	1
Technicien Sanitaire	1	1
Secrétaire	1	1
Gestionnaire	1	1
Gérant DRC	1	1
Gérant PV	1	1
Gardien	2	0
Chauffeurs	2	2
Manceuvres	2	1
Aides soignant	4	1
Assistant/Odonto	1	1
Total	30	26

On constate qu'il y a une insuffisance de personnel de soutien (manceuvre, gardien).

METHODOLOGIE

2. Méthodologie:

2.1. Lieu d'étude : Centre de santé de référence de Macina

2.2. Période d'étude : Notre étude se déroula sur une période d'un an allant du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007 soit 12 mois effectifs.

2.3. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec recueil prospectif se rapportant aux cas d'urgences obstétricales évacuées au CSRef de Macina.

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

2.5. Critères d'inclusion : Toutes parturientes évacuées par un CSCOM dans le cadre du système de Référence/évacuation.

2.5 - Critères de non-inclusion : N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Toutes parturientes auto référées ;
- Toutes femmes référées ou évacuées par un CSCOM pour cause médicochirurgicale sur grossesse non à terme (HTA, accès palustre, prolapsus utérin, cystocèle, éventration, etc.), avortement, menace d'accouchement prématuré, accouchement à domicile.

2.6 -Technique et instruments de collecte des données :

Nous avons procédé à la collecte de données à travers des questionnaires déposés au niveau des CSCOM, puis au niveau du CSRef. Le questionnaire CSRef complétait celui du CSCOM.

Tous les chefs de post médicaux du district sanitaire de Macina étaient informés de l'importance de cette étude un mois avant son début, leur apport y était capital. Dès la prise de décision de l'évacuation, ils devaient remplir le questionnaire CSCOM, ajouté à la fiche de référence évacuation, accompagnant la parturiente jusqu'au CSRef.

A l'arrivée au CSRef, après examens et prise en charge de la parturiente, le questionnaire CSRef était rempli, aussi bien que la fiche de rétro information.

Ainsi chaque parturiente était suivie par un questionnaire spécifique à elle, qui fournissait des renseignements depuis le début de son travail, son entrée au CSCom, jusqu'à sa prise en charge au CSRef.

2.7 - Procédures de traitement et analyse des données :

Les données étaient enregistrées sur le logiciel Access, traitées sur les logiciels Excel, EPI info la version 6.

RESULTATS

3. Résultat :

3.1 La fréquence :

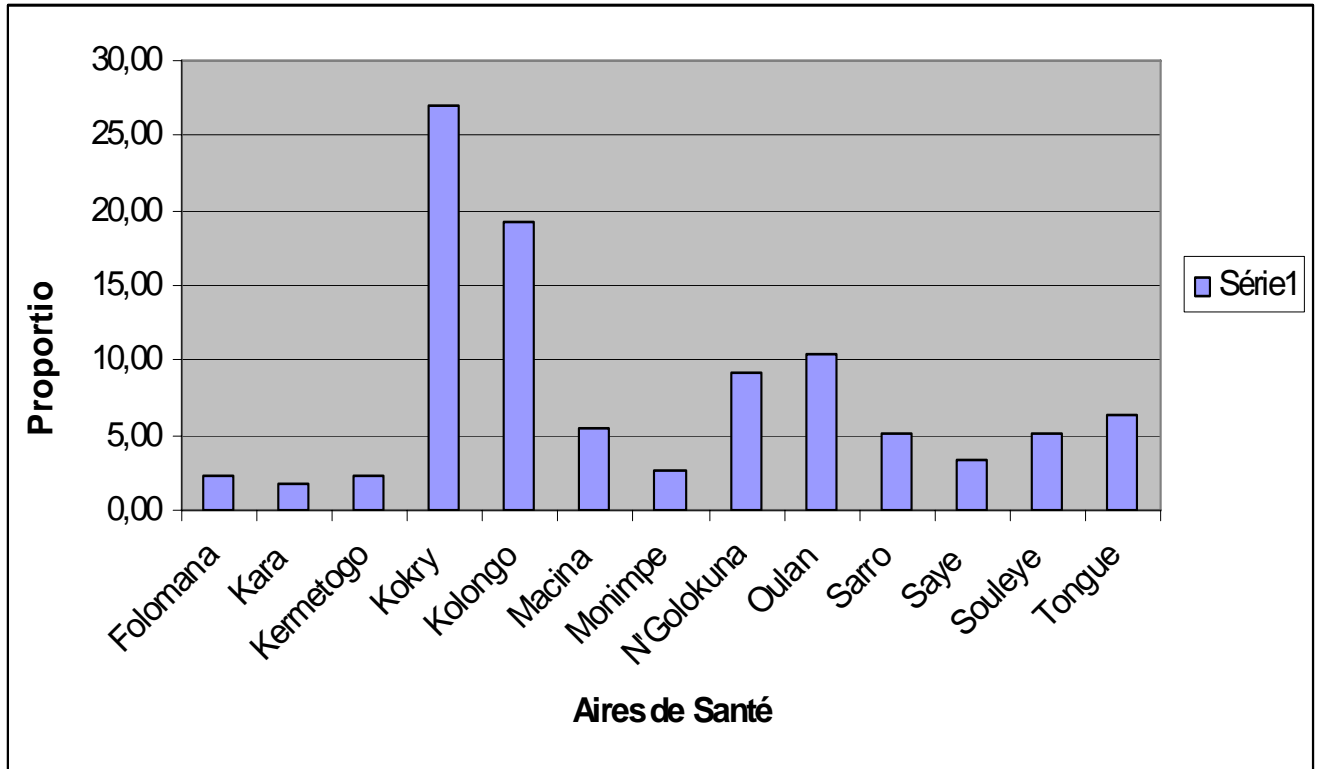
La fréquence enregistrée et rapportée dans ce travail ne concerne que la maternité du CSRef de Macina. Sur 450 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du 01 avril 2006 au 31 mars 2007, les parturientes évacuées sont au nombre de 271 représentant une fréquence de 60,22%.

3.2 Données sociodémographiques :

Tableau VIII : Répartition des patients de l'étude selon l'âge

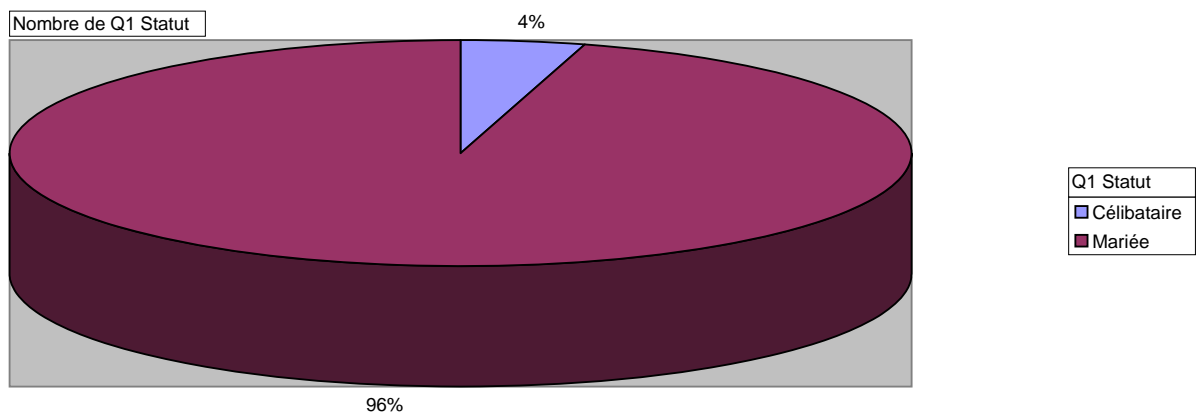
Tranches D'âge / ans	Effectifs	Fréquences en %
14 - 24	128	47
25 - 34	85	31
35 - 45	58	22
Total	271	100

La tranche d'âge de 14 - 24 ans a représenté 47%, avec des ages extrêmes de 14 ans et 45 ans. L'age moyen était de 26 ans.



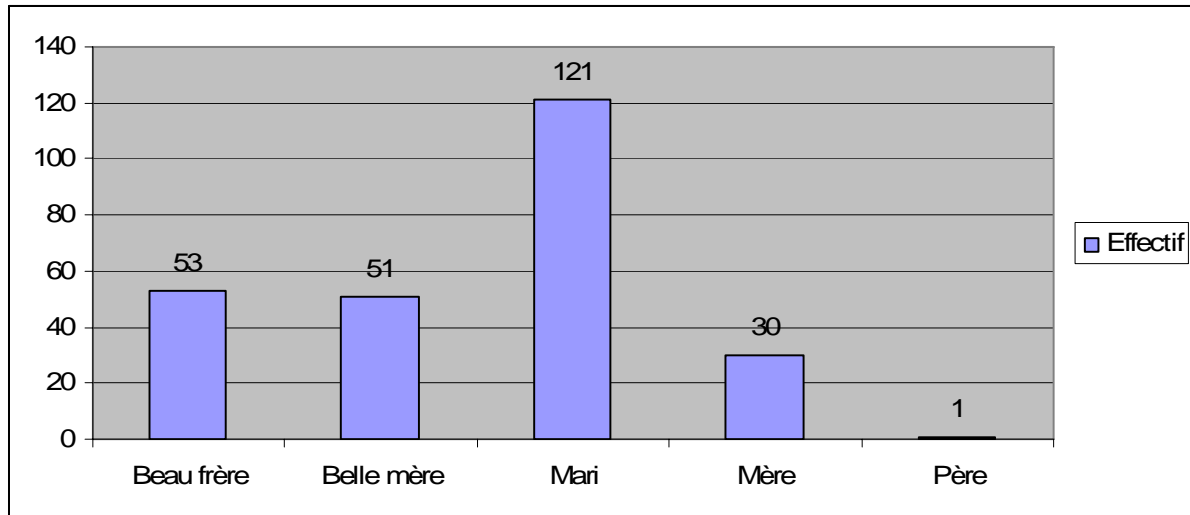
Graphique 1 : Répartition des parturientes selon la provenance

Les parturientes à 26,94% de l'échantillon provenaient du CSCom de Kokry .



Graphique2 : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Les femmes mariées représentaient 96 % des sujets, sur un effectif de 271 parturientes.



Graphique 3 : Répartition des parturientes selon leur accompagnants.

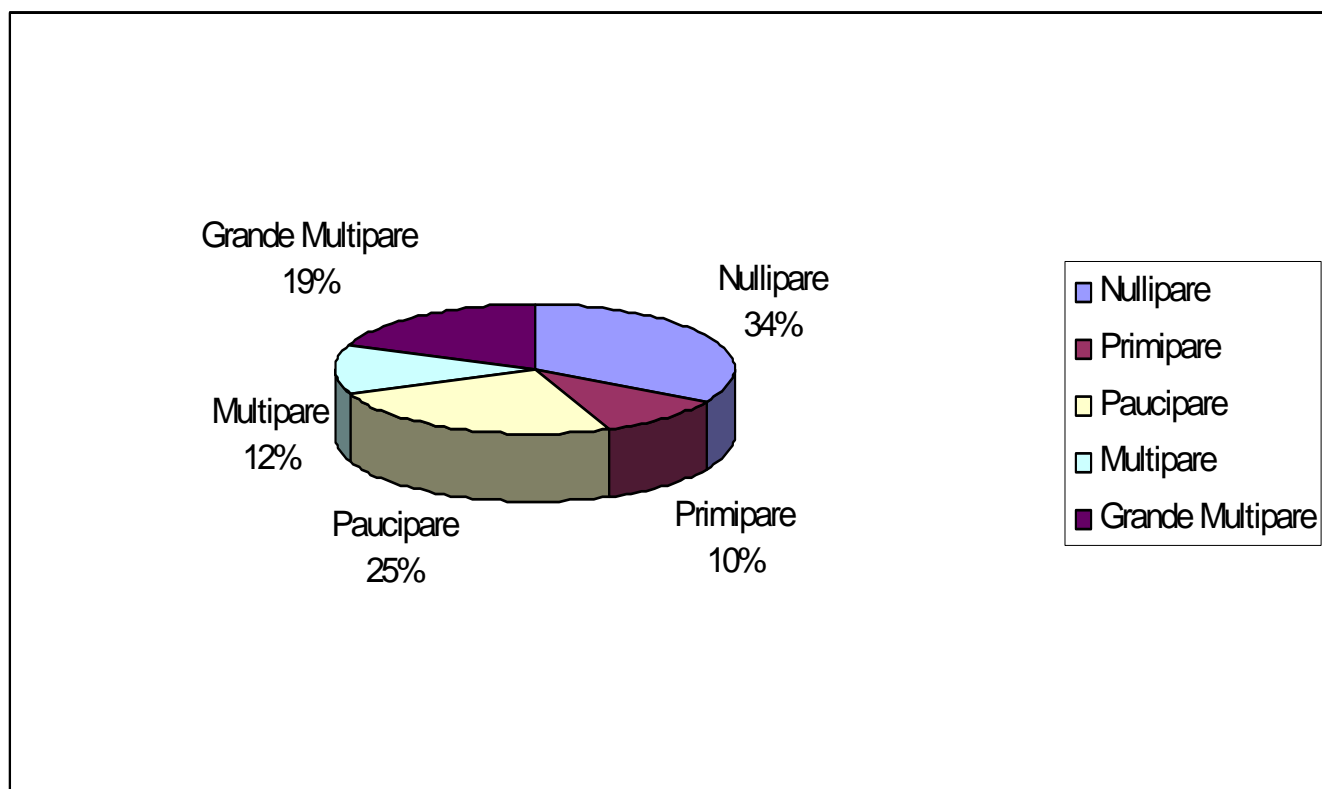
Les parturientes étaient accompagnées par leurs maris au CSCCom à un effectif de 121 sujets.

3.3 Antécédents :

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la gestité

GESTITE	Effectifs	Fréquences
Primigeste (1 ^{ère} grossesse)	90	33,22
Pauci geste (2 ^{ème} , 3 ^{ème} , 4 ^{ème} grossesse)	71	26,19
Multi geste (5 ^{ème} , 6 ^{ème} grossesse)	39	14,40
Grande multi geste (≥ 7 grossesses)	71	26,19
TOTAL	271	100 %

Les primigestes ont constitué 33,22% des sujets de notre étude avec 90 cas.



Graphique 4 : Répartition des parturientes selon la parité.

- *nullipare (aucune expérience de l'accouchement)*
- *primipare (1^{er} accouchement)*
- *Paucipare (2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} accouchement)*
- *Multipare (5^{ème}, 6^{ème} accouchement)*
- *Grande multipare (7^{ème} accouchements ou plus)*

Les nullipares représentaient 34% de l'échantillon.

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

Motif évacuation	Effectifs	Fréquences
Anciennes césariées	12	4,43
Anémie	1	0,37
Asymétrie du bassin	4	1,48
Dilatation stationnaire	41	15,13
DFP (Disproportion foeto-pelvienne)	47	17,34
Drepanocytose sur grossesse	1	0,37
Eclampsie	12	4,43
Hémorragie	23	8,49
HTA	13	4,80
Mort-nés à répétition	1	0,37
Présentation vicieuse	44	16,24
Rupture	5	1,85
SFA	17	6,27
Travail prolongé	50	18,45
Total	271	100 %

Le travail prolongé représentait 18,45% des motifs d'évacuation ; suivi respectivement par la DFP, la présentation vicieuse, et la dilatation stationnaire avec 17,34% ; 16,24% ; et 15,13%.

3.4 Diagnostic :

Tableau XI : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu au CSRef

Diagnostic retenu	Effectifs	Fréquences %
Anémie	1	0,37
DFP	73	26,94
Drépanocytose sur grossesse	1	0,37
Eclampsie	12	4,43
Hémorragie	16	5,90
HTA	13	4,80
Présentation vicieuse	25	9,23
Rupture	9	3,32
SFA	15	5,54
Travail normal	106	39,11
Total	271	100 %

Nous avons retenu 39,11% de travail normal, suivi de la DFP avec 26,94%.

3.5 Traitement et Résultat :

Tableau XII: Répartition des parturientes césarisés selon la parité

PARITE	Effectifs/parité	Effectifs/césarisé	Fréquences
Nullipare	91	45	49,45
Primipare	28	10	35,71
Pauci pare	67	26	38,81
Multipare	33	16	48,48
Grande Multipare	52	24	46,15
Total	271	121	44,65 %

Le taux de césarienne était 49,45% chez les nullipares, suivi respectivement par les multipares et les grandes multipares avec 48,48% et 46,15%.

Tableau XIII: Répartition de la gestité selon l'âge

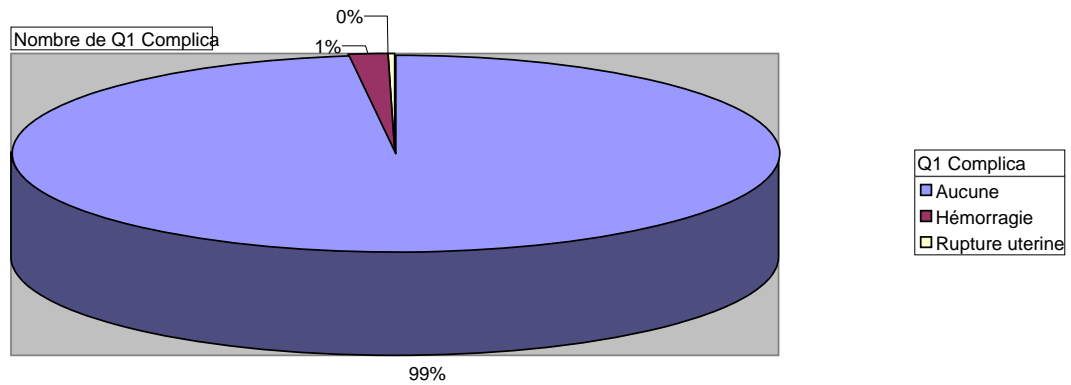
GESTITE	Age			Total
	14-24	25-34	35-45	
Primigeste(1 ^{ère} grossesse)	77	13	0	90
Paucigeste(2 ^{ème} , 3 ^{ème} , 4 ^{ème} grossesse)	47	16	8	71
Multigeste(5 ^{ème} , 6 ^{ème} grossesse)	4	19	16	39
Grande multigeste (≥ 7 grossesses)	0	37	34	71
TOTAL	128	85	58	271

La tranche d'âge 14-24 ans représentait 77 primigestes et 47 paucigestes sur les 271 parturientes.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le résultat

Resultats	Effectifs	Fréquences
Acc: Mère-DcD; Enf-DcD	2	0,74
Acc: Mère-V; Enf-D	35	12,92
Acc: Mère-V; Enf-V	110	40,59
Césa: Mère-V; Enf-D	32	11,81
Césa: Mère-V; Enf-V	89	32,84
DcD	3	1,11
Total	271	100 %

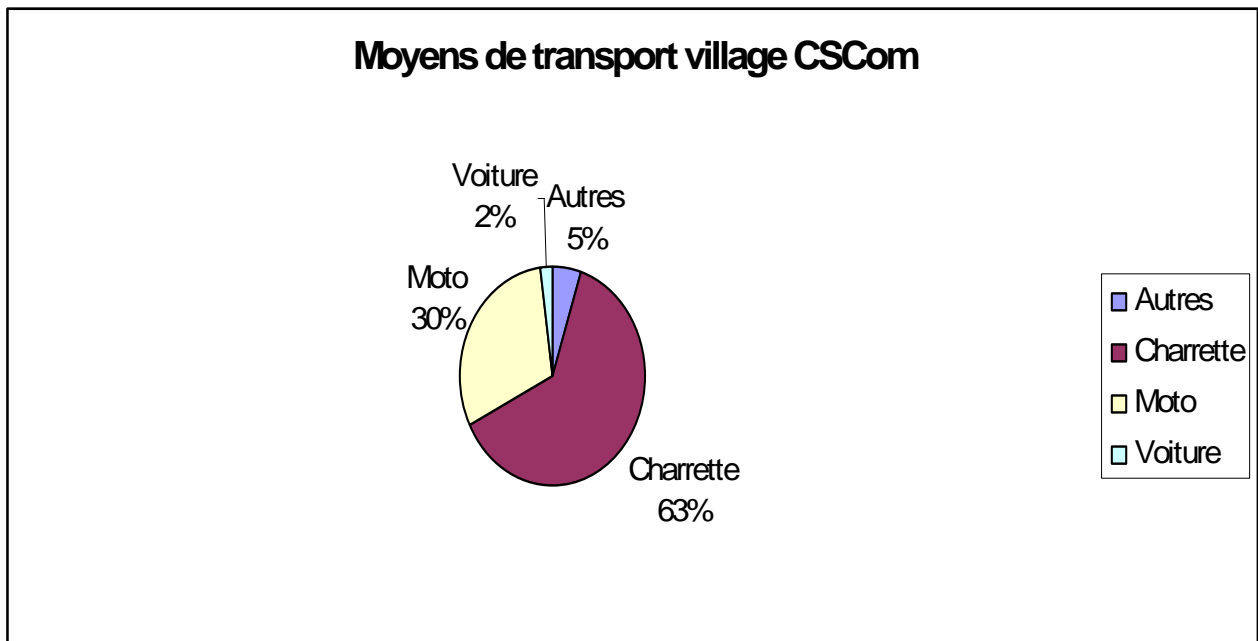
Les parturientes accouchées par voie basse avec mère vivante et enfant vivant représentaient 40,59% des sujets, suivi par 32,84% de parturientes césarisées avec mère vivante et enfant vivant.



Graphique 5 : Répartition des parturientes selon la complication.

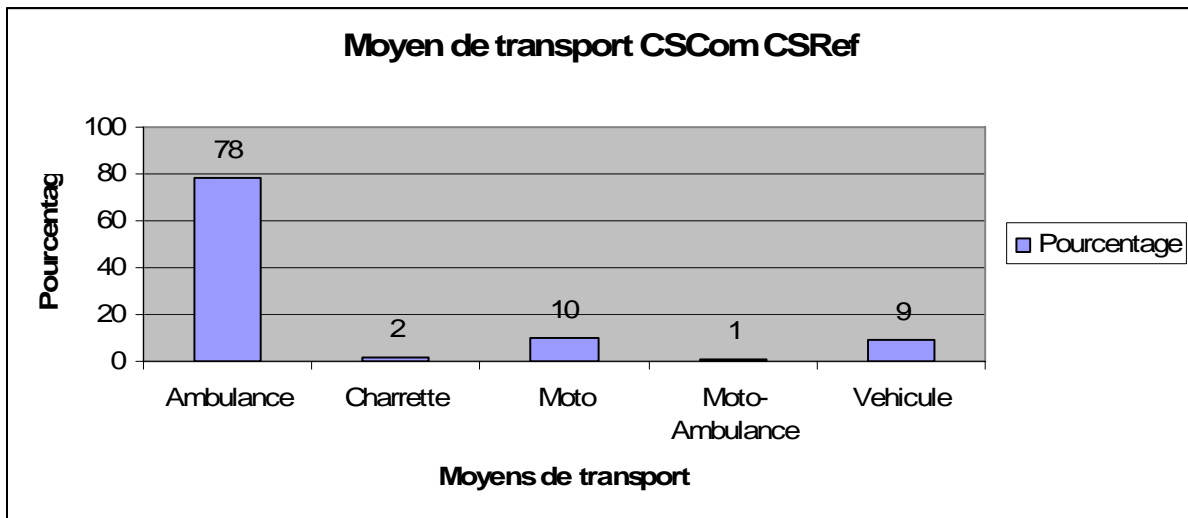
Aucune complication n'a été observée chez 99% de nos parturientes.

3.6 Données Logistiques :



Graphique 6 : Répartition des parturientes selon le moyen de transport village-CSCoM.

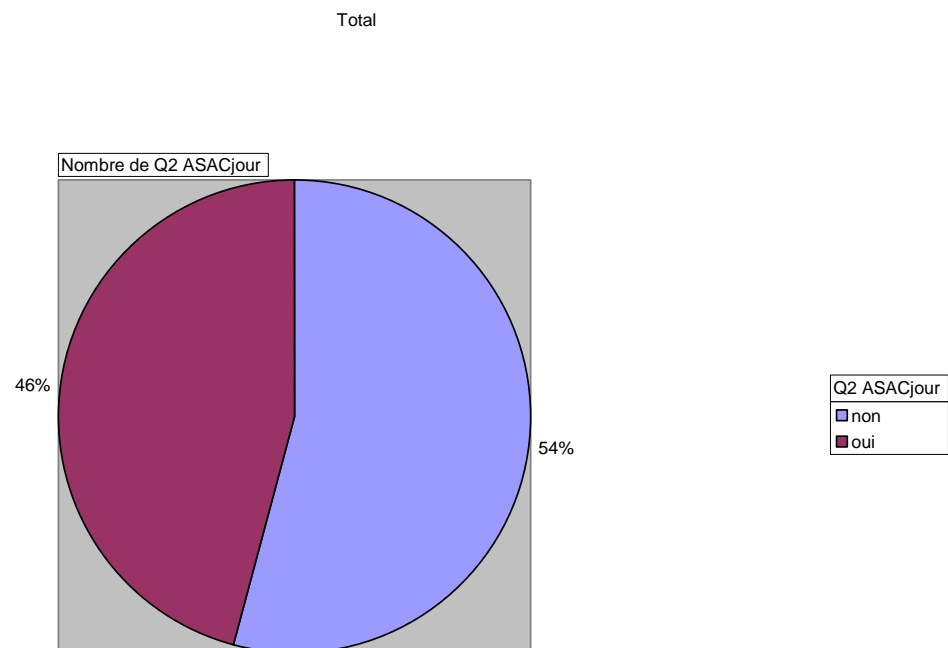
Les parturientes à 63% ont été transportées du village au Cscm par la charrette.



Graphique 7 : Répartition des parturientes selon le moyen de transport CScm- CSRef

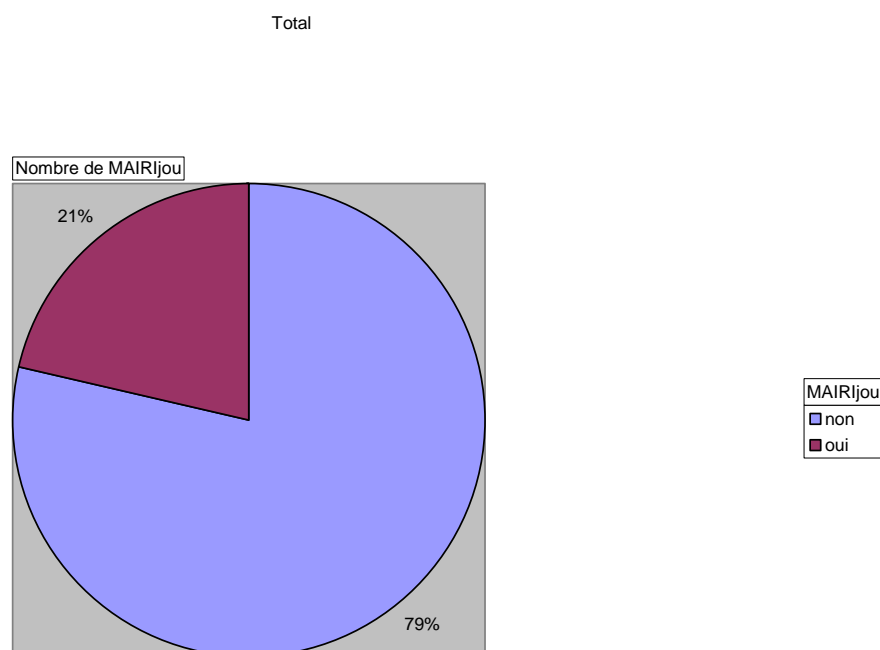
Les parturientes à 78% ont été transportées des Cscm au CSRef par ambulance.

3.7 Données économiques et réglementaires :



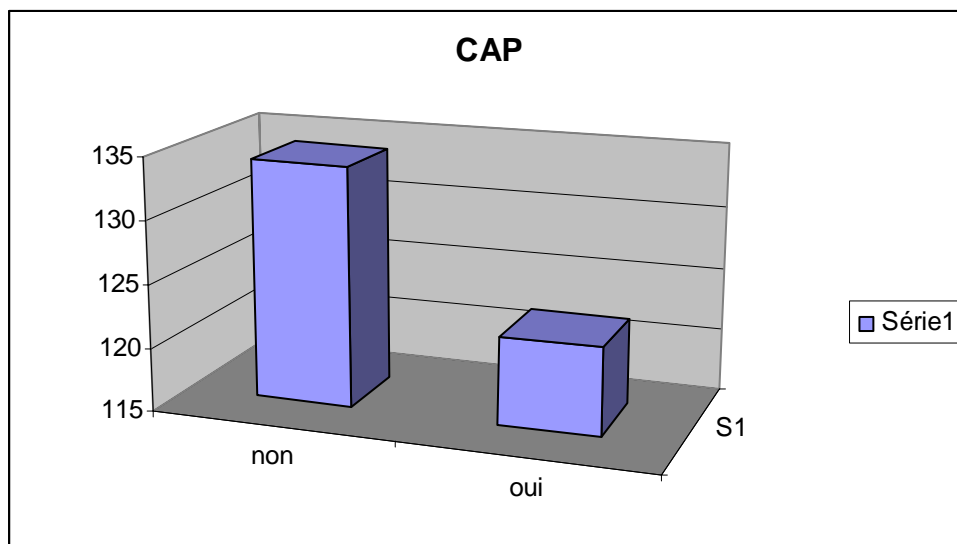
Graphique 8 : Répartition des ASACO selon le paiement du quote part de la caisse de la solidarité

Les ASACO à 54% n'étaient pas à jour dans le paiement du quote part de la caisse de solidarité.



Graphique 9 : Répartition des mairies selon le paiement du quote part de la caisse de la solidarité

Les mairies à 79% n'étaient pas à jour dans le paiement du quote part de la caisse de solidarité.



Graphique 10 : Répartition des accompagnants selon la connaissance des textes de la référence/évacuation

Les accompagnants à 52,34% n'avaient pas de connaissance sur les textes de la référence/évacuation.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

4.1 La fréquence : La fréquence enregistrée et rapportée dans ce travail ne concerne que la maternité du CSRef de Macina.

Sur 450 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du 01 avril 2006 au 31 mars 2007, les parturientes évacuées sont au nombre de 271 représentant une fréquence de 60,22%.

Selon Sidibé I.M. la fréquence des évacuations étaient de 52,64% en 2006 à Bougouni. (31)

4.2 Données sociodémographiques :

4.2.1 Age : Il ressort de cette étude que la tranche d'âge 14 - 24 ans a représentée 47%, avec des ages extrêmes de 14 ans et 45 ans. L'âge moyen était de 26 ans.

Diarra B. en 2006 ; dans l'évaluation du système de référence/évacuation à la maternité au CSRef de Koulikoro a trouvé que l'âge moyen des évacuées était de 24 ans avec les extrêmes de 14 ans et 47 ans. La tranche d'âge de 20- 35 ans soit 62% était la plus dominante. (10)

Le maximum de fréquentation a été trouvé dans la tranche d'âge 20 – 35 ans avec 78,72% dans l'étude réalisée par Sidibé I. M. (31)

En 2005, Diallo O. rapportait que l'âge des parturientes variait entre 14 – 45 ans à Gao, avec une moyenne de 24,36 ans. (9)

Cela s'expliquerait par le fait que c'est la tranche d'âge ou l'activité génitale est la plus accrue.

4.2.2 Provenance : Les parturientes à 26.94 % de provenaient du CSCom de Kokry.

Diarra B. avait réalisé que la majorité des parturientes provenait du cercle de Koulikoro avec 86%. (10)

Cela est du à la proximité, au niveau d'instruction, ou au personnel de ce Cscm.

4.2.3 Statut matrimonial : Les femmes mariées représentaient 96 % des parturientes de notre étude.

Diarra B. avait démontré que les femmes mariées venaient au premier rang avec 80,1%. (10)

Ce nombre important explique que les grossesses hors mariage sont rares et non tolérées dans ces zones.

4.2.4 Lien avec l'accompagnant : Les parturientes étaient accompagnées par leurs maris au CSCCom à un effectif de 121 sujets.

4.3 Antécédents :

4.3.1 Gestité: Les primigestes ont constitué 33,22% de l'étude avec 90 cas.

4.3.2 Parité : Les nullipares représentaient 34% de l'échantillon.

Sidibé I. M. démontrait que les nullipares représentaient 25,53% en 2006 à Bougouni. (31)

Coulibaly A. B., avait trouvé que les nullipares étaient majoritairement représentées avec 30% au CSRef de la commune V de Bamako, en 2006. (7)

Ce nombre confirme la notion de risque lié à la grossesse et à l'accouchement, chez la femme n'en ayant aucune expérience.

4.3.3 Selon les motifs d'évacuation : Le travail prolongé représentait 18,45% des motifs d'évacuation ; suivi respectivement par la DFP, la présentation vicieuse, et la dilatation stationnaire avec 17,34% ; 16,24% ; et 15,13%.

Sidibé I. M., a trouvé que les présentations anormales étaient majoritairement représentées avec 47,50% suivies de la DFP avec 37,14%. (31)

Diarra B., trouvait les motifs de référence/évacuation suivant ancienne césarienne 12% ; hémorragie sur grossesse 11% ; présentation anormales 9%.(10)

Coulibaly A. B. avançait que les motifs les plus fréquemment évoqués étaient hémorragies 16,3%, dilatation stationnaire 13,5% et HTA 8%. (7)

Bien que les méthodes de classification étaient différentes, il ressort que tous les auteurs ont trouvés que les disproportions feoto pelviennes (DFP) et les présentations anormales, en général, sont les principales causes d'évacuation.

4.4. Diagnostic :

4.4.1 Selon le diagnostic retenu au CSRef : Nous avons retenu 39,11% de travail normal, suivi de la DFP avec 26,94%.

Coulibaly A.B. avançait que les diagnostics les plus fréquemment rencontrés étaient 12,6% de bassins pathologiques ; 11,2% de présentations anormales ; 10,6% utérus cicatriciels.(7)

Peut être que le CSCom de Kokry envoie têt les cas de travail normal ; cela peut être due à une mauvaise ou une très bonne utilisation du partogramme !

4.5 Traitement et résultat :

4.5.1 Parité selon les parturientes césarisées : Le taux de césarienne était de 49,45% chez les nullipares, suivi respectivement par les multipares et les grandes multipares avec 48,48% et 46,15%.

4.5.2 Gestité selon l'âge : La tranche d'âge 14-24 ans représentait 77 primigestes et 47 paucigestes sur les 271 parturientes.

4.5.3 Selon le résultat : Les parturientes accouchées par voie basse avec mère vivante et enfant vivant représentaient 40,59% des sujets, suivi par 32,84% de parturientes césarisées avec mère vivante et enfant vivant.

Diarra B. avait trouvé que 49,7% ont accouché par voie basse et 27% avaient bénéficié d'une césarienne. (10)

4.5.4 Selon les complications : Aucune complication n'a été observée chez 99% de nos parturientes.

Coulibaly A.B., rapportait que 83,26% des suites ont été simples. Des complications ont été observées chez 11,2% des femmes. (7)

4.6 Données logistiques :

4.6.1 Les moyens de transport : Les parturientes à 78% ont été transportées des CscCom au CSRef par ambulance.

Diarra B., avançait que 43% des parturientes ont été transportées du CSCCom au CSRef par l'ambulance. (10)

Sidibé I. M., trouvait 98,5% de femmes évacuées par l'ambulance du CSCCom au CSRef. (31)

C'est l'ambulance qui assure, en général, le transport d'un patient entre CSCCom et CSRef.

4.7 Données économiques et réglementaires :

4.7.1 Selon le paiement du quote part des mairies et des ASACO :

Les mairies et les ASACO n'étaient pas à jour dans le paiement du quote part de la caisse de solidarité avec respectivement 79% et 54% de cas.

Diarra B., avait trouvé que les ASACO représentaient 43% des recettes, tandis que les communes représentaient 16%. (10)

4.7.2 Selon la connaissance des textes de la référence/évacuation : Les accompagnants à 52,34% n'avaient pas de connaissance sur les textes de la référence/évacuation.

4.8 Temps moyen pour les interventions :

4.8.1 Le temps moyen entre le début du travail et l'entrée au CSCCom = 5 heures 43 minutes

4.8.2 Le temps moyen entre l'entrée au CSCCom et la prise de décision = 3 heures 40 minutes

4.8.3 Le temps moyen entre le début du travail et la prise en charge au CSRef = 12 heures 24 minutes

4.8.4 Le temps moyen entre la prise de décision au niveau CSCCom et la prise en charge au CSRef = 2 heures 40 minutes.

Diarra B. trouvait que le temps moyen d'évacuation était 160 minutes en 2006 au CSRef de Koulikoro. (10)

Dans l'étude de Coulibaly A. B., le temps mis entre la prise de décision et l'arrivée de la femme au CSRef : 10,1% des évacuées ont fait plus d'une heure et 3% ont fait plus de 2 heures. (7)

CONCLUSION RECOMMANDATIONS

5. 1- CONCLUSION :

Au terme de cette étude, nous avons enregistré 271 parturientes qui ont été toutes hospitalisées. Sur 450 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du 01 avril 2006 au 31 mars 2007, les parturientes évacuées étaient au nombre de 271 représentant une fréquence de 60,22%.

La tranche d'âge 14 - 24 ans a représenté 47%, avec des ages extrêmes de 14 ans et 45 ans. L'âge moyen était de 26 ans.

Les parturientes à 26,94% de l'échantillon provenaient du CSCom de Kokry.

Les femmes mariées représentaient 96 % des sujets, sur un effectif de 271 parturientes.

Les parturientes étaient accompagnées par leurs maris au CSCom à un effectif de 121 sujets.

Les primigestes ont constitué 33,22% des sujets de notre étude avec 90 cas.

Les nullipares représentaient 34% de l'échantillon.

Le travail prolongé représentait 18,45% des motifs d'évacuation ; suivi respectivement par la DFP, la présentation vicieuse, et la dilatation stationnaire avec 17,34% ; 16,24% ; et 15,13%.

Nous avons retenu 39,11% de travail normal, suivi de la DFP avec 26,94%.

Le taux de césarienne était de 49,45% chez les nullipares, suivi respectivement par les multipares et les grandes multipares avec 48,48% et 46,15%.

La tranche d'âge 14-24 ans représentait 77 primigestes et 47 paucigestes sur les 271 parturientes.

Les parturientes accouchées par voie basse avec mère vivante et enfant vivant représentaient 40,59% des sujets, suivi par 32,84% de parturientes césarisées avec mère vivante et enfant vivant.

Les parturientes à 78% ont été transportées des Cscm au CSRef par ambulance.

Les mairies et les ASACO n'étaient pas à jour dans le paiement du quote part de la caisse de solidarité avec respectivement 79% et 54% de cas de référence/évacuation.

Les accompagnants à 52,34% n'avaient pas de connaissance sur les textes de la référence/évacuation.

C'est un long calvaire que ces parturientes subissent entre leur début du travail et leur prise en charge au CSRef, le temps moyen entre le début du travail et l'entrée au CSCom : 5 heures 43 minutes, le temps moyen entre le début du travail et la prise en charge au CSRef : 12 heures 24 minutes, le temps moyen entre l'entrée au CSCom et la prise de décision : 3 heures 40 minutes, et le temps moyen entre la prise de décision au niveau CSCom et la prise en charge au CSRef : 2 heures 40 minutes.

5.2 - RECOMMANDATIONS

Nous formulons les recommandations suivantes :

- **Au Médecin-chef et au personnel socio sanitaire du CSRef de Macina :**
 - Evaluer régulièrement le système de référence/évacuation.
 - Assurer des supervisions internes du personnel.
 - Faire un plaidoyer auprès des décideurs pour l'octroi d'une unité de sang au CSRef.

- **Aux autorités politiques et administratives :**
 - Assurer le financement de la caisse de solidarité pour faciliter la prise en charge gratuite du carburant d'évacuation dans le contexte de la gratuite de la césarienne.
 - Informer les populations sur le cadre conceptuel du système de référence/évacuation du district sanitaire.
 - Doter le centre en personnel qualifié et en matériel adéquat pour les diagnostics rapides et la prise en charge adéquate des parturientes
 - Formation et recyclage continu du personnel sanitaire.
 - Assurer une répartition équilibrée du personnel en particulier les sages femmes sur l'ensemble du territoire.
 - Faire la rénovation complète du centre de santé de référence de Macina.

Références Bibliographiques

1- Akpadza et col.

La mortalité maternelle au CHU de Tokoin, Lomé de 1990 à 1992.

Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1994,89 : 81- 85.

2- Alihonou E, Takpara I.

Mortalité maternelle en République populaire de Bénin : cause et stratégies de lutte. Actes du séminaire << réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement>>

Centre international de l'enfance, Octobre 1988, Edit INSERM

3- Bohoussou KM et col.

Grossesse et adolescence. Afr. Med. 1982 ; 21(201) : 359-362.

4- Camara S.

Evaluation sanitaire d'urgence en obstétrique bilan de 2 ans d'étude. Thèse de médecine Bamako 2000 N°714

5- Correa et Col.

Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique Dakar

Afrique médicale 1981 ; 20(189) : 215-221.

6- Coulau JC et Zan V.

Hématome rétro placentaire ou DPPNI en Médecine chirurgicale (Paris France)

Obstétrique 1995 ; 5071 :106A.

7- Coulibaly A. B.

La référence/évacuation Gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune V. Thèse de médecine, Bamako 2006 N°233.

8- Dekuo G.

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle 1990. Thèse de médecine, Bamako 1990, N°40

9- Diallo O.

La césarienne Aspect épidémiologique, clinique, économique et pronostic materno-fœtal à l'hôpital régional de Gao en 2005 à propos de 153 cas. Thèse de médecine, Bamako 2006 N°290.

10- Diarra B.

Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité au CSRef de Koulikoro de juillet 2005 à Juin 2006. thèse de médecine, Bamako 2006 N°153

11- Diarra O.

Les urgences obstétricales dans le service de Gynécologie et obstétriques à l'hôpital National de Point G. Thèse de médecine, Bamako 200, N°117.

12- Dolo A.

L'activité chirurgicale gynéco-obstétricale en pratique de ville : Exemple de la clinique <<LE HOGON>>. Thèse de médecine Bamako 1999 N°25.

13- Djiguimé A. P.

La réorganisation du système de référence avec partage de coûts : quels effets sur la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales ? L'expérience du district sanitaire de Diapaga (Burkina Faso). 41ème cours International pour la promotion de la santé Master en Santé Publique 2004-2005.

14- Fall (épouse de Kandji).

Problème posé par les parturientes évacuées dans un centre de référence recours d'Afrique Sub-saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar 1996. Thèse de médecine, Dakar 1996

15- Fall S.

Mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé cercle 2^{ème} région du Mali 1987-1990. Thèse de médecine, Bamako

16- Fernandez H, Ville Y, Frydman R.

Les grandes urgences maternelles: problèmes d'actualité.

H.A. BECLERE, Med urgence 1995, ISSN, 11: 34-39

17- Hioro M.

Evacuations sanitaires d'urgence obstétrique à l'HGT à propos de 160 cas. Thèse de médecine, Bamako 1995 N°17

18- Merger R, Melchior L.

Précis d'obstétrique Edition Masson, Paris 6 ème édition 1995-597p.

19- Ministère de la santé.

Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence évacuation au Mali.
Juillet 2005.

20- Ministère de la santé.

Programme de développement socio sanitaire II (PRODESS II) 2005-2009.
<< Composante santé >> Décembre 2004.

21- Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées.

Cellule planification et statistique. Enquête démographique de santé (EDS) au Mali 1996- 2001.

22- Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées.

Programme de développement sanitaire et social I (PRODESS I) 1998-2002.

23- Magnin G.

La mortalité maternelle existe-elle encore?

Revue de med. De tous 1982 ; N°16, (9-1) : 1331-1333.

24- Makalou.

Évacuations sanitaires en obstétrique à propos de 154 cas à l'hôpital régional Fousséni Dao de Kayes. Thèse de médecine, Bamako 2001 N°142.

25- Le Horrier G. Solat J.

Mécanisme général de l'accouchement.

Enc. Med. Paris Obst 1986 ; N°1 : 5017 C10.

26- O.M.S.

Rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque.

Prevenir la mort tragique de la mère.

Kenya février 1986 P56.

27- Ouédraogo CMM et col.

Fréquence et causes de la mortalité maternelle à propos de 300 observations à la maternité du centre hospitalier de Ouagadougou, Burkina Faso.

Rev. Fr. Gynecol. Obst 1999, 94 : 455-459.

28- Prual A.

Grossesse et accouchement en Afrique de l'ouest vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999 ; volume 11 : 2.

29- Sangaré.

Organisation du système de référence au CSRef CV du district de Bamako.
Thèse de médecine, Bamako 2001 N°39

30- Sankaré I.

Evaluation de la référence/évacuation au CSRef de la commune V au service de gynéco-obstétrique. Thèse de médecine, Bamako 2001

31- Sidibé I. M.

Les évacuations sanitaires obstétricales au CSRef de Bougouni étude prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas. Thèse de médecine Bamako 2006 N°312

32- Simpara A.

Evaluation des activités des services de médecine au centre de santé de référence de Macina. Thèse de médecine. Bamako 2006 N°311

33- Suzanne Fy et col.

Hémorragies obstétricales graves (du post-partum immédiat)

Encyclopédie Médecine chirurgicale.

Précis d'obstétrique 1982 ; 10-12-S103A.

34- Thiero M.

Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako 1995 N°17

35- Touré M. B.

Les hystérectomies de sauvetage et les ruptures utérines.

La formation des matrones rurales.

Afrique médicale 1975 ; N°14 (126) : 35-38.

36- Traoré A. F.

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako 1989 N°49

Annexes

Questionnaire 1 CSCCom

Centre de santé communautaire de :

Distance par rapport à Macina :

Date et heure du début de travail :

Date et heure d'entrée de la femme au CSCCom :

Date et heure de prise de décision au CSCCom :

Date et heure d'arrivée de l'ambulance :

Autre moyen de transport :

Situation de la contre partie : ASACO à jour : oui/non

Mairie à jour : oui/non

Questionnaire 2 CSCCom

1- Lien avec l'accompagnant :

a. Mari

d. Belle-mère

b. Père

e. Beau frère

c. Mère

f. Autres (à préciser)

2- Transport de la femme du village au CSCCom :

a. Moto

b. Charrette

c. Voiture

d. Autres (à préciser)

3- Provenance :

4- Distance village CSCCom :

5. Connaissance des textes de la référence/évacuation par l'accompagnant :

Questionnaire 3 CSRef

Nom : Age :
Prénom : Statut Matrimonial :
Adresse : Gestité :
Parité :
Nombre d'enfant vivant :
Dernier enfant : Vivant : Mort né :
Motif de la référence/évacuation :
Date de la référence/évacuation :
Moyen de transport :
Heure d'arrivée au CSRef : date / heure
Heure de la prise en charge : Accouchement :
Césarienne :
Autre (à préciser) :
Résultat : Mère : Vivante/ DCD Nné : V/D
Complications :
Diagnostic retenu au CSRef :

Fiche signalétique

Nom : GOITA

Prénom : Bougou

Titre : Evaluation du système de référence/évacuation au centre de santé de référence du cercle de Macina

Année : 2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

Secteur d'intérêt : Maternité

Résumé :

Notre étude a été réalisée au centre de santé de référence du cercle de Macina. Elle avait pour but de faire l'évaluation du système de référence/évacuation dans le dit centre.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec recueil prospectif qui s'est étendu sur une période de douze mois (du 01 avril 2006 au 31 mars 2007).

Au terme de cette étude, nous avons enregistré 271 parturientes qui ont été toutes hospitalisées. Sur 450 accouchements enregistrés en salle d'accouchement du 01 avril 2006 au 31 mars 2007, les parturientes évacuées étaient au nombre de 271 représentant une fréquence de 60,22%. La tranche d'âge 14 - 24 ans a représenté 47%, avec des ages extrêmes de 14 ans et 45 ans. L'âge moyen était de 26 ans.

Les femmes mariées représentaient 96 % des sujets, sur un effectif de 271 parturientes.

Les primigestes ont constitué 33,22% des sujets de notre étude avec 90 cas.

Le travail prolongé représentait 18,45% des motifs d'évacuation ; suivi respectivement par la DFP, la présentation vicieuse, et la dilatation stationnaire avec 17,34% ; 16,24% ; et 15,13%.

Nous avons retenu 39,11% de travail normal, suivi de la DFP avec 26,94%.

Le taux de césarienne était de 49,45% chez les nullipares, suivi respectivement par les multipares et les grandes multipares avec 48,48% et 46,15%.

Les parturientes à 78% ont été transportées des Cscm au CSRef par ambulance.

Les mairies et les ASACO n'étaient pas à jour dans le payement du quote part de la caisse de solidarité avec respectivement 79% et 54% de cas de référence/évacuation.

Mots clés : Evaluation, référence/évacuation

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes **Condisciples**, devant **l'effigie d'Hippocrate**, je **promets** et je **jure**, au nom de l' **Etre 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 je 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 de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois humaines.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je donnerai 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