

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

un peuple Un but une foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
(FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2015-2016

N°

**EVALUATION DU SYSTEME DE
REFERENCE/EVACUATION DES URGENCES
OBSTETRIQUES AU CSREF CIV DU DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14 /05/2018 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Par *M. N'Golo FOFANA*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT).

JURY

Président du jury : Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Membre du jury : Docteur DIARRA Dessé

Directeur de thèse : Professeur SANGHO Hamadoun

Co-directrice: Docteur SISSOKO Mama-SY KONAKE

DEDICACES

Au nom d'**ALLAH**, le tout miséricordieux le très miséricordieux, seigneur de tout univers, gloire à ALLAH le tout puissant qui m'a donné le courage et la force nécessaire pour mener à bien ce travail sous le nom de son **Prophète** « paix et salut sur lui ».

A mon père **M. Simbo FOFANA**, tu nous as appris à être courageux, combatif et persévérant dans toutes choses que nous entamions. Ce travail est le fruit de ta rigueur. Puisse Dieu le tout puissant te donner longue vie auprès de nous pour profiter de nos exploits.

A ma mère **WARIBA dite Iya DIARRA**, toi qui a su supporté toutes mes caprices. Calme, douce, tendre et sereine ; tes conseils m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Puisse Dieu le tout puissant t'accorder une longue vie auprès de nous pour profiter de nos exploits.

A mon tonton **M. GOÏTA Mamadou** et ma tante **Korotimi COULIBALY**, vous m'avez accueilli à bras ouvert dans votre famille. La générosité, la solidarité et l'esprit de partage font de votre famille un exemple à suivre ; ce travail est le vôtre. Qu'ALLAH le tout puissant vous prête longue vie.

A mon frère **Ousmane FOFANA** et mes sœurs **Mariam FOFANA et Youma FOFANA**. En gage de ma profonde gratitude, que se resserre d'avantage notre lien de fraternité. Que la paix et la cohésion règnent au sein de notre fratrie.

A mes cousins, **Moussa GOÏTA, Souleymane SANOU et Dramane COULIBALY** ; ensemble, nous avons passé des moments difficiles de la vie. Qu'ALLAH le tout puissant nous accorde longue vie, la réussite et le succès dans nos projets futurs.

REMERCIEMENTS

A tout **le corps professoral** de la FMOS, merci pour l'enseignement fourni. Ce travail est le fruit de votre effort.

Au Médecin-chef du CSRéf CIV du district de Bamako, **Dr SISSOKO Mama-Sy KONAKE** ; merci pour le soutien indéfectible et l'encadrement fourni. Ce travail est le vôtre.

Au chef du service de gynécologie-obstétrique du CSRéf CIV **Dr KONE Diakaridia** et ses collègues **Dr SAYE Amaguiré, Dr DIARRA Dessé et Dr DIARRA Sirama**. Vos talents, vos disciplines, vos rigueurs et vos dévouements pour le travail bien fait font de vous des exemples à suivre. Merci pour le soutien et l'encadrement non seulement dans le domaine médical mais aussi sur la vie de société.

A tous mes aînés Médecins particulièrement **Dr KEITA Mamadou**, vous avez été toujours là pour me soutenir. Vos conseils non seulement dans le domaine médical que social. Ce travail est le fruit de vos efforts conjugués.

Aux Majors **M. DIALLO Mountaga** du service de chirurgie et **SIDIBE Fanta KONE** du service de gynéco-obstétrique pour le soutien et les conseils fournis.

A toutes les sage-femmes, infirmières obstétriciennes et aide-soignantes du CSRéf CIV.

A tous mes chers collègues, **Internes** du CSRéf CIV, pour le temps passé ensemble. Merci pour l'écoute et le respect que vous m'avez accordé. Bonne chance à tous.

A tout le personnel du CSRéf CIV sans exception.

A tous ceux qui m'ont soutenu financièrement, matériellement et moralement pour la bonne réussite de ce projet.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

- Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS ;
- Membre du comité d'éthique de la FMOS ;
- Chevalier international des palmes académiques du CAMES ;
- Docteur HONORIS CAUSA de l'université de LAVAL au QUEBEC (CANADA).

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre contact facile, votre simplicité, votre disponibilité et surtout votre modestie font de vous une personne admirable.

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

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Hamadoun SANGHO

- Maître de conférences agrégé en santé publique ;
- Directeur général du Centre de Recherche, d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) ;
- Professeur titulaire de santé publique à la FMOS ;

Cher maître,

C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

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

A notre maître et co-directrice de thèse

Docteur SISSOKO Mama-Sy KONAKE

- Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune CIV;
- Titulaire d'un Master en santé publique (Major de la 2^{ème} promotion, option épidémiologie du DER de santé publique);
- Ancienne consultante à l'OMS pour la gestion de la crise humanitaire et investigatrice d'EBOLA au Mali.

Chère maître,

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

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

A notre maître et juge,

Docteur DIARRA Dessé

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

Cher maître,

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement et de votre encadrement pratique dans le service.

Vos qualités humaines, votre savoir médical et votre rigueur scientifique font de vous une référence pour les étudiants.

Vous avez tout de suite accepté de juger notre travail, cela nous honore particulièrement.

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

Liste des sigles et abréviations

ANAM : Agence Nationale d'Assistance Médicale.

ACOG : Collège américain des gynécologues et obstétriciens.

ASACO : Association de Santé Communautaire.

BDCF : Bruits du cœur fœtal.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CM : Centimètre.

CPN : Consultation Prénatal.

CREDOS : Centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant.

CSCom : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

DCA : Décès Constaté à l'Arrivé.

EDSM : Enquête Démographique de la Santé au Mali.

FELASCOM : Fédération locale des associations de santé communautaire.

Fig. : figure.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

GEU : Grossesse extra utérine.

HPPI : Hémorragie du post-partum immédiat.

HRP : Hématome retro placentaire.

HTA : Hypertension Artérielle.

INPS : Institut Nationale de Prévoyance sociale.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PP : Placenta Prævia

PRP : Promonto retro pubien.

PSP : Promonto sus pubien.

SONU : Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence.

SONUB : Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base.

SONUC : Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets.

TA : Tension artérielle.

USTTB : Université des Sciences de Techniques et des technologies de Bamako.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
GENERALITES.....	5
METHODOLOGIE.....	33
RESULTATS.....	44
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	62
CONCLUSION.....	71
RECOMMANDATIONS.....	72
REFERENCES.....	74
FICHE D'ENQUETE.....	77
FICHE SIGNALITIQUE.....	96

1. INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé « OMS » estime à 800 le nombre de femmes qui meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Aussi il est à signaler que 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement. De multiples facteurs limitent l'accès à des soins de qualité devant contenir cette mortalité à un niveau plus acceptable, comme la faiblesse des ressources familiales, l'éloignement des structures de santé et la précarité du système de transport [1].

La mortalité maternelle 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 » [2].

Dans le système sanitaire du Mali, les établissements publics hospitaliers constituent des structures de référence secondaire et tertiaire pour les échelons périphériques de soins. Une complémentarité doit être établie entre eux. [3]

En Afrique sub-saharienne, une femme a un risque sur 16 de mourir d'une complication liée à la grossesse au cours de sa vie; dans les pays industrialisés, ce risque est de 1 sur 2800 [4].

Devant l'ampleur du problème, les Premières Dames d'Afrique de l'ouest et du centre se sont réunies à Bamako en 2001 pour dégager des voies et moyens appelés « Initiative 2010 » afin de réduire considérablement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

Au Mali, on constate depuis 2001 une réduction du taux de mortalité allant de 582 décès pour 100 000 naissances selon EDSM III 2001, à 368 décès pour 100 000 naissances à la dernière enquête démographique et de Santé du Mali (EDSM V : 2012-2013) [5].

Une organisation bien structurée et une bonne sensibilisation de la population et des agents de santé surtout pour la bonne gestion du système d'orientation peuvent avoir un impact positif par rapport à ces résultats. De ce système découlent deux(2) aspects : il s'agit de la **référence** et de l'**évacuation**.

Pour réduire les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, il est capital de référer les femmes à temps vers les structures mieux équipées.

D'après Adamson Peter : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale est d'identifier le plus tôt possible les 15% des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps [6].

Selon d'autres praticiens, il est important de privilégier les Consultations prénatales (CPN), la formation et le recyclage des prestataires de santé et de faire en sorte que les examens complémentaires (Imagerie et biologie) soient standardisés et subventionnés par l'état [6]. Pour cela une place importante est à accorder au transfert des parturientes vers les centres mieux équipés ou spécialisés.

Ainsi, des stratégies efficaces de résolution de ces problèmes ont été préconisées et mises en place à savoir :

- la promotion de la planification familiale ;
- la promotion des consultations prénatales ;
- la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

L'accès aux SONU est souvent une question de transport. Les interventions qui visent à améliorer le transport des femmes ayant des complications peuvent être divisées en deux catégories :

- ✓ celles destinées à améliorer le transport des femmes de leur communauté à un centre de santé et
- ✓ celles visant à améliorer le transport des femmes entre deux centres de santé de différents niveaux (SONUB à SONUC) [7].

L'accès aux SONU est aussi une question financière. Les coûts associés au transport, aux services rendus, aux fournitures médicales et aux médicaments peuvent être trop élevés pour certaines femmes et familles [7].

Le système de Référence/Evacuation demeure particulièrement important pour les soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, pour donner accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Une étude menée en Tanzanie sur les références liées à la grossesse par Jahn et al. en 1998, a montré que l'autoréférence représente 70% de toutes les admissions à la maternité, les références pour accouchement 84% et les références d'urgences 1, 2% [8].

Pour mieux répondre aux deux questions principales à savoir les difficultés d'ordre organisationnel et fonctionnel du système et le niveau d'implication de la communauté dans le financement et la gestion du système de Référence/Evacuation dans le District sanitaire de la Commune IV, nous avons ainsi initié cette étude.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer le système de référence/évacuation des urgences obstétricales en commune IV du district de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales en commune IV du district de Bamako ;
- Déterminer les profils socio-démographiques des patientes reçues ;
- Décrire l'organisation et le fonctionnement du système de Référence/Evacuation dans le district sanitaire de la Commune IV ;
- Identifier les motifs des références/évacuations obstétricales et les modes de prise en charge ;
- Formuler des recommandations visant à améliorer le pronostic materno-fœtal et néonatal.

3. GENERALITES :

Au Mali le système de Référence/Evacuation a été instauré en 1993 dans le cadre de la politique sectorielle de la santé.

Le premier niveau de contact de la population avec les services de santé étant le Centre de santé communautaire (CSCoM), une pyramide sanitaire classe les établissements sanitaires en différents niveaux de référence :

- Le premier niveau de Référence est le centre de santé de Référence (CSRéf) ;
- Le deuxième niveau de référence est constitué par les Hôpitaux régionaux
- Le troisième niveau de référence par les hôpitaux nationaux.

L'organisation du système de référence/évacuation garantit la cohésion du système de santé.

En 2015 les ASACO se sont mobilisées en collaboration avec le CSRéf CIV à reprendre les cotisations et rendre gratuite la référence/évacuation pour toutes les femmes en situation difficile des CSCoM vers le CSRéf et vers les hôpitaux. Un comité de gestion composé de 5 membres a été mis en place pour le suivi et la révision du cadre conceptuel de la référence/évacuation.

Ce cadre conceptuel décrit la logique d'intervention du système de Référence/Evacuation, les recours ainsi que les résultats attendus à chaque niveau.

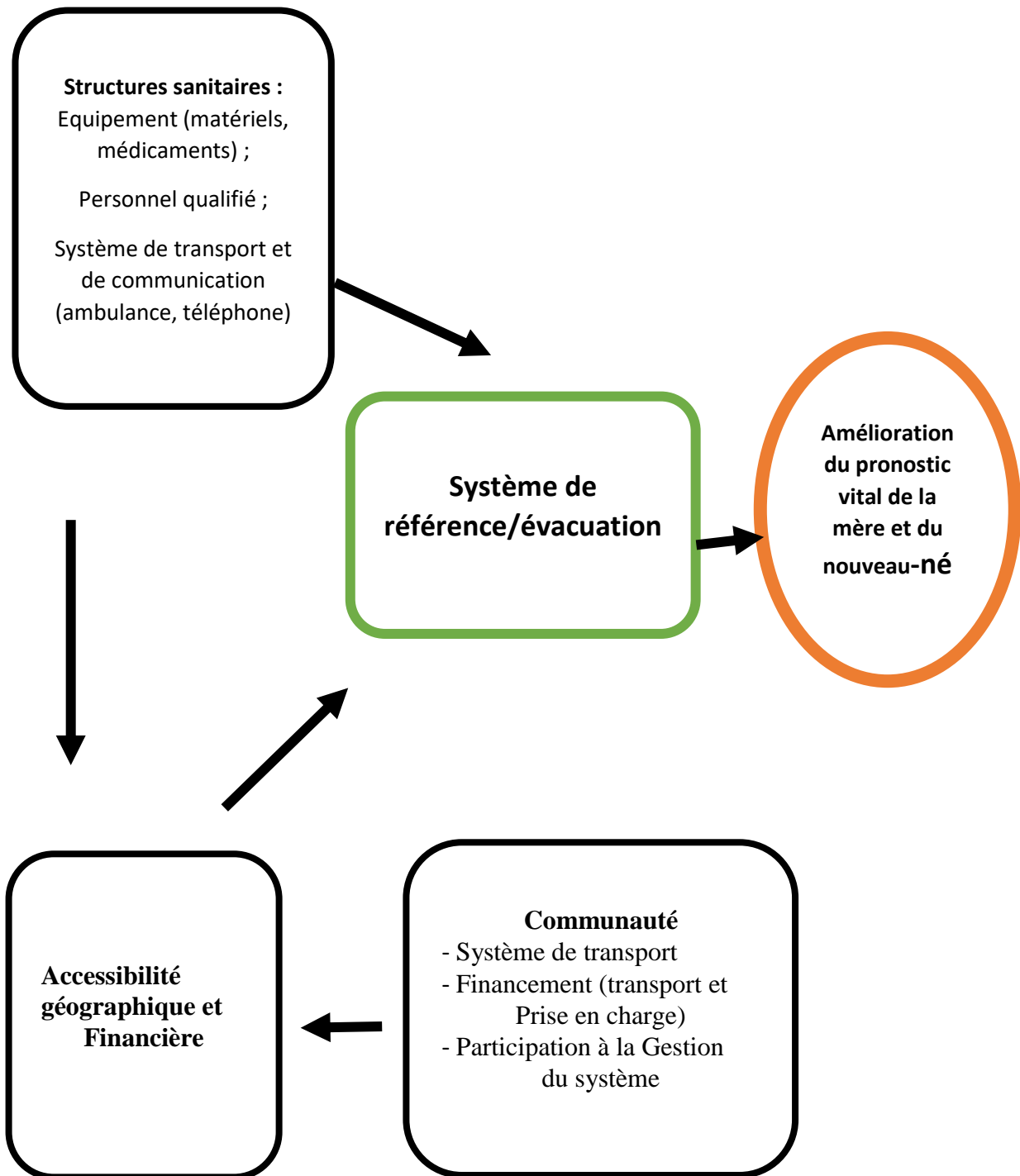


Fig1: Cadre conceptuel pour l'évaluation du système de Référence/Évacuation [3].

L'efficacité du système de Référence/Evacuation pour les urgences obstétricales dépend de plusieurs facteurs qui sont :

- la disponibilité d'infrastructures sanitaires équipées en matériels, médicaments, consommables et supports facilite la prise en charge des urgences obstétricales,
- la disponibilité du personnel qualifié, motivé et supervisé régulièrement à mesure de poser le diagnostic d'urgence et prendre une décision de référer à temps améliore la qualité du système de Référence/Evacuation ;
- l'existence d'un système de communication et de transport en permanence ;
- l'implication de la communauté dans la gestion et le financement est une garantie pour la pérennisation du système.

Ces facteurs sont des intrants déterminants pour la mise en place d'un système de Référence/Evacuation.

La conjugaison de ces intrants aboutira à une amélioration des conditions de transport et une augmentation de l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à temps. Ceci peut entraîner une satisfaction des patientes et de la communauté et aura pour conséquence le recours précoce aux soins par la communauté. Il faudrait à tous les niveaux (centres de santé communautaire, centre de santé de référence, organes de gestion, mairie) que l'organisation, le fonctionnement et la coordination soient assurés avec l'implication des communautés. Même si la disponibilité d'un système de communication et de transport a un effet sur l'accessibilité géographique, la non implication des différents acteurs est un obstacle. De même l'absence d'un système de prépaiement des soins peut avoir des répercussions sur la prise en charge de la femme.

Depuis le lancement du système de Référence/Evacuation le suivi se fait à travers l'exploitation des rapports des différents centres de santé.

3.1. Définitions des concepts :

Référence : C'est l'ensemble des dispositions prises pour permettre le transfert d'un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge et cela sans notion d'urgence [9].

Evacuation : c'est la référence avec une notion d'urgence.

Le processus d'évacuation passe par les étapes suivantes :

- La préparation de l'urgence par le centre qui réfère (utilisation de la fiche de référence/évacuation, information de la patiente et ses parents, abord veineux) ;
- L'acheminement de la patiente (véhicule médicalisé, accompagné d'un agent et soins médicaux en cours de transport) ;
- La réception de la patiente à la maternité de référence.

Contre-référence: C'est le processus mis en place pour assurer la retro information d'un centre de santé ayant reçu un malade pour des soins plus spécifiques vers le centre de santé ayant adressé le malade.

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

Evacuation obstétricale: C'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée nécessitant une prise en charge gynéco-obstétricale d'urgence.

L'évacuation concerne une parturiente en travail évacuée en urgence ou non en travail mais pour une complication grave nécessitant une hospitalisation. SAGO (Dakar 1998).

Urgences obstétricales : Ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestres de la grossesse, de l'accouchement et

des suites de couches (jusqu'au 42^{ème} jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme.

Les principales urgences obstétricales selon les normes internationales sont de 7 catégories :

- **Les hémorragies du post-partum:** ce sont des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml pendant ou immédiatement après la délivrance lors d'un accouchement par voie naturelle ou supérieur ou égale à 1000 ml en cas de césarienne. Le diagnostic est clinique et le traitement dépend de l'étiologie et de l'hémorragie. [10]
- **Les infections :** Les plus fréquentes sont l'endométrite, la pelvipéritonite, la rétention placentaire infectée du post-partum, l'infection ovulaire et la pyélonéphrite.
- **L'avortement:** C'est une interruption de grossesse avant le terme théorique de 180 jours soit 28 semaines d'aménorrhée. Ce sont les complications de l'avortement provoqué qui sont le plus souvent fâcheuses.
- **La Pré-éclampsie / éclampsie :**

La pré-éclampsie : est la survenue d'une hypertension artérielle avec protéinurie et/ou œdème des membres inférieurs entre la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et le 42^{ème} jour des suites de couches chez une femme enceinte sans antécédent d'HTA.

L'éclampsie : c'est un syndrome vasculo-rénal caractérisé par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail d'accouchement ou plus rarement les suites de couches.

- **Le travail dystocique/prolongé:** C'est une anomalie de l'accouchement dû aux présentations irrégulières, aux rétrécissements pelviens, la dystocie

dynamique (anomalie de la contraction utérine, anomalie de la dilatation cervicale).

- **Les maladies intercurrentes** : l'anémie, le paludisme et la drépanocytose

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) : Ils constituent les soins obstétricaux et néonataux essentiels destinés à prendre en charge les complications inattendues et urgentes liées à la grossesse et à l'accouchement.

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) sont classés en deux catégories: les soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) et les soins obstétricaux et néonataux complets (SONUC).

Le tableau suivant résume la différence entre SONUB et SONUC.

TABLEAU I: Soins réalisés aux patientes et aux nouveau-nés en SONUB et SONUC

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de complets
L'administration parentérale d'antibiotique ;	En plus des fonctions
L'administration parentérale d'ocytocine ;	SONUB :
L'administration parentérale d'anticonvulsif;	La transfusion sanguine ;
L'extraction manuelle du placenta ;	
L'évacuation des produits résiduels(AMIU) ;	Les interventions
L'accouchement assisté par voie basse (ventouse obstétricale) ;	chirurgicales.
La réanimation du nouveau-né.	

Système de Référence/Evacuation :

C'est l'ensemble des ressources organisées et mises en place pour assurer une prise en charge rapide et adéquate des urgences obstétricales en agissant efficacement sur les trois retards.

Référence justifiée :

La référence est dite justifiée si le centre de santé qui réfère ne dispose pas de plateau technique adéquat pour prendre en charge un problème obstétrical.

Référence adéquate : Une référence est adéquate lorsque les modalités de la référence ont été correctes : prise en charge au CSCOM correcte, information donnée aux patientes et lieu de références correctes.

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en développement. Elles sont dues entre autres à des facteurs d'insuffisance d'infrastructures socio-sanitaires et le bas niveau d'instruction.

3.2. Organisation et fonctionnement du système :

- Le circuit de la référence/évacuation :

Par rapport à l'organisation et le fonctionnement du système ; le circuit de la patiente évacuée est organisé de sorte qu'à l'appel des structures périphériques (CSCOM et structures privées), l'ambulance fait le déplacement pour aller chercher la patiente qui sera admise au CSRéf. Après examen et évaluation du tableau clinique, un diagnostic est posé et une prise en charge décidée en fonction des capacités du CSRéf.

Les cas qui nécessitent un tableau technique plus élevé que le niveau du CSRéf sont évacués pour la continuité des soins au niveau d'un CHU.

Pour les patientes évacuées des CSCOM de la commune, les frais de déplacement de l'ambulance sont couverts par la caisse de solidarité. Les supports qui accompagnent la patiente sont :

- La copie du partogramme,
- La fiche de référence/évacuation,
- Le carnet ou la fiche de suivi de grossesse.

Pour la liaison entre les différentes structures sanitaires les moyens de transports et de communication utilisés sont : deux (2) ambulances médicalisées, et un (1) téléphone portable tous en bon état fonctionnel. Ces moyens n'ont pas fait défaut durant la période d'étude.

Les organes de gestion du système de référence/évacuation sont composés d'un comité composé des représentants des ASACO, du CSRéf, de la mairie et de la FELASCOM. Le rôle de chaque organe dans la gestion du système est classé comme suit :

- Le président assure la coordination des activités (FELASCOM) ;
- Le trésorier assure la collection des cotisations et quote-part et le compte rendu financier ;
- Le commissaire aux comptes assure le contrôle des tâches ;
- Le secrétaire à l'information assure la diffusion de l'information.

Le suivi et le monitoring du système est organisé par le comité et sanctionné par une réunion trimestrielle, le nombre de réunion de monitoring réalisé pendant la période d'étude est de deux (2).

- Le mécanisme de financement :

Le financement du transport des femmes évacuées est assuré par la caisse de solidarité de la référence/évacuation. Le coût du transport d'une évacuation est fixé à 2900f CFA.

La maintenance et la réparation de la logistique roulante sont assurées d'une part par les ressources propre du CSRéf et d'autre part par l'état.

Le CSRéf dispose aussi d'un matériel de réanimation au bloc opératoire, des kits d'urgence gynéco-obstétricale et des kits de césarienne. Ces kits n'ont pas eu de rupture au cours de la période d'étude.

Le financement des kits de césarienne est entièrement assuré par l'état. Celui des autres kits d'urgence obstétricale est assuré par la famille.

Le cout des kits de prise en charge des césariennes est de gratuite, celui de la GEU est de 28740f CFA.

3.3. Physiologie de l'accouchement :

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que foetal réservé. La plupart des accidents sont dus à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non-utilisation du partogramme. Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications. « L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées) ». Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement. L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhées révolues. S'il se produit entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine, il est dit à terme [10].

L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par voie basse. L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou de l'impossibilité d'accouchement par la voie basse. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile foetal doit progresser à travers le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines) qui

entraînera une dilatation progressive du col. L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes [10].

3.3.1. Phénomènes dynamiques :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal; des œstrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux œstrogènes.

Les contractions utérines ont pour effet :

- L'effacement et la dilatation du col,
- La formation de la poche des eaux,
- Le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

3.3.2. Phénomènes mécaniques :

A travers la filière pelvienne, le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou détroit moyen et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose de :

- 4 pièces osseuses (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx)
- 4 articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaques, la symphyse pelvienne et la sacro-coccygienne).

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse médian. Le pronostic de l'accouchement est favorable si cet

indice est supérieur ou égal à 23, il est incertain entre 21 et 22, franchement mauvais si l'indice est en dessous de 20.

3.3.3. Le travail d'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées, intenses et la fréquence augmente au fur et à mesure avec une modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, rythmées, progressives dans leur durée, leur fréquence et leur intensité, elles sont totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

L'accouchement est divisé en trois périodes :

- **1^{ère} période** : c'est l'effacement et la dilatation du col, elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.
- **2^{ème} période** : c'est l'expulsion, elle va de la dilatation complète du col jusqu'à la naissance. Dans l'intérêt du fœtus l'expulsion ne doit pas dépasser 15 à 20 min pour la multipare et 20 à 30 min pour la primipare. [10].
- **3^{ème} période** : c'est la délivrance, elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta.

La surveillance active du travail d'accouchement permet de :

- ✓ réduire la durée du travail,
- ✓ corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition,
- ✓ contrôler de façon constante la vitalité fœtale,
- ✓ déterminer les pronostics :

- a) Pronostic mécanique : il est basé sur l'étude du bassin et du volume fœtal. Il faut aussi identifier la présentation et sa variété de position. L'échographie sera d'un recours appréciable.
- b) Pronostic dynamique : il est basé sur l'appréciation des contractions utérines, de la dilatation et de l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.
- c) Pronostic fœtal : la vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe.

Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme. Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

L'obstétricien « aux mains nues » selon Delecour et Thoulon a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments Classiques [11].

- les contractions utérines,
- les modifications du col :

Le col doit être mou dilatable de longueur inférieur à 1,5cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice.

- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique :

La poche des eaux a un rôle dynamique, sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque d'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence du méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [12].

- L'évolution de la présentation :

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée quand son plus grand diamètre a franchi l'aire du détroit supérieur.

Dans la présentation céphalique, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas introduire un ou deux doigts dans le vagin, entre le plan coccy-sacré et la partie la plus déclive de la présentation : c'est le signe de FARABEUF [10].

- L'état du fœtus :

Les bruits du cœur fœtal sont bien audibles en dehors des contractions utérines, le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modification des bruits du cœur en fréquence.

A ces éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : **l'état général de la parturiente** ; l'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle, la température et la tolérance aux contractions utérines; il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

3.4. Les pathologies obstétricales :

3.4.1. Les dystocies :

La dystocie du grec « *dystakos* » désigne un accouchement difficile quel que soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine.
- Dystocie mécanique en relation avec :

- Un retentissement de la filière pelvienne,
- Un obstacle prævia ou anomalie des parties molles.

Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle [10].

a. Les dystocies d'origine fœtale :

- La disproportion fœto-pelvienne :

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

Selon Delecour une hauteur utérine supérieur à 36cm, un périmètre ombilical supérieur à 106mm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4000g à défaut d'échographie. La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

- Les présentations dystociques :

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

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

L'accouchement du siège est classiquement dystocique, ce qui explique le taux élevé des césariennes : 11 à 12% selon Delecour, 18% au centre Foch [11].

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.

- 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,

contrairement aux variétés postérieures, celles-ci 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 une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic foetal est réservé.

- La présentation du front : c'est une présentation intermédiaire entre celles du sommet et de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence et elle doit bénéficier toujours d'une césarienne. Elle est la plus dystocique des présentations céphaliques.
- La présentation transversale ou présentation de l'épaule : elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne absolue.

b. Dystocie d'origine maternelle :

- 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 contraction utérine ou hypocinésie,
- D'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie,
- D'une anomalie par inefficacité de la contraction utérine apparemment normale.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être diagnostiquées 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 [10].

- **Bassins pathologiques :**

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. 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 souvent recourir à la radiopelvimétrie.

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

- Celles dont l'état nécessite une césarienne (bassins chirurgicaux),
- Celles chez lesquelles l'épreuve du travail est indiquée (bassins limites),
- Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse (bassins normaux).

Pour un fœtus de poids normal si le diamètre promonto-retro pubien (PRP) est inférieur à 8 cm la voie basse est impossible mais si celui-ci est entre 8 et 9 cm, il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est de règle sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- La femme en travail,
- Le col dilaté (3 à 4cm),
- La présentation céphalique,
- Le poids du fœtus normal.

L'épreuve du travail commence entre 3 à 4 cm de dilatation et la rupture artificielle des membranes. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état du fœtus, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de

l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne [13].

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. La procidence du cordon :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'il fait courir au fœtus [10].

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

3.6. La souffrance fœtale :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal et aussi par la couleur du liquide amniotique (méconial). La valeur normale des BDCF est de 120 à 160 battements par minute. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale [10].

3.7. Les hémorragies :

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause de décès maternel. Les étiologies sont variées, nous avons essentiellement : **le placenta prævia, l'hématome retro-placentaire, la rupture utérine et l'hémorragie de la délivrance** [10].

a) La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine, elle peut être complète ou incomplète et peut intéresser tous les segments de l'utérus.

C'est l'urgence obstétricale la plus grave, elle est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent des bonnes techniques de surveillance du travail d'accouchement.

Dans les pays en développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructures socio sanitaires, d'insuffisance de personnel qualifié et/ou mal reparti et l'insuffisance de matériel de surveillance du travail d'accouchement.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou pendant le travail. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation inadéquate des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel.

La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'un des facteurs étiologiques les plus fréquents en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée mais la chirurgie est à elle seule insuffisante et doit être complétée par la correction du choc hypovolémique et par l'antibioprophylaxie.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention. Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante compliquée de lésions

de voisinage irrégulière et étendue accompagnée de lésions vasculaires ; rupture datant de plus de 6 heures même lorsqu'elle est moins grave.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (ovaire et trompe laissés en place), cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme, ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

b) L'hématome retro-placentaire : HRP

Ce système réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine ; cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser [10].

Elle constitue une urgence obstétricale.

La cause de l'HRP n'est pas connue avec précision ; cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro-placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP :

- Les formes avec hémorragies externes abondantes qui prêtent à confusion avec le placenta prævia ;
- Les formes moyennes, dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué ;
- Les formes latentes peuvent passer inaperçues, les signes cliniques sont discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur la face maternelle du placenta ;

- Les formes traumatiques par version par manœuvre externe ou par accident le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne. Elle peut se compliquer aussi de nécrose corticale du rein : sur le plan hémodynamique, on assiste à une forte coagulation, localisée dans la zone utéroplacentaire. Il y a libération de thromboplastine ovulaire qui va entraîner une défibrination vasculaire. 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 nécroses glomérulaires étant définitives.

La conduite à tenir devant l'HRP est de :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide,
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite,
- Effectuer une césarienne pour sauver la mère et le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications en cas d'hémorragie incoercible après l'échec des méthodes habituelles d'hémostase.

c) Placenta prævia hémorragique :

C'est l'insertion vicieuse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus, il s'attache tout en entier sur la muqueuse corporelle devenue caduque ou decidua pendant la grossesse [10].

Le placenta prævia se manifeste au 3^{ème} trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement. C'est une extrême urgence obstétricale pour le pronostic maternel et fœtal, il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vive, abondante, indolore et inopinée.

En présence d'un PP hémorragique, la conduite à tenir est de :

- Prendre une voie veineuse efficace ;
- Rompre la poche des eaux dans le but d'arrêter le saignement lorsqu'elle est accessible ;
- Extraire le fœtus le plus rapidement possible si vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

d) Les hémorragies du post-partum :

On distingue les hémorragies de la délivrance qui sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général ; elles doivent être distinguées des hémorragies contemporaines de la délivrance, mais n'ayant pas leur source dans la zone d'insertion placentaire. Elles proviennent des lésions des parties molles [10].

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

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

La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec service de réanimation.

3.6. Utérus cicatriciel :

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

Nous dirons que la césarienne itérative systématique est inutile quand la première césarienne ne révélait d'une indication permanente, c'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta prævia.

3.7. L'hypertension artérielle et ses complications :

On parle d'hypertension artérielle sur grossesse lorsque la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg à deux reprises à intervalle de 4 heures de temps chez une femme enceinte.

Elle est dite sévère lorsque la TA systolique est supérieur ou égale à 160 mm Hg et/ou diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg

Selon le collège américain des gynécologues et obstétriciens (ACOG), il existe 4 types d'hypertension artérielle [14]:

Type I ou Pré-éclampsie : c'est une hypertension artérielle survenue au-delà de 20 semaines d'aménorrhée, pendant le travail et/ou dans les 24heures qui suivent l'accouchement associée à une protéinurie significative (supérieur à 300mg/24H ou 1g/l ou encore plus de 2 croix à la bandelette urinaire).

Type II ou HTA chronique : c'est une hypertension artérielle préexistante à la grossesse ou survenue avant la 20^{ème} semaine d'aménorrhée sans protéinurie significative et qui persiste après la grossesse.

Type III ou Pré éclampsie surajoutée : c'est l'apparition d'une protéinurie significative (supérieur à 300mg/24H ou 1g/l ou encore plus de 2 croix à la bandelette urinaire) chez une femme hypertendue connue.

Type IV ou HTA gestationnelle : encore appelée HTA transitoire, elle apparaît à chaque grossesse au-delà de la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et disparaît à la fin de celle-ci sans protéinurie.

L'évolution peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques telles que l'éclampsie, l'hématome retro-placentaire, les hémorragies cérébro-méningées, l'insuffisance rénale et le HELLP syndrome qui associe : une hémolyse, une élévation des enzymes hépatiques et une thrombopénie.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

3.8. L'éclampsie :

Complication redoutable de la pré-éclampsie, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complication de décubitus ou d'accident iatrogène lié au coma postcritique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le sulfate de magnésium ou à défaut le diazépam. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le pentothal en cas d'échec de ces traitements ;

- La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilat) et les diurétiques dans le post-partum [13].

3.9. Thérapeutiques obstétricales :

3.9.1. 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 fœtus 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.

3.9.2. Le forceps :

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

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

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

3.9.3. La ventouse obstétricale :

C'est un instrument de traction et de flexion destiné à extraire le fœtus à la période expulsive du travail d'accouchement.

Les indications et les conditions sont les mêmes que celles du forceps.

Elle n'est appliquée que sur la tête fléchie et sur un plan osseux résistant. La ventouse ne saurait être appliquée sur le front même en variété bregmatique, sur la face, sur le siège. Elle est formellement contre-indiquée en cas de cranio-tabès ou de prématuré.

Certains ont élargi les indications de la ventouse au point d'avoir abandonné le forceps. La ventouse est ainsi appliquée à la partie moyenne de l'excavation quelle que soit la variété de position.

Le périnée, en général subit une distension normale et se déchire rarement. L'épisiotomie est moins souvent nécessaire que dans application de forceps.

3.10. Quelques manœuvres obstétricales :

3.10.1. La manœuvre de MAURICEAU :

Elle est indiquée dans les dystopies 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, de nos jours l'index et le médium sont placés de chaque côté de la racine du nez. On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête ;
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane dos en avant, abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse ;
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent être exécutés sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

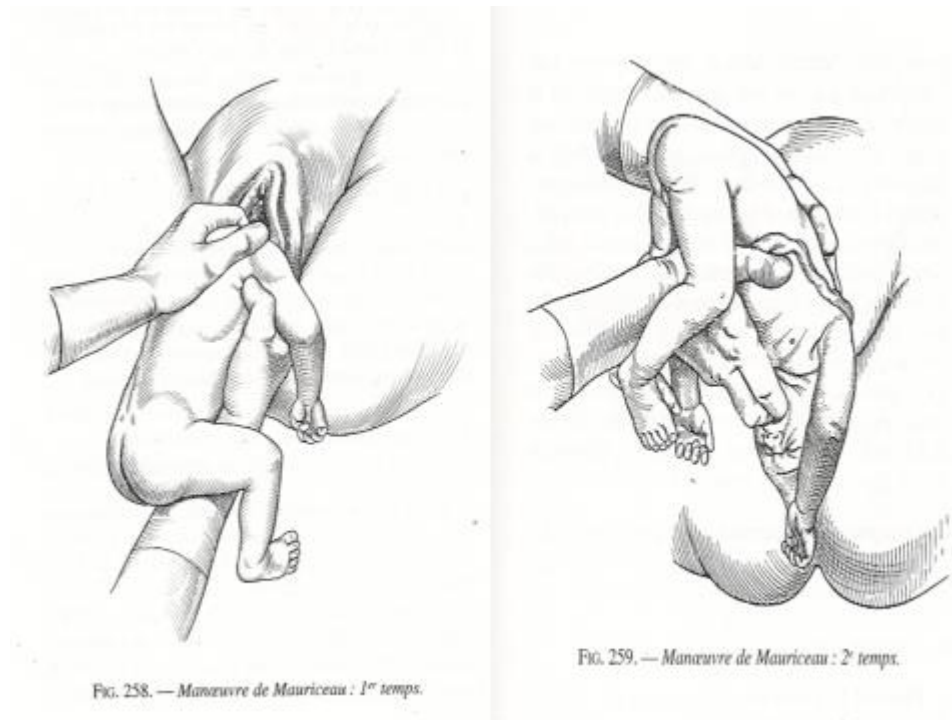


Figure2: Accouchement du siège (Manœuvre de Mauriceau)

3.10.2. La manœuvre de Bracht :

Elle est une aide au dégagement de la tête fœtale quand celle-ci est descendue en partie basse. La manœuvre de Bracht est réalisée selon la technique suivante :

- Le siège se dégage ;
- les épaules se dégagent jusqu'à la pointe des omoplates ;
- La tête est en partie basse : le sous-occiput est sous la symphyse ;
- Aucune traction n'est utilisée ;
- La manœuvre doit être réalisée avec douceur

Il s'agit de retourner le fœtus sur le ventre de sa mère en le saisissant par les membres :

- Les pouces de l'opérateur sont placés sur la face interne des cuisse ;
- Les autres doigts sont sur les fesses ;
- Il faut accompagner le retournement progressif du fœtus ;
- Le dos fœtal prend contact avec le ventre maternel ;
- La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage en déflexion [15].

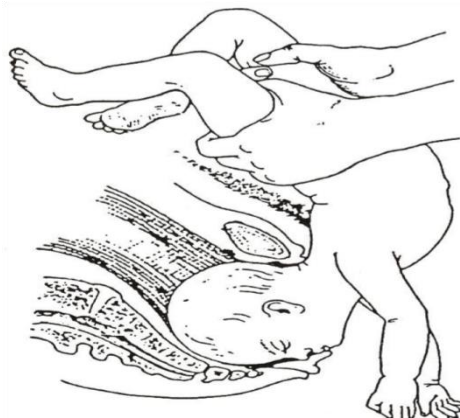


Figure 3 : Accouchement du siège (Manœuvre de Bracht).

3.11. La grande extraction du siège :

Les indications sont rares, la meilleure est l'extraction du 2^{ème} 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^{er} 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 par traction douce amène le fœtus à la vulve. Pour le siège décompleté, il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus ;
- ✓ **2^{ème} temps** : *l'accouchement du siège*, il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bi trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement, orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare. En tirant en bas on dégage la hanche antérieure, la traction ensuite horizontale puis vers le haut, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre est alors dégagé ;
- ✓ **3^{ème} temps** : *Accouchement des épaules* ; la traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, 2^{ème} et 3^{ème}

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 antéropostérieur. 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 abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} 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 antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

- ✓ **4^{ème} temps :** *Accouchement de la tête dernière*, l'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelques fois avec application de forceps, l'expression abdominale pendant le 4^{ème} temps particulièrement indiquée [10].

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CS Réf CIV) du District de Bamako.

CARTE SANITAIRE CIV

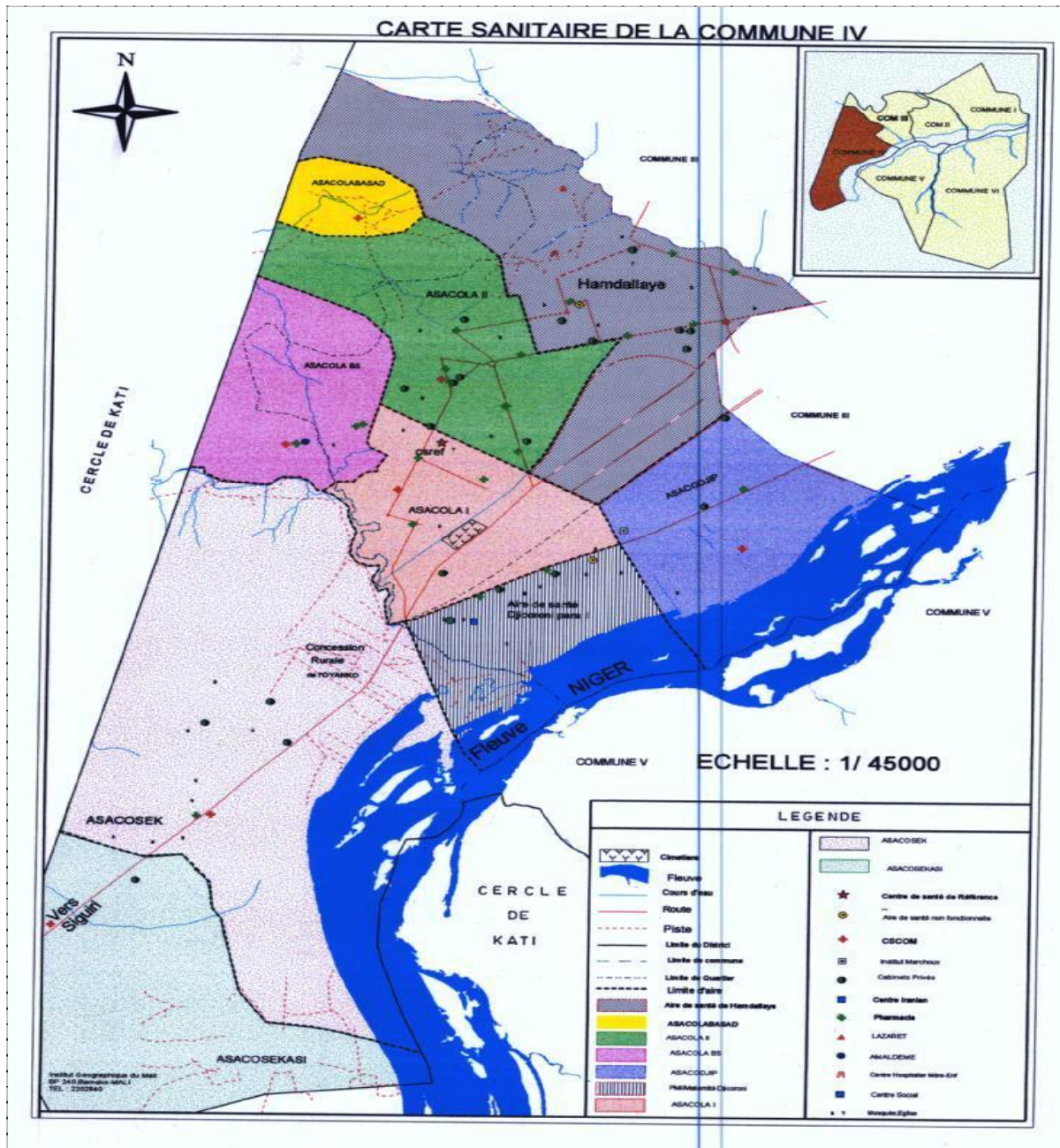


Figure 4 : Carte Sanitaire de la commune IV du district de Bamako

Source : (source PUS CIV Mars 2001).

1.2. Aperçu historique

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les Niakaté sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANCONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34 /CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N°78-34 /CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi N°95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales,
- La loi N° 95-034 du 22 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

1.3. Données géographiques

La commune IV couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'ouest par la limite Ouest du district qui fait frontière avec le cercle de Kati,
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III,
- au Sud, le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV MARS 2001).

1.4. Données socio – démographiques

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale est estimée à 368242 habitants en 2015 (source DNSI).

Elle couvre 8 quartiers tels que Lafiabougou, Sébénicoro, Hamdallaye, Djicoroni, Talico, Lassa, Sibiribougou et Kalabambougou.

1.5. Les structures sanitaires

La commune IV du district de Bamako contient :

- Neuf (9) CSCom plus une (1) maternité qui représentent les structures sanitaires de 1^{er} niveau de contact, il s'agit de la maternité Renée Cissé d'Hamdallaye, l'ASACOHAM, l'ASACOSEK, l'ASACOSEKASI, l'ASACODJIP, l'ASACODJENEKA, l'ASACOLA1, l'ASACOLA2, l'ASACOLABASAD et l'ASACOLAB5 ;
- Un Centre de Santé de Référence (CSRéf) qui représente le premier niveau de référence est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (**PMI**) à sa création (en 1981) érigé en CSRéf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Dans le cadre de la rénovation du CSRéf CIV les services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie sont délocalisés à la maternité Renée Cissé d'Hamdallaye.

En plus de ces structures, il existe aussi des structures privées telles que des cabinets, des cliniques et des polycliniques.

1.6. Les infrastructures :

Les infrastructures disponibles pour l'accueil et la prise en charge des urgences obstétricales au niveau de la maternité Renée Cissé se composent de :

- 1- La maternité constituée d'une salle d'accouchement avec trois (3) tables, une salle de suites de couche avec sept (7) lits et une (1) salle de garde pour les sage-femmes ;
- 2- Un bloc opératoire avec deux (2) tables, une (1) salle de réveil et une (1) salle de stérilisation;
- 3- Un laboratoire géré par la structure mère (CSRef CIV) avec une mini-banque de sang ;

- 4- Un service d'échographie ;
- 5- Deux salles d'hospitalisation avec dix (10) lits.

1.7. Ressources matérielles :

Une prise en charge adéquate nécessite la disponibilité de matériels adaptés pour cet effet, le CSRéf dispose de :

- quatre (4) boites d'accouchements dans la salle d'accouchement et chaque sage-femme de garde a une boite d'accouchement ;
- huit (8) boites de césariennes dont 4 urgences et 4 prophylactiques ;
- une (1) boîte de myomectomie ;
- une boîte d'hystérectomie.

1.8. Personnel socio-sanitaire existant :

TABLEAU II : Qualification et nombre de personnel du CSRef.

Qualification du personnel	Nombre	Disponible
Médecin spécialiste	16	16
Médecin généraliste	19	19
Pharmacien	2	2
Biologiste	2	2
Assistant Médical	19	19
Sage-femme	28	28
Technicien supérieur de la santé	12	12
Technicien supérieur de labo-pharmacie	2	2
Technicien supérieur hygiène assainissement	0	0
Infirmière obstétricienne	16	16
Infirmier santé publique	19	19
Technicien labo-pharmacie	3	3
Technicien hygiène assainissement	6	6
Matrone/aide-soignant	16	16
Administration	21	21
Chauffeur	6	6
Manœuvre/gardien/autres	21	21
Total	208	208

Une équipe disponible et formée sur la prise en charge des urgences obstétricales assure la permanence pour l'accueil des patientes évacuées des structures périphériques. Ces agents de santé se composent de :

TABLEAU III : Qualification et nombre de personnel disponible pour les références/évacuations dans le service de gynécologie-obstétrique.

Qualification	Nombre	Disponible
Gynéco-Obstétricien	3	3
Médecin généraliste	10	10
Anesthésiste Réanimateur	1	1
Chirurgien	2	2
Assistant anesthésiste	5	5
Sage-femme	28	28
Infirmière obstétricienne	14	14
Technicien de laboratoire	6	6
Echographiste	1	1
Chauffeur	5	5
Total	75	75

NB : Les étudiants faisant fonction d'interne assurent la permanence et les gardes pour l'accueil et la prise en charge des patientes reçues dans le service.

1.9. Type et Période d'étude

Il s'agit d'une étude de type transversale allant du 1^{er} Janvier 2017 au 30 Juin 2017.

1.10. Population d'étude

Notre étude a porté sur toutes les patientes admises à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV pendant la période d'étude.

1.11. Echantillonnage

Nous avons adopté un sondage exhaustif concernant toutes les patientes évacuées à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV et répondant à nos critères d'inclusion.

a.) Critères d'inclusion

Toutes les patientes évacuées pour une cause obstétricale et prises en charge dans le service de gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV pendant la période d'étude.

b.) Critères de non inclusion

Il s'agissait de toutes les patientes ayant refusé de participer à notre étude.

1.12. Collecte des données

Une fiche d'enquête a été utilisée pour recueillir les informations sur les patientes à partir de leurs dossiers (voir annexe).

1.13. Sources des données

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers obstétricaux, les carnets de consultation prénatale, le registre d'accouchement et d'hospitalisation, le registre de compte-rendu opératoire, et les fiches de référence/évacuation des mères.

1.14. Les variables

Notre variable d'étude dans l'évaluation du système de Référence/Evacuation a été fait à travers:

- La description de son organisation,
- L'analyse de son fonctionnement,

- L'apport de la communauté.

Variables relatives à l'organisation du système:

- Les Ressources humaines,
- Les Ressources matérielles,
- Les organes de gestion,
- Les supports mis en place,
- Les Infrastructures.

Variables relatives au fonctionnement du système

- Circuit des patientes,
- Conditions de transfert des parturientes,
- Délai d'évacuation,
- Remplissage des supports,
- Nombre de patientes reçues pour urgences obstétricales référées ou non.

Variables relatives à la participation communautaire (collectivités, organes de gestion):

- Gestion du système,
- Financement du système.

TABLEAU IV : Variables et leurs opérationnalisations

VARIABLES	OPERATIONNALISATION
1. Qualification du responsable du CSCom	Médecin, Infirmier d'état, sagefemme
2. Formation du personnel en SONUB	Oui /non
3. Qualification du responsable de la maternité	Sagefemme, infirmière obstétricienne
4. Potentiel des CSCom	Le potentiel des CSCom pour offrir tous les services essentiels : PMA et

	SONUB
5. Nombre de gynéco-obstétricien au CSRéf	Le nombre de gynéco-obstétricien prenant en charge des urgences au CS Réf
6. Disponibilité et état du matériel SONU	Etat et nombre (liste préétablie) au moment de l'enquête : non disponible, disponible mais en mauvais état, disponible et en bon état
7. Disponibilité des kits césarienne	Taux de disponibilité des kits césarienne : Nombre de jours de rupture de stock.
8. Moyen de communication utilisé par les CSCom pour communiquer avec le CS Réf	Le moyen de communication principal par lequel les CSCom utilisent pour communiquer avec le CS Réf, soit le téléphone
9. Disponibilité de la communication	permanente ou intermittente
10. Nombre d'ambulances fonctionnelles au CSRéf et au CSCom	Le nombre d'ambulances fonctionnelles au moment de l'enquête.
11. Fonctionnalité des organes de gestion du CS Réf et des CSCom	a) La fonctionnalité du Comité de gestion des ASACO est mesurée à partir : <ul style="list-style-type: none">- Nombre de réunions tenues- Supervision trimestrielle- Monitoring semestriel b) La fonctionnalité du Conseil d'administration des ASACO : <ul style="list-style-type: none">- Nombre de réunions tenues- Supervision trimestrielle- Monitoring semestriel c) La Fonctionnalité du Comité de gestion du C S Réf : <ul style="list-style-type: none">- Nombre de réunions tenues- Supervision trimestrielle- Monitoring semestriel

	d) La Fonctionnalité du Conseil de gestion du CS Réf : - Nombre de réunions tenues, -Supervision trimestrielle, -Monitoring semestriel
12. Disponibilité du partogramme	Oui/non
13. Coûts assumés par la patiente	Montant payé par la patiente/parents pour l'évacuation et les SONUC au niveau du CSRéf
14. Délai d'évacuation	Temps entre le départ de l'ambulance du CSRéf et son retour au CS Réf avec la patiente
15. Nombre de femmes référées	Le nombre de femmes qui ont été référées au cours de la période
16. Nombre de femmes évacuées	Le nombre de femmes qui ont été évacuées au cours de la période
17. Taux de référence justifiée (oui/non)	Inexistence des moyens nécessaires pour satisfaire la prise en charge (compétence spécialisée, matériel, traitement)
18. Taux de référence adéquate (oui/non)	Nombre de référée ayant reçu un traitement correct aux CSCom ayant fait l'objet de référence et supports correctement remplis
19. Taux de référence opportune (Oui/non)	Référence est opportune si elle est réalisée à temps : Tardive, Opportune
20. Taux de fiches de retro information envoyé (oui/non)	Fiches de contre référence remplies et envoyées aux CSCom ayant référé
21. Taux de fiches de référence correctement remplies	

1.15. Traitement et analyse des données

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés sur des logiciels Epi-DATA et Excel.

1.16. Considération éthique :

Nous avons fait une déclaration auprès des autorités dans laquelle la propriété des données a été clairement indiquée, le consentement éclairé des sujets de l'enquête a été demandé, les bonnes pratiques médicales ont été respectées. Les résultats seront diffusés à travers des ateliers, des séminaires ou des conférences. La conduite à tenir en cas de non-respect du protocole (désignation d'une autorité compétente dans le règlement des litiges).

5. RESULTATS :

5.1. Fréquence :

Nous avons réalisé une étude transversale allant du 1^{er} janvier au 30 juin 2017. Pendant cette période, nous avons enregistré 3358 admissions, parmi celles-ci 3128 parturientes ont accouché (voie basse et césarienne).

Nous avons reçu 383 patientes évacuées pour urgence obstétricale vers le CSRéf CIV, ce qui constitue notre domaine d'étude soient **11,40%** des admissions. Ce taux concerne les patientes évacuées des structures périphériques publiques et privées.

- Les structures de provenance :

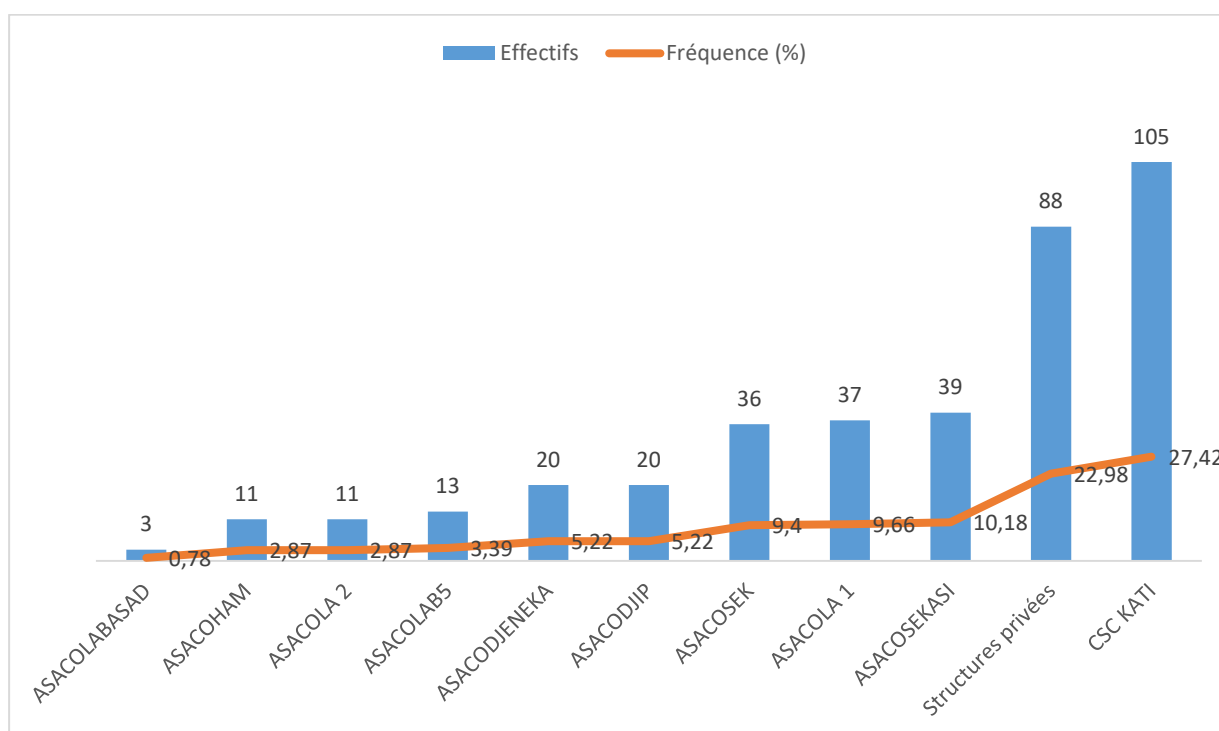


Figure 5: Répartition des patientes selon la structure de provenance.

Nous avons constaté que les évacuations provenant des CSCCom du cercle de Kati ont représenté 27,42% des évacuations.

5.2. Profils sociodémographiques des patientes

TABLEAU V : Répartition des patientes selon l'âge

Age (ans)	Effectif	Fréquence (%)
Moins de 18 ans	101	26,37
Entre 18 et 35 ans	222	57,96
Plus de 35 ans	60	15,67
Total	383	100

Nous constatons que la majorité de nos patientes avait un âge compris entre 18 et 35 ans, soit 57,96%.

TABLEAU VI : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Mariée	309	80,68
Célibataire	71	18,54
Divorcée	2	0,52
Veuve	1	0,26
Total	383	100

La majorité de nos patientes était des femmes mariées, soit 80,68%.

TABLEAU VII : Répartition des patientes selon leur profession.

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Ménagère	178	46,48
Vendeuse	75	19,58
Elève/Etudiante	65	16,97
Fonctionnaire	35	9,14
Aide-ménagère	30	7,83
Total	383	100

Parmi nos patientes, 46,48% étaient de ménagères.

TABLEAU VIII : Répartition des patientes selon leur résidence.

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Cercle de Kati	111	28,99
Sébénicoro	61	15,93
Hamdallaye	50	13,05
Lafiabougou	45	11,75
Djicoroni	40	10,44
Talico	26	6,79
Sibiribougou	26	6,79
Kalabambougou	13	3,39
Lassa	11	2,87
Total	383	100

Les patientes venant du cercle de Kati étaient majoritaires avec 28,99%.

TABLEAU IX : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisée	225	58,75
Niveau primaire	65	16,97
Niveau secondaire	45	11,75
Niveau fondamental	38	9,92
Niveau supérieur	10	2,61
Total	383	100

La majorité de nos patientes n'était pas scolarisée, soit 58,75%.

5.3. Organisation et fonctionnement du système :

5.3.1. Organisation et fonctionnement du système au CSRef :

TABLEAU X : Répartition des patientes selon le temps de séjour dans les structures de provenance.

Temps de séjour	Effectif	Fréquence (%)
Moins d'1 heure	194	50,65
De 1h à 4 heures	93	24,28
Plus de 4 heures	96	25,07
Total	383	100

Les patientes qui ont fait moins d'une heure de temps dans les structures de provenance avant leur évacuation représentaient 50,65%.

TABLEAU XI : Répartition des patientes selon la réception d'un traitement dans les structures de provenance.

Traitement	Effectif	Sous Fréquence (%)	Fréquence(%)
Antispasmodique	155	64,58	40,46
Antibiotique	45	18,75	11,75
Oxytocine	15	6,25	3,92
Soluté de remplissage	15	6,25	3,92
Diazépam	10	4,17	2,61
Sous total	240	100	62,66
Aucun traitement	143	0	37,34
TOTAUX	383		100

Parmi les patientes qui ont reçu un traitement avant leur évacuation, 64,58% avaient reçu un antispasmodique.

TABLEAU XII : Explication aux patientes de leur motif d'évacuation

Raison d'évacuation	Effectif	Fréquence (%)
Oui	338	88,25
Non	45	11,75
Total	383	100

Les patientes ayant reçu un counseling avant leur évacuation ont représenté plus de 88%.

- Mise en place d'un abord veineux :

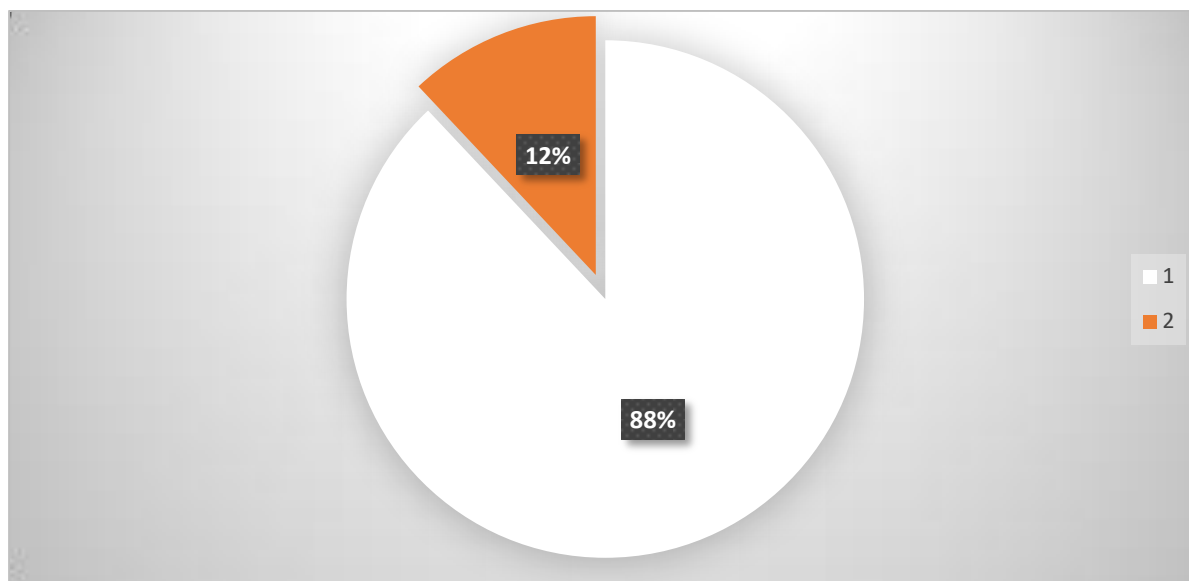


Figure 6 : Répartition des patientes évacuées avec un abord veineux.

Nous constatons que 87,99% des patientes ont été évacuées avec un abord veineux (cathéter).

- Documents d'évacuation :

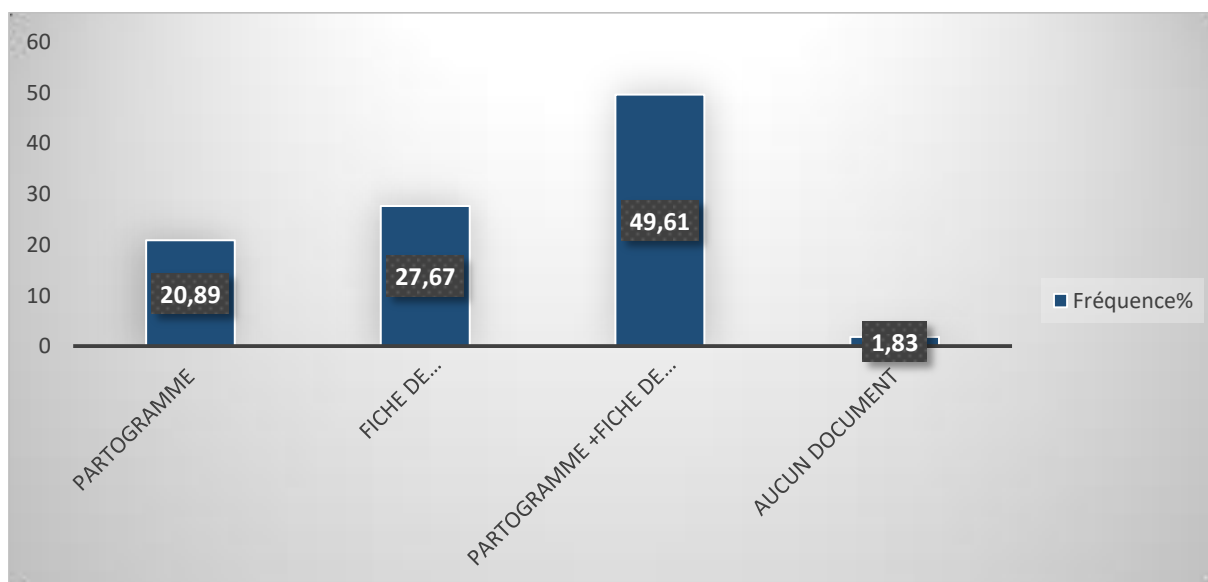


Figure 7 : Répartition des patientes ayant été évacuées avec ou sans document.

Nous avons constaté que 49,61% de nos patientes ont été évacuées avec un document complet.

- **Qualité de l'agent de santé qui accompagne :**

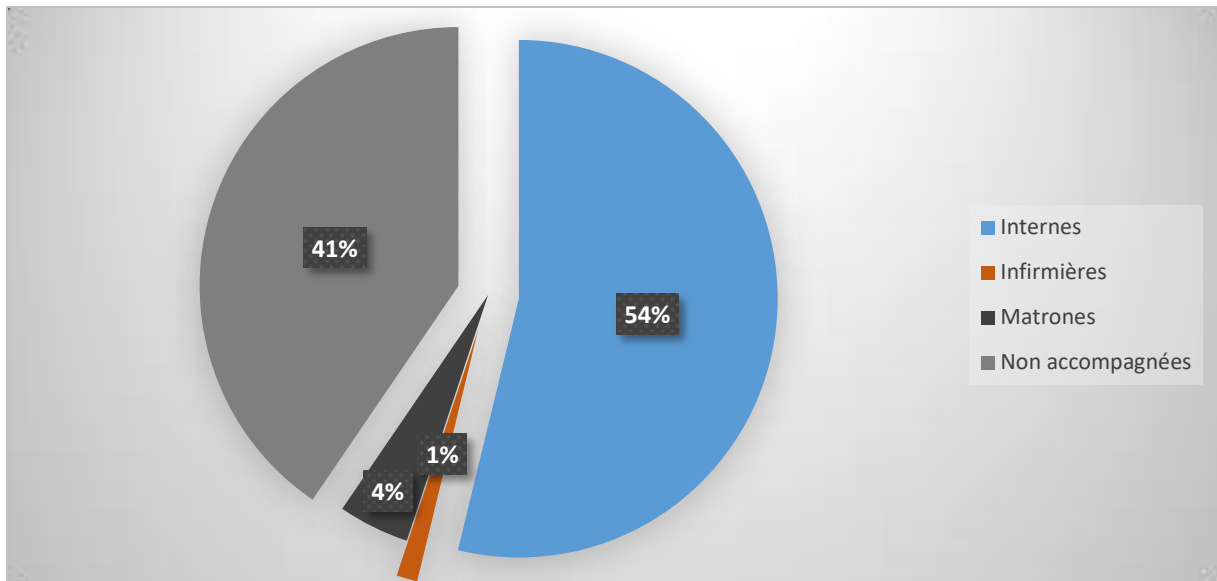


Figure 8: Répartition selon que les patientes aient été accompagnées par un agent de santé ou non.

Les patientes évacuées qui étaient accompagnées par les internes représentaient 53,79%.

- **Aire de santé d'évacuation :**

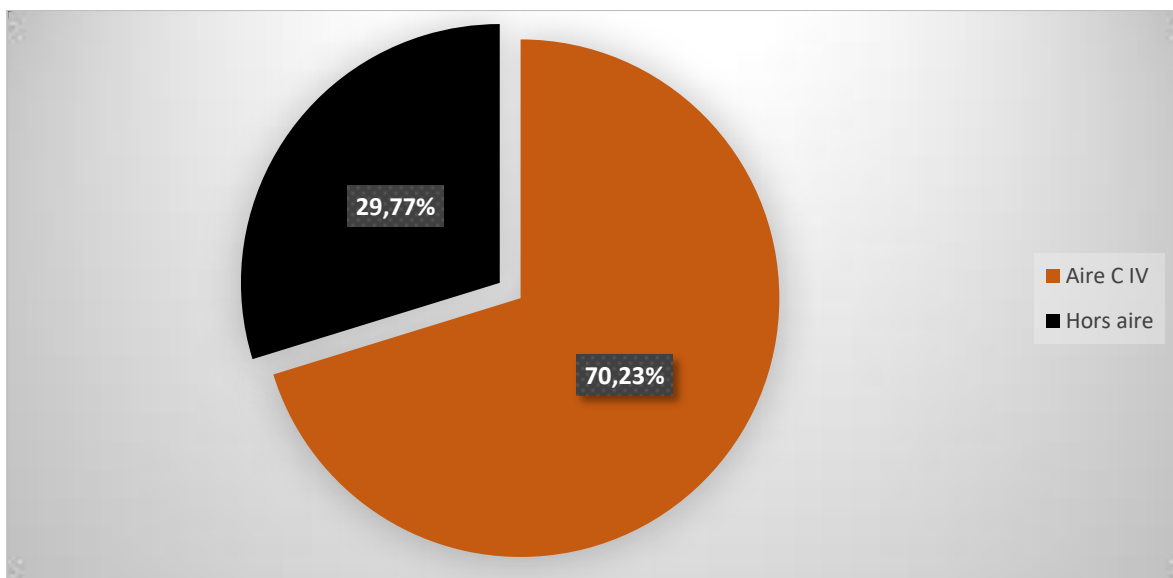


Figure 9 : Répartition des patientes selon l'aire de santé de provenance.

Les évacuations provenant d'autres aires de santé constituaient 29,77%.

- **Moyen de transport pour l'évacuation :**

TABLEAU XIII : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé.

Moyen de transport	Effectif	Fréquence (%)
Ambulance	230	60,05
Taxi	133	34,73
Véhicule personnel	17	4,44
Moto	3	0,78
Total	383	100

Dans 60,05% des cas, les patientes sont venues à bord d'une ambulance.

TABLEAU XIV : Temps mis entre structure de référence et CSRef

Temps mis en route	Effectif	Fréquence (%)
Moins de 15 min	73	19,06
15 min à 30 min	173	45,17
30 min à 1 heure	53	13,84
1h à 2 heures	72	18,80
Plus de 2 heures	12	3,13
Total	383	100

Les patientes qui ont fait 15 min à 30 min en route ont représenté 45,17%.

TABLEAU XV: Distance entre les CSCom et le CSRef.

CSCOM	Distance (kilomètre)
ASACOSEKASI	18
ASACOLABASAD	16
ASACOSEK	12
ASACODJIP	12
ASACODJENEKA	8
ASACOHAM	8
MRC HAM	6
ASACOLAB 5	4
ASACOLA 1	2
ASACOLA 2	2

Le CSCom le plus long du CSRef est l'ASACOSEKASI avec 18km et le plus proche est l'ASACOLA 1 avec 2km.

TABLEAU XVI : Répartition des patientes selon que l'évacuation soit justifiée ou non.

Evacuation justifiée	Effectif	Fréquence (%)
Oui	352	91,91
Non	31	8,09
Total	383	100

Dans notre échantillon 91,91% des évacuations reçues étaient justifiées. C'est-à-dire que les centres de santé qui évacuent ne disposent pas de plateau technique adéquat pour prendre en charge ces cas.

TABLEAU XVII : Répartition des patientes selon que l'évacuation soit adéquate ou non.

Evacuation adéquate	Effectif	Fréquence (%)
Oui	259	67,62
Non	124	32,38
Total	383	100

Nous avons constaté dans notre étude que 67,62% des patientes ont été évacuées de façon adéquate. C'est-à-dire les modalités de la référence ont été correctes : prise en charge au CSCom correcte, information donnée aux patientes correcte et lieu de référence correcte.

- **Répartition du budget de référence/évacuation :**

TABLEAU XVIII : situation de paiement des quote-parts.

Répartition du budget par acteur	Montant à payer	Montant payé
ASACO	22 740f CFA (20%)	181 920f CFA Soit 80%
Mairie	678 600f CFA (60%)	0
CSRef	226 200f CFA (20%)	226 200f CFA Soit 100%
Total	1 131 000f CFA (100%)	408 120f CFA Soit 36,08%

Nous avons constaté que la mairie qui devrait payer 60% du budget n'a pas honoré sa part.

TABLEAU XIX : Répartition des ASACO par rapport au paiement des quote-parts.

Nom de CSCom	Quote-parts (franc CFA)
ASACOLA 1	22 740
ASACOSEK	22 740
ASACOLA B5	22 740
ASACOLA 2	22 740
ASACODJIP	22 740
ASACOLABASAD	0
ASACOSEKASI	22 740
ASACODJENEKA	22 740
ASACOHAM	22 740
TOTAL	181 920

Un seul CSCom n'a pas payé sa quote-part pour l'an 2017.

5.3.2. Organisation et fonctionnement du système au niveau des CSCom :

TABLEAU XX: Existence d'un ordinogramme pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Ordinogramme	Effectif	Fréquence (%)
Oui	9	100
Non	0	0
Total	9	100

Tous les centres de santé communautaire du district sanitaire de la commune IV possèdent un ordinogramme pour la prise en charge obstétricale.

TABLEAU XXI : Existence des fiches de référence/évacuation.

Fiche de réf/évacuation	Effectif	Fréquence (%)
Oui	9	100
Non	0	0
Total	9	100

Tous les CSCom avaient des fiches de référence/évacuation disponible.

TABLEAU XXII : Existence d'un registre de référence/évacuation.

Registre	Effectif	Fréquence (%)
Oui	9	100
Non	0	0
Total	9	100

Il existe un registre de référence/évacuation dans tous les CSCom du district sanitaire de la commune IV.

En plus du registre, les fiches de partogramme sont disponibles dans chaque CSCom.

TABLEAU XXIII : Disponibilité de kit de médicament pour les urgences obstétricales.

Kit de médicament	Effectif	Fréquence (%)
Oui	4	44,44
Non	5	55,56
Total	9	100

Nous avons constaté que 55,56% des CSCom n'ont pas prévu de kit de médicament pour les urgences obstétricales. Le contenu de ces kits est en général un cathéter, du sparadrap, du sérum glucosé 5%, d'un perfuseur, d'une sonde et poche urinaire, du sulfate de magnésium dans certains CSCom.

Le moyen de transport utilisé pour la liaison entre le CSRef et les CSCom est l'ambulance du CSRef. La communication est assurée par un téléphone.

Avant d'évacuer une patiente, certaines dispositions sont prises pour une bonne coordination ; il s'agit entre autre :

- D'informer la patiente et ses parents ;
- D'informer le CSRef ;
- De prendre une voie veineuse ;
- De remplir la fiche de référence/évacuation.

TABLEAU XXIV : Réception de retro-information sur les cas évacués.

Retro-information	Effectif	Fréquence (%)
Oui	7	77,78
Non	2	22,22
Total	9	100

Nous avons constaté que 22,22% des CSCom n'avaient pas reçu de retro-information sur les patientes évacuées vers le CSRef. Ceux qui avaient reçu la retro-information l'avaient reçue à un délai de deux (2) à trois 3 mois ; temps estimé trop long pour avoir une retro-information.

TABLEAU XXV : Participation des CSCom aux réunions de monitoring sur le système de référence/évacuation.

Participation aux réunions	Effectif	Fréquence (%)
Oui	9	100
Non	0	0
Total	9	100

Les responsables des différents CSCom du district sanitaire de la commune IV ont participé à toutes les réunions de monitoring sur le système de référence/évacuation. Le personnel de ces CSCom a été formé en soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

5.3.3. Organisation et fonctionnement au niveau communal

Nous nous sommes entretenus avec les autorités communales sur différents aspects notamment ;

- ❖ Dans le cadre du programme de développement socio-sanitaire de la commune, les activités prioritaires de santé prises en compte sont :
 - ✓ La construction d'un CSCom à Talico ;
 - ✓ La construction d'un CSCom à Kalabambougou extension ;
 - ✓ L'achat d'une ambulance ;
 - ✓ La rénovation du CSRef et sa dotation en équipement.
- ❖ Le système de référence/évacuation mise en place dans le district sanitaire de la commune IV a pour objectif d'assurer la prise en charge des urgences obstétricales. Il est piloté par le CSRef, la collectivité assure un appui financier au CSRef. Les cibles concernées sont surtout les cas obstétricaux qui dépassent la compétence des ASACO.
- ❖ Les autorités communales disent n'avoir pas été impliqués dans les étapes de conception et de mise en œuvre du système.
- ❖ La contribution de la mairie au financement du cadre conceptuel de la référence/évacuation doit être de 60%.
- ❖ Par rapport à l'implication de la communauté dans la gestion et le financement du système, les autorités communales sont timides par rapport à ce point.
- ❖ Au niveau de la commune les structures telles que l'ANAM, la CANAM, et l'INPS aident les communautés dans les dépenses de la santé. La mairie est disposée à encourager la mise en place de telles structures car ça participe au soulagement des personnes démunies.
- ❖ Depuis son lancement jusqu'à nos jours, la mairie dit avoir participé cinq (5) fois sinon plus à des réunions sur le système.

5.4. Les motifs d'évacuation et modes de prise en charge :

- Les motifs d'évacuation :

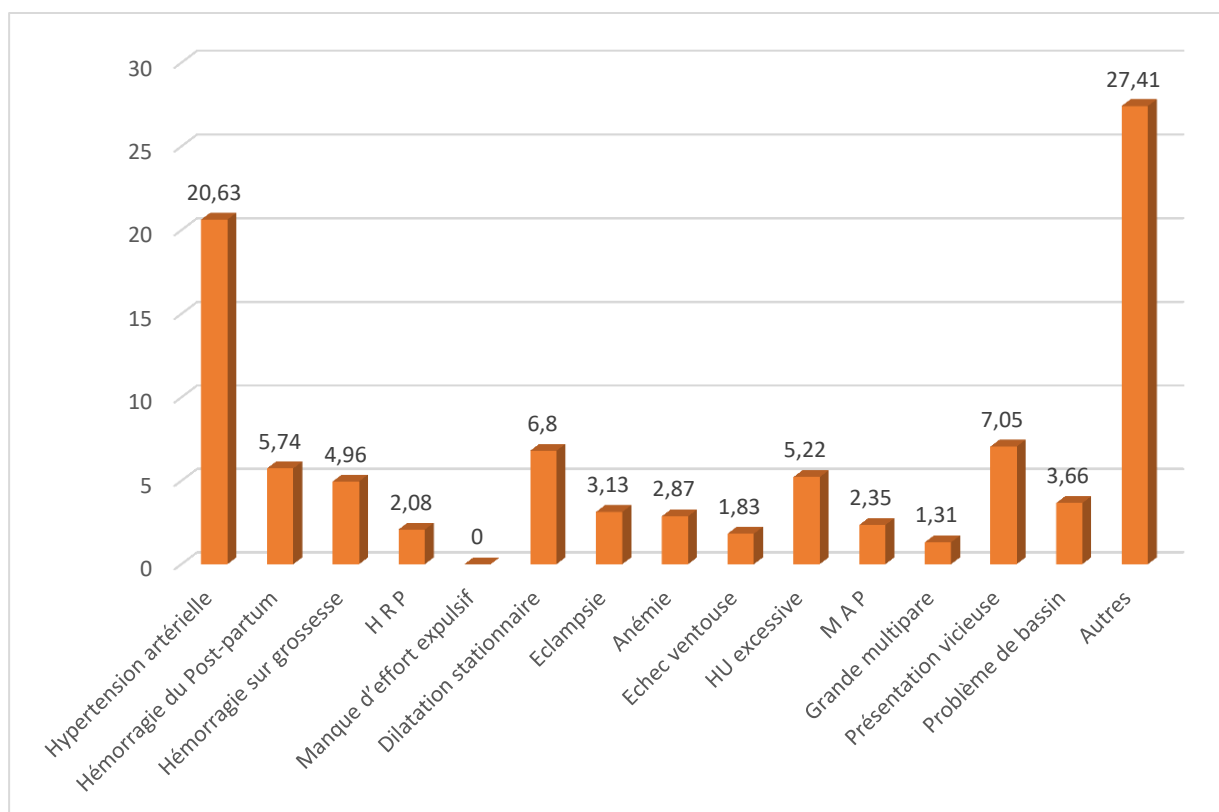


Figure 10 : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation

Nous avons constaté que pendant notre période d'étude, le motif le plus fréquent d'évacuation était l'hypertension artérielle avec 79 cas, soit 20,63%.

- **Les Modes de prise en charge**

TABLEAU XXVI: Répartition des patientes selon le mode de prise en charge.

Conduite à tenir	Effectif	Fréquence (%)
Accouchements voie basse	200	52,22
Césariennes	75	19,58
Autres	65	16,98
Evacuées vers CHU	39	10,18
Laparotomie	4	1,04
Total	383	100

Autres : il s'agit des patientes qui nous ont été évacuées après accouchement pour HTA, pour hémorragie du post-partum ou pour anémie.

Parmi les patientes évacuées, nous avons constaté que 52,22% de nos patientes ont accouché par voie basse.

TABLEAU XXVII : Répartition des patientes selon l'évolution.

Nombre de patiente reçue	Effectif	Fréquence (%)
Patiente indemne	379	98,96
Patiente décédée	4	1,04
Total	383	100

Pendant notre période d'étude, nous avons déploré quatre (4) cas de décès parmi les patientes évacuées soit 1,04%.

TABLEAU XXVIII : Répartition en fonction des patientes décédées.

Nombre de décès	Effectif	Fréquence (%)
Décédées dans le service	1	25
DCA	3	75
Total	4	100

Parmi les cas de décès, 75% ont été constatés à l'admission.

TABLEAU XXIX: Répartition des patientes selon les causes de décès.

Cause de décès	Effectif	Fréquence (%)
Hémorragie du post-partum immédiat	3	75
Rupture utérine	1	25
Total	4	100

Nous avons constaté que $\frac{3}{4}$ des décès sont dus à l'hémorragie du post-partum immédiat.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1. Difficultés et limites de l'étude :

- L'évaluation que nous avons menée a porté seulement sur l'organisation et le fonctionnement du système de Référence/Evacuation dans le district Sanitaire de la Commune IV.
- l'enquête a pris en compte les femmes évacuées des structures privées ainsi que des CSCom du district et hors du district sanitaire de la Commune IV.
- les élus communaux ont accepté de nous recevoir pour notre entretien.

L'évaluation du système de Référence/Evacuation est un domaine très vaste qui demande des ressources humaines, matérielles et surtout du temps.

Quelques études ont été réalisées sur l'évaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales au Mali. Ces limites n'entravent pas nos résultats.

6.2. Fréquence :

Pendant notre période d'étude, pour un total d'admission de 3358, les patientes évacuées étaient au nombre de 383 soit **11,40%** de la population d'étude.

Ce taux est supérieur à celui Macalou B [16] à l'hôpital régional de Kayes en 2001 et celui de BALDE [17] en Guinée Conakry qui étaient respectivement de 6,14% et 5,86%.

Il est approximatif à celui de SINABA F [18] au CSRéf CIV en 2005-2006 et d'Adama TT [19] CSRéf de Kati en 2012 qui étaient de 11,86% et 11%.

Mais inférieur à celui de THIERO [20] au CHU Gabriel Touré 31,5% de FALL [21] au Sénégal 32,9% et de B Aïssata [22] au Burkina Faso 30,8%.

Ces résultats nous expliquent que le taux des évacuations est diversement apprécié et dépend de la zone et aussi de la fréquence d'admission. Les évacuations sont exceptionnelles dans les pays développés car il existe toujours à la maternité un plateau technique et un personnel compétent permettant d'agir immédiatement en cas d'urgence [23].

6.3. Profils socio-démographiques :

La tranche d'âge de 18 à 35 ans était la plus dominante avec 57,96% ; ce taux est inférieur à celui de SINABA F qui avaient aussi la majorité avec 75,62% [18]. DIARRA B a trouvé 62% pour la tranche d'âge de 20 à 35ans au CSRef de Koulikoro en 2006 [24].

Ces différents résultats nous confirment que c'est la tranche d'âge où l'activité génitale est la plus accrue [24].

Les patientes de moins de 18 ans représentaient 26,37% des évacuations. Ce qui est largement supérieur au taux de SINABA F qui était de 12,75% [18]. Nous convenons avec SINABA F et SANGARE et Col de la côte d'ivoire que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile tant que le mariage des jeunes nubiles demeurera en Afrique noire [18,25].

Concernant le statut matrimonial, nous avons constaté que 80,68% de nos patientes étaient des femmes mariées.

Les femmes ménagères sont les plus représentées avec 40,68% ; ce taux est approximatif à celui de SINABA F qui était de 42% dans le même district sanitaire [18].

S'agissant du niveau d'instruction, la majorité de nos patientes n'était pas scolarisée, soit un taux de 58,75%. Ce taux est inférieur à celui de DIARRA B qui était de 70% à Koulikoro [24]; approximatif à celui de COULIBALY D au CSRef CIV en 2007 qui était de 57% [26]. Ceci s'explique par le faible taux de scolarisation féminine.

6.4. Organisation et fonctionnement du système :

6.4.1. Organisation et fonctionnement au niveau du CSRéf :

Notre étude nous a permis de savoir que 27,42% des évacuations provenaient des CSCom du district sanitaire de Kati. Ce taux est largement supérieur à celui de TRAORE B D qui était de 3,48% au CSRef CVI en 2010 [27], c'est également supérieur à celui de KANE MM, 10,09% au CSRef CVI en 2008 [28]. Cela s'explique par la disposition géographique du cercle de Kati par rapport à la commune IV, car ces patientes passent par l'aire de santé de la commune CIV pour aller à Kati.

Nous avons constaté que 50,65% de nos patientes évacuées n'avaient pas dépassé plus d'une heure dans les structures de provenance. Ce taux est supérieur à celui de TRAORE B D qui est de 30,70% [27] et largement supérieur à celui de SINABA F dans la même structure en 2006 qui était de 22%. Ce qui s'explique par une amélioration de la connaissance des agents de santé par rapport aux indications d'évacuation.

Les patientes ayant reçu un traitement avant leur évacuation représentaient 62,66%. Ce taux est largement supérieur à celui de TRAORE B D [27] et de KANE M.M. [28] qui sont respectivement de 16,45% et de 28,51% ; mais inférieur au taux de NIARE A, qui était de 64,30% en 2009 [29].

Nous avons constaté que 87,99% des patientes reçues avaient un abord veineux (cathéter). Ce taux est approximatif à celui de TRAORE A T au CSRéf CV en 2011, et de CISSE B au CSRéf de Markala en 2013 avec respectivement 86,7% et 89,4% des évacuations [30,31]. Ce qui explique que les principes de la référence/évacuation ne sont pas régulièrement respectés dans certaines structures sanitaires.

Nous avons observé que pendant notre période d'étude 1,83% des patientes ont été évacuées sans document mais 49,61% avaient un document au complet, le

reste avec une fiche d'évacuation ou un partogramme. Nous observons que ce taux est inférieur à ceux de COULIBALY D en 2007 et de SINABA F en 2005-2006 au CSRéf CIV selon lesquels 5,7% et 6% n'avaient pas de documents [18,26]. Ce qui nous explique que des efforts doivent toujours être fournis pour le bon remplissage des documents de référence/évacuation car cela permet de faciliter la prise en charge.

Pendant notre période d'étude, nous avons constaté que 29,77% des patientes reçues provenaient d'une autre aire de santé qui est essentiellement constitué des CSCom du cercle de Kati. Ce taux est supérieur à celui de KANE M.M. [28] au CSRéf CVI qui était de 10,09% ; et largement supérieur à celui de TRAORE B D qui était de 3,48% dans le même CSRéf. Toutes ces évacuations provenaient hors de l'aire de la commune IV plus précisément du cercle de Kati. Cela s'explique par la situation géographique du cercle de Kati par rapport au district de Bamako.

L'ambulance a été le moyen de déplacement le plus utilisé avec 60,05% des évacuations, 34,73% des patientes sont venues par taxi au CSRéf CIV. La plupart des patientes évacuées par taxi sont venues des CSCom du cercle de Kati et des structures privées. Ceci s'explique par le fait que ces structures ne disposent pas d'ambulance et n'ont pas été impliquées dans le cadre conceptuel de la référence/évacuation.

Les patientes évacuées qui n'étaient pas accompagnées par un personnel de santé représentaient 40,47%. Ce taux concerne surtout les patientes 2Q qui ont été évacuées par d'autres moyens à part l'ambulance. Ces patientes sont évacuées dans de mauvaises conditions, ce qui veut dire que l'ambulance doit être le moyen d'évacuation recommandé pour les urgences obstétricales. La collaboration entre les structures sanitaires doit être franche pour la bonne réussite du système.

Parmi les patientes reçues ; 45,17% ont mis entre 15 à 30 minutes pour se rendre au CSRéf. Le temps minimum était de 10 minutes et le temps maximum 2h

15min. La différence entre ces temps s'explique par la distance qui sépare le CSRéf aux structures de provenance.

Chez 91,91% des patientes reçues, l'évacuation a été jugée nécessaire ou justifiée. Ce taux est supérieur à celui de TRAORE A T et de celui de BARRY A au Burkina Faso en 2009 qui étaient respectivement de 78,3% et 87% [19,24]. Cela s'explique par le renforcement de la sensibilisation des agents de santé sur les cas à évacuer.

Les patientes évacuées de façon adéquate ont représenté 67,62% des cas. TRAORE AT a trouvé 7,8% en commune VI, taux qui est largement en dessus du nôtre de plus de 50%.

6.4.2. Organisation et fonctionnement au niveau des CSCom :

- Ressources humaines :

Le nombre et la catégorie professionnelle des agents occupent une place importante dans le système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales.

Les CSCom du district sanitaire de la CIV disposaient du personnel socio-sanitaire pour assurer le bon fonctionnement du système de Référence/Evacuation.

Tous les CSCom disposaient :

- D'au moins deux (2) Médecins par structure, seulement deux(2) CSCom disposaient d'un Médecin chacun;
- De trois(3) à six(6) sage-femmes par structure, seulement un CSCom disposait d'une Sagefemme;
- D'un(1) à deux(2) infirmier(s) d'état par structure mais trois(3) CSCom n'en disposaient aucun ;
- De trois(3) à quatre(4) infirmières obstétriciennes par structure mais trois(3) CSCom n'en possèdent qu'une chacun.
- D'au moins deux(2) aides-soignants par structure.

- Ressources matérielles :

Les CSCom du district sanitaire de la CIV disposaient de matériels techniques pour assurer le suivi des femmes enceintes depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement et de la surveillance du post-partum. Seulement un (1) CSCom sur neuf (9) ne possédait pas de ventouse soit 11,11% alors que TRAORE A T en 2011 a trouvé dans le district sanitaire de la commune V que huit(8) CSCom sur dix (10) n'en possédaient pas. Trois (3) CSCom sur neuf (9) ne possédaient pas d'aspirateur et un (1) CSCom ne possédait pas de masque de ventilation. Alors que TRAORE AT avait trouvé un seul CSCom sur dix (10) qui possédait un matériel de réanimation du nouveau-né. Cela veut dire que beaucoup d'effort ont été fait pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales.

L'équipement des structures périphériques en matériel pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base est indispensable pour la prise en charge correcte des urgences obstétricales et doit avoir un impact sur les conditions de transfert des femmes.

- Système de transport et de communication des CSCom :

Aucun CSCom ne disposait d'ambulance fonctionnelle pour les évacuations durant notre période d'étude dans le district sanitaire de la commune IV. Les évacuations sont assurées par l'ambulance du CSRéf.

Tous les CSCom sont dotés d'un téléphone portable pour permettre la communication entre les CSCom et le CSRéf en cas d'urgence obstétricale. En plus des CSCom certaines structures périphériques appelaient aussi le CSRéf pour des évacuations.

Le CSRéf CIV disposait de deux(2) ambulances non médicalisées, deux(2) véhicules de liaison et un (1) téléphone dans l'ambulance tous en bon état.

La communication et le transport sont les maillons essentiels pour un système de Référence/Evacuation. A cet effet, les autorités sanitaires doivent fournir des efforts dans l'amélioration du système de transport et de communication.

- **Niveau d'implication des différents acteurs du système :**

Nous observons que le montant total des quote-parts payé était estimé 36,08% du budget alloué pour la référence/évacuation au titre de l'an 2017. De ce fait, on observe que :

- Les ASACO ont payé 80% de leur cotisation ;
- La mairie n'a pas honoré sa quote-part ;
- Le CSRéf a payé 100% de sa cotisation.

En plus de sa cotisation, le CSRéf a été contraint de payer le reste du budget pour la bonne réussite du système de référence/évacuation.

Parmi les dix (10) structures périphériques de la commune IV, la maternité Renée Cissé d'Hamdallaye est exclue du paiement car sert de lieu d'abris pour le CSRéf en rénovation. Concernant les autres, seulement un (1) CSCCom ne s'est pas acquitté de sa part.

Dans l'étude précédente au CSRéf CIV en 2006, il n'y a pas eu mention par rapport à la répartition du budget.

Le principal problème qui entrave le bon fonctionnement du système de référence/évacuation au niveau des différents acteurs du système est le non paiement des quote-parts ou le retard de paiement.

6.5. Les Motifs d'évacuation

Pendant notre période d'étude, nous avons constaté que :

- 79 cas soit **20,63%** des patientes avaient été évacuées pour hypertension artérielle, ce qui constitue le motif le plus fréquent d'évacuation ;
- 27 cas de présentation vicieuse soit 7,05% ;
- 26 cas de dilatation stationnaire soit 6,80% ;
- 22 cas d'hémorragie du post-partum immédiat soit 5,74% ;
- 20 cas de hauteur utérine excessive soit 5,22%.

Ces résultats sont différents de ceux de CISSE B qui étaient de 15,1% d'hémorragies du troisième trimestre; 10,2% de travail dystocique; 9,3% d'utérus cicatriciel et 8,1% de hauteur utérine excessive [31].

DIARRA D S a trouvé 11,6% de dilatation stationnaire suivi de 10,5% d'hémorragie sur grossesse et 10% de présentation vicieuse [32].

Sur le plan de paiement des quotes-parts le CSRéf CIV a été le seul à payer sa cotisation en entier et aussi le reste du budget pour la prise en charge de la référence/évacuation, une (1) des ASACO n'a pas payé sa cotisation. C'est la mairie qui n'a pas honoré sa part. Ce résultat est comparable à celui de TRAORE AT selon lequel le CSRéf V est le seul à payer régulièrement sa cotisation et la mairie n'a jamais participé. Ce qui dénote l'absence de collaboration de la collectivité dans le processus de prise en charge du système de référence/évacuation.

6.6. Modes de prise en charge au CSRéf

Le mode de prise en charge dépend du tableau clinique et du diagnostic retenu. De ce fait :

- 52,22% des patientes ont accouché par voie basse (voie naturelle) ;
- 19,58% des patientes ont été césarisées
- 10,18% des patientes ont été évacuées vers les CHU, il s'agit des patientes dont la prise en charge nécessite un plateau technique beaucoup plus élevé ;
- 16,98% des patientes ont reçu d'autres types de traitement, il s'agit des patientes qui nous ont été évacuées soit après accouchement pour HTA, pour hémorragie du post-partum ou pour anémie, soit pour grossesse pathologique.
- 1,04% des patientes ont subi une laparotomie pour GEU ou pour kyste ovarien.

Ces résultats sont différents de ceux de COULIBALY D [26] en 2007 au CSRéf CIV qui avait trouvé 80,9% de césarienne, 15,4% d'accouchement par voie basse et 1,7% de laparotomie ; différent aussi de TRAORE D B [27] en commune VI qui a trouvé 32,38% de césarienne, 66,67% d'accouchement par

voie basse. Mais approximatif à ceux de SINABA F au CSRéf CIV qui avait trouvé 29,31% de césarienne ; 52,80% d'accouchement et 4,47% de laparotomie.

Nous avons constaté une légère diminution du taux de césarienne en commune IV grâce à une formation accrue et une prise de conscience des agents socio-sanitaires par rapport aux indications d'évacuation ainsi que la sensibilisation au niveau de la population pour la fréquentation des centres de santé et le respect de la pyramide sanitaire.

6.7. Pronostic maternel

Pendant notre période d'étude, nous avons enregistré quatre (4) cas de décès parmi les patientes qui nous ont été adressées pour prise en charge obstétricale d'urgence; soit un taux de 1,04%. Parmi ces cas de décès, trois(3) ont été constatés à l'admission et un (1) cas survenu au CSRef. Ces cas de DCA sont la conséquence du retard d'évacuation et provenaient tous du cercle de Kati.

L'hémorragie du post-partum immédiat est la cause du décès dans 75% des cas soit trois(3), et un (1) cas soit 25% survenu des suites de rupture utérine.

Au sein de la même structure, dans l'étude précédente SINABA F a trouvé dix(10) cas de décès pour un taux de 2,23%. La 1^{ère} cause de décès maternel était également l'hémorragie du post-partum immédiat.

Au Burkina Faso à la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou, BARRY A a trouvé un taux de décès maternel à 1,2% pour les patientes reçu en urgence [22].

En Côte d'Ivoire, DIARRA dans le district sanitaire de Bouaflé a trouvé 3,3% de décès.

Cela nous explique l'importance de la sensibilisation des agents socio-sanitaires sur le système de référence/évacuation.

7. CONCLUSION :

Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les évacuations obstétricales sont relativement fréquentes dans le district sanitaire de la commune IV de Bamako avec un taux s'élevant à 11,40%.

La majorité des évacuations provenait des CSCom du cercle de Kati.

La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 18 et 35 ans.

L'absence de collaboration de la mairie et l'irrégularité de paiement des quote-parts sont des menaces pour la poursuite du système.

Le motif le plus fréquent était représenté par l'hypertension artérielle avec 20,63% suivie des présentations vicieuses avec 7,05% ; de la dilatation stationnaire 6,80% et ensuite de l'hémorragie du post-partum immédiat avec 5,74%.

L'accouchement par voie basse a été le mode de prise en charge le plus utilisé avec un taux de 52,22%.

Les patientes décédées au cours de la période d'étude ont représentés 1,04% dont la majorité par hémorragie du post-partum immédiat et aussi $\frac{3}{4}$ des décès provenaient du district sanitaire de Kati.

Le système de Référence/Evacuation tels que décrit dans le cadre conceptuel est un mécanisme qui, lorsque bien appliqué pourrait notablement réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale. La présente étude nous a permis d'évaluer son évolution dans le district Sanitaire de la Commune IV. Ainsi nous avons constaté que le système de référence/évacuation est performant au CSRéf CIV car l'amélioration continue du système a permis d'obtenir une réduction du taux de décès maternel. Mais la pérennité du système est menacée par le non acquittement des quote-parts de certains acteurs du système.

8. RECOMMANDATIONS :

Le système de Référence/Evacuation est une intervention essentielle pour faciliter l'accès des structures SONUC aux patientes ayant une complication obstétricale. Leur prise en charge rapide et appropriée pour réduire considérablement la mortalité maternelle et néonatale.

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

8.1. Au ministère de la santé et de l'hygiène publique:

- La dotation des CSCom du cercle de Kati d'ambulances médicalisées pour faciliter le transfert des urgences obstétricales ;
- Renforcer la formation continue du personnel Sanitaire en soins obstétricaux et néonataux d'urgences ;
- La construction d'un CSRéf dans la zone Mandé pour un bon suivi des activités de sensibilisation et de prises en charge rapprochées ;

8.2. Au Médecin chef du CSRéf:

- Renforcer la concertation avec les autorités locales et les représentants des communautés sur la mise en place d'un système de financement régulier pour la prise en charge et le transport des urgences obstétricales ;
- Régulariser la retro-information effective vers les centres de santé qui évacuent les urgences obstétricales dans un délai réduit.

8.3. Aux autorités locales (mairie) :

- Payer régulièrement les quotes-parts pour renforcer la participation de la mairie;
- Prévoir dans le budget annuel de la Commune une rubrique d'appui au système.

8.4. Aux responsables des organes de gestion :

- Demander aux ASACO de payer régulièrement leurs quotes-parts ;

- Accentuer l'information, l'éducation et la communication vers les populations pour un recours précoce des femmes aux soins maternels et infantiles ;
- Renforcer la communication pour une meilleure compréhension de la stratégie.
- Rechercher des partenaires d'appui.

8.5. Aux personnels socio-sanitaires :

- Assurer la prise en charge rapide des patientes évacuées ;
- Remplir correctement les documents de référence/évacuation et les dossiers des patientes ;
- Respecter les principes de la référence/évacuation.

9. REFERENCES

1. Soins obstétricaux et néonataux essentiels. Anne-Sophie Coutin et al. Eds. : Médecins sans frontière(2015).
2. 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 (Brésil).
3. Système sanitaire du Mali. Journées hospitalières franco-maliennes 14 au 16 janvier 2014.
4. World Health Organization. Geneva Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO.2004a.
5. EDMS V 2012-2013 (Enquête Démographique et de santé du Mali).
6. OMS. Réduire la mortalité maternelle – Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Genève.OMS.1999
7. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. New York : Centre de santé des populations et de la famille, École de santé publique, Université Columbia. 1997.
8. Jahn A, Kowalski M, Kimata SS. Obstetric care in Southern Tanzania: Does it reach those in need? .1998. Trop Med International Health 5, 926-932
9. PERRIN R X, KAMONGUI D G et Coll. Le système de référence et contre référence dans les maternités. Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune(Homel) de Cotonou. Congrès de Cotonou, Edition 2004
10. MERGER R, LEVY J, MELCHOR J. Précis d'obstétrique 6^{ème} édition. Paris : MASSON 1995.
11. Delecour M et coll. Conduite à tenir au cours d'une dystocie.

- Rapport du 27^{ème} congrès de gynécologie et obstétrique de la langue française. Rabat 21-24 mai 1978.
12. Berland M. Le choc en obstétrique ENC Med chir Paris obst. 1980 ; 65 :082-10A.
 13. HENRI DE TOURRIS, GUILLAUME MAGNIN, FABRICE PIERRRE. Gynécologie et Obstétrique, manuel illustré. 7^{ème} édition ELSEVIER/MASSON.
 14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy 2013.
 15. Comité éditorial de l'UVMaF 2013-2014. Manœuvres obstétricales.
 16. MACALOU B. Evacuation sanitaire en obstétrique à propos de 154 cas à l'hôpital régional Fousseïni Dao de Kayes [Thèse]. Médecine: Bamako; 2001. N°142
 17. BALDE MD. Basted G Decrease in uterine rupture in Conakry, Guinea improvement in transfer management Int J Genecology Obstetric. 1990, 31-24-2
 18. SINABA F. La référence/évacuation gynéco-obstétricale au CSRef CIV du district de Bamako [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2008, N°426
 19. TRAORE AT. Etude des urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation au centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2014, N°123.
 20. THIERO M. Evacuations sanitaires d'urgence obstétrique l'hôpital Gabriel Touré à propos de 160 cas [Thèse]. Médecine : Bamako ; 1995, N°17.
 21. FALL S. Mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé du cercle de Koulikoro [Thèse]. Médecine : Bamako ; 1987-1990
 22. BARRY A. Les références obstétricales au CMA du secteur 30 de Ouagadougou (analyse de la pertinence des indications et pronostic materno-fœtal au cours de l'année 2009) [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2011, 133p

23. CAMARA S. Evacuation sanitaire d'urgence en obstétrique, bilan de 2 ans d'étude. [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2000, N°714.
24. DIARRA B. Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité du CSRef de Koulikoro de 2005 à 2006 [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2007, 153p
25. SANGARE M et coll. Problème obstétricaux d'urgences au CHU de Treichville [Thèse]. Médecine : Bamako ; 1974 ; 3 :137-145.
26. COULIBALY D. Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au CSRef CIV du district de Bamako [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2008 N°479.
27. TRAORE D. Problématique du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSRef CVI [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2010, 365p
28. KANE M. Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et contre-référence au CSRef CVI [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2009, 349.
29. NIARE A. Evacuation obstétricale au CSRef CII en 2009 [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2010, 453
30. TRAORE A. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales dans le district sanitaire de la commune V [Thèse] Médecine : Bamako ; 2013, 172.
31. CISSE B. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSRef de Markala en 2013 [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2014, 190.
32. DIARRA D S. Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité du CSRef de San à propos de 380 cas [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2011, 296.

FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE AUPRES DES FEMMES REFEREES/EVACUEES PRESENTES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV

Date de l'enquête : ___/___/___

N° de la fiche: /___/___/___/

N° de Téléphone /___/___/___/___/___/___/

CSCOM de provenance :

Q1 : Combien de jours êtes-vous resté au CS Com qui vous a référé ? /___/___/

Q2 : Etes-vous satisfaites des services offerts dans ce CS Com :

1. Accueil : 1. Oui /___/ 2. Non /___/
2. Traitement reçu : 1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q3 : Les raisons de votre référence/évacuation vous ont-elles été expliquées ?

1. Oui /___/
2. Non /___/

Q4 : Etes-vous d'accord avec la décision de référence/évacuation ?

1. Oui /___/
2. Non /___/
3. Indifférente/___/

Q5 : Par quel moyen avez-vous été évacuée vers le CS Réf ?.....

Q6 : Avez-vous été évacuée avec :

1. un abord veineux : 1 Oui /___/ 2. Non /___/
2. une fiche d'évacuation ou de référence : 1 Oui /___/ 2. Non /___/

Q 7 Avez-vous été accompagnées par un agent de santé. Si oui sa qualification..... **Q 8** Le CS Réf avait-il été averti ? Si oui le CS Réf avait-il pris les dispositions pour accueillir la femme ?

1. Oui /___/

2. Non /__/

Q 9 Combien de temps avez-vous mis entre le CSCOM qui vous a évacuée et le CSRéf ?

Q10 : Au niveau du CSRéf, combien de temps s'était écoulé entre votre arrivée et votre prise en charge ? /__/_/minute

Q11 : Avez-vous été satisfaites de l'accueil et du traitement reçu au CSRéf ?

1. Oui /__/

2. Non /__/

Q12 : Que pensez-vous des frais de transports et le coût de la prise en charge ?

1. Ne sont pas chers : /__/

2. Sont peu chers : /__/

3. Sont très chers : /__/

Q13. Comment pensez-vous qu'on peut améliorer l'évacuation des urgences obstétricales dans le District sanitaire de la Commune IV?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS DES FEMMES EVACUEES ET RECUES au
CSRéf de la Commune IV**

Fiche N°	/ /
Date référence/évacuation au CSRéf	____/____/____
Date et heure d'admission au CSRéf	/ /
Mode d'admission (référée, évacuée)	Référé/évacuée /__/ Venue d'elle-même /__/
CSCom ayant fait la référence/évacuation	
Aire de santé d'appartenance	
Heure de référence/évacuation	____/____/____
Moyen de transport utilisé pour l'évacuation	Ambulance /__/ Moto /__/ Taxi /__/ Autres (préciser) :
Heure départ ambulance	____/____/____
Qualification de l'agent accompagnant la parturiente	Sage-femme /__/ Infirmière obstétricienne /__/ Autres (préciser)
Heure de retour ambulance/ Heure arrivée de la femme au CSRéf (si la femme est venue par d'autres moyens)	____/____/____
Motif de référence/évacuation	
Diagnostic retenu au CSRéf	
Fiche référence/évacuation	Oui /__/ Non /__/
Accouchement	Césarienne /__/ Voie basse /__/ Si avec manœuvre, préciser
Autres interventions	Révision utérine /__/ Curetage /__/ Traitement médical /__/ Autres (préciser)
Issue de la mère	Vivante /__/ Complication /__/ Décédée /__/
Causes décès de la mère	Préciser cause décès :

Issue du nouveau né	Vivant /__/ Mort né /__/ Décédé dans les 7 premiers jours /__/
Fiche contre référence envoyée au CSCom ayant référé	Oui /__/ Non/__/
Référence/évacuation justifiée	Oui /__/ Non/__/
Référence/évacuation adéquate	Oui /__/ Non/__/
Opportune	Oui /__/ Non/__/

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DU MEDECIN CHEF DU CS Réf

IDENTIFICATION :

Date de l'enquête : /___/___/___/

Qualification :

1. Médecin Généraliste: /___/
2. Médecin santé publique: /___/
3. Gynécologue obstétricien: /___/
4. Chirurgien: /___/
5. Autres (préciser) :.....

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT :

Circuit de la femme référée

.....

Supports qui accompagnent une femme référée

.....

Disponibilité de l'équipe 24h sur 24h : 1. Oui: /_/ 2. Non: /_/

Nombre et qualification du personnel formé sur la prise en charge des urgences obstétricales:

- 18. Médecins généralistes : /_/_/_/.
- 19. Gynécologue obstétricien: /_/_/_/.
- 20. Anesthésiste réanimateur : /_/_/_/.
- 21. Chirurgien : /_/_/_/.
- 22. Infirmiers anesthésiste : /_/_/_/.
- 23. Sages-femmes : /_/_/_/.
- 24. Infirmiers : /_/_/_/.
- 25. Techniciens de labo : /_/_/_/.
- 26. Radiologue/échographistes : /_/_/_/.
- 27. Chauffeurs : /_/_/_/.

Infrastructures :

1. Maternité

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Bloc

opérateur

.....
.....
.....
.....
.....

3. Laboratoires d'analyses médicales:.....

.....

4. Salles de soins intensifs:.....

.....

.....

.....

5. Banque de sang:.....

.....

.....

6. Services de radiologie / échographie :

.....

.....

.....

7. Salles d'hospitalisations

:.....

.....

.....

8. Lits :.....

.....

.....
.....
.....

Moyens de transports et communication :

1. Ambulance médicalisée :

- a) Nombre /___/
- b) Etat : Bon : /___/ Mauvais:/___/ Pannes:/___/

2. Véhicule :

- c) Nombre
- d) Etat : Bon : /___/ Mauvais:/___/ Pannes:/___/
- e) Nombre
- f) Etat : Bon : /___/ Mauvais:/___/ Pannes:/___/

3. Téléphone :

- g) Nombre : /___/___/
- h) Etat : Bon : /___/ Mauvais:/___/ Pannes:/___/

Nombre de jours d'arrêt des moyens de transports et de communications durant la période d'étude :

- i) Ambulance : /___/___/
- j) Véhicules : /___/___/
- k) Téléphone : /___/___/

Financement du transport des femmes référées :

- a. Familles:/___/
- b. CSRéf: /___/
- c. Etat: /___/
- d. Partenaire:/___/
- e. Caisse de solidarité:/___/
- f. Mutualité:/___/

g. Autres (préciser) :.....

Coût de transport d'une évacuation :.....

Financement de la maintenance et de la réparation de la logistique roulante :

1. Ressources propres de CSRéf: /__/
2. Etat: /__/
3. Partenaire: /__/
4. Fonds communautaires: /__/
5. Autres (préciser) :.....

Matériels et médicaments :

1. Nombres de boites d'accouchements : /__/ __/
2. Nombre boites de césariennes : /__/ __/.
3. Existence de boites de laparotomie : /__/ __/
4. Existence de matériels de réanimation en salle d'accouchement : /__/ __/
5. Existence de matériels de réanimation au bloc opératoire : /__/ __/
6. Existence de kit d'urgence /__/ __/
7. Nombre de jour de rupture du kit d'urgences : /__/ __/
8. Existence de kit de césariennes au cours de la période d'étude : /__/ __/
9. Nombre de jour de ruptures des kits césariennes au cours de la période d'étude
:
/__/ __/

Financement des Kits pour la prise en charge des urgences :

Kits césariennes :

1. Familles: /__/
2. CSRéf: /__/
3. Etat: /__/

4. Partenaire: /__/
5. Caisse de solidarité: /__/
6. Mutualité: /__/
7. Autres (préciser) :

Kits pour les autres urgences obstétricales :

1. Familles: /__/
2. CSRéf: /__/
3. Etat: /__/
4. Partenaire: /__/
5. Caisse de solidarité: /__/
6. Mutualité: /__/
7. Autres (préciser) :

Coûts des kits de prise en charge :

1. Kits césarienne :
2. Kits autres urgences :

Nombre de jours de rupture de kit au cours de la période d'étude :

1. Kits césarienne :
2. Kits autres urgences :

Organes de gestion du système (citer)

:

.....

.....

.....

.....

Rôles de chaque organe

:

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi et monitoring du système (période d'étude) :

1. Nombre de réunions de monitoring prévues : / ___/ ___/
2. Nombre de réunions de monitoring réalisées : / ___/ ___/
3. Nombre de réunions des différents organes prévues: / ___/ ___/
4. Nombres de réunions réalisées par organe de gestion : / ___/ ___/

Problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du système :

.....
.....
.....
.....

Suggestions pour améliorer le système :

.....
.....
.....
.....

**QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN AUPRES DES RESPONSABLES
DES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE**

IDENTIFICATION :

Date de l'enquête : /___/___/___

Centre de santé de

:.....

Qualification du Responsable :

1. Médecin: /_/_
2. Sage-femme : /_/_
3. Infirmier: /_/_
4. Autres (préciser) :.....

Q1 : Disposez-vous d'un ordiogramme pour la prise en charge des urgences obstétricales ?

1.Oui : /_/_ 2. Non : /_/_

Q2 : Avez-vous des fiches de référence/contre référence ?

1.Oui : /_/_ 2. Non : /_/_

Q3 : Avez-vous un registre pour les cas référés?

1.Oui : /_/_ 2. Non : /_/_

Q4 : Avez-vous des fiches de partogramme ?

1.Oui : /_/_ 2. Non : /_/_

Q5 : Avez-vous connu des ruptures de supports?

1. Fiche de référence/évacuation : Nombre de jour :.....
2. Fiche de partogramme : Nombre de jour :.....

Q6 : Disposez-vous d'un kit de médicaments pour les urgences obstétricales ?

1.Oui : /_/_ 2. Non : /_/_

Q6.1: Si oui, citer le contenu du kit :.....

.....
.....
.....
.....
.....

Q7 : Disposez-vous d'un moyen roulant pour la référence/évacuation ?

1. Ambulance équipée : /_/
2. Véhicule : /_/
3. Moto : /_/
4. Autre (préciser) :.....

Q8 : Disposez-vous d'un moyen de communication ? 1. Oui : /_/ 2. Non : /_/

Q8.1 : Si oui, type ?

1. Téléphone: /_/
2. Autres à préciser: /_ /.....

Q8.2 : Si non, comment vous rentrez en contact avec le CSRéf en cas d'une urgence

Obstétricale?.....

Q9 : Quelles sont les dispositions que vous prenez pour référer une femme ?

1. Informe la femme et ses parents : /_/
2. Informe CSRéf : /_/
3. Prise d'une voie veineuse: /_ /
4. Remplit la fiche de référence/évacuation: /_ /

Q10 : Recevez-vous des informations sur les cas référés ou évacués au CS Réf ?

1. Oui : /_/ 2. Non : /_/

Q10.1 : Si oui, dans quel délai ?

1. Au moins 1 semaine après: /_ /

2. 2 semaines après: /_/_/
3. 1 mois après: /_/_/
4. Plus de 1 mois après: /_/_/

Q11 : Avez-vous participé aux réunions de monitoring sur le système de référence/évacuation ?

1.Oui : /_/_/ 2. Non : /_/_/

Q12 : Le personnel du CSCom a-t-il été formé en soins obstétricaux d'urgence ?

1.Oui : /_/_/ 2. Non : /_/_/

FICHE D'INVENTAIRE DES RESSOURCES DANS LES CSCom

IDENTIFICATION :

Nom de la formation sanitaire :

Localité :

INFRASTRUCTURES :

Maternité :

1. Salle d'attente /_/_/
2. Salle d'accouchement /_/_/
3. Salle de suites de couches /_/_/

Laboratoire : 1. Oui: /_/_/ 2. Non: /_/_/

Dépôt de pharmacie : 1. Oui: /_/_/ 2. Non: /_/_/

RESSOURCES HUMAINES :

Catégories et nombre de personnel :

1. Médecins : /___/
2. Sages-femmes : /___/
3. Infirmiers d'état : /___/

4. Infirmière obstétricienne : /___/
5. Aides-soignants : /___/
6. Autres (préciser) :.....

RESSOURCES MATERIELS :

Matériels techniques :

- a) Tensiomètre : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- b) Stéthoscope obstétrical : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- c) Mètre ruban : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- d) Gants stériles : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- e) Boîte d'accouchement complète : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- f) Spéculum : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- g) Plateau : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- h) Poire d'aspiration du nouveau – né : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- i) Forceps/ventouse : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- j) Bassin de lit : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/

Matériel de réanimation :

- a) Obus d'oxygène : 1. Oui:/_/ 2. Non:/_/
- b) Aspirateur : 1. Oui:/_/ Non:/_/
- c) Masque de ventilation : 1. Oui:/_/ 2.Non:/_/
- d) Canule de Guedel : 1. Oui:/_/ 2.Non:/_/
- e) Matériel d'intubation : 1. Oui:/_/ 2.Non:/_/
- f) Cathéter : 1. Oui:/_/ 2.Non:/_/
- g) Perfuseurs : 1. Oui:/_/ 2.Non:/_/
- h) Sondes : 1. Oui:/_/ 2.Non:/_/

Moyens de transport et communication :

1. Ambulance:/_/

2. Véhicule personnel:/_/_/
3. Moto:/_/_/
4. Téléphone:/_/_/

Disponibilité des moyens de communication et transport :

Nombre de jours d'arrêt au cours de la période d'étude :

1. Ambulance :.....
2. Véhicule personnel :.....
3. Moto :.....
4. Téléphone :.....

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTORITES COMMUNALES DE LA COMMUNE IV

Fiche N°/___/___/___/

Date d'enquête : /___/___/___

Identification de l'enquêté :

Responsables des Collectivités: /___/

Question 1 : Dans le cadre du programme de développement socio-sanitaire de la Commune, quelles sont les activités prioritaires de santé qui sont prises en compte ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Question 2 : Un système de référence /évacuation a été mis en place dans la District sanitaire de la Commune IV pour le transfert et la prise en charge des urgences obstétricales. Que savez-vous de l'organisation de ce système dans District sanitaire de la Commune IV?

(objectifs, mécanismes de fonctionnement, les cibles concernées.....)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Question 3 : Avez-vous été impliqués dans les étapes de conception et de mise en œuvre du système ? Si Oui, comment ?

.....
.....
.....
.....

Question 4 : Quelle est la contribution de la mairie au financement du cadre conceptuel de la référence/évacuation (transport, médicaments, matériels, maintenances des ambulances, salaire personnel) ?

.....
.....
.....
.....

Question 5 : Comment appréciez-vous l'implication de la communauté dans la gestion et le financement du système de référence/évacuation ?

.....
.....
.....
.....

Question 6 : Existe-t-il au niveau de votre commune des structures (mutuelles, caisses de solidarité...) qui aident les communautés dans les dépenses de santé ? Etes-vous disposé à encourager la mise en place de telles structures dans votre commune ?

.....
.....
.....
.....
.....

Question 7 : Avez-vous participé à des réunions sur le système de référence/évacuation depuis son lancement à nos jours ?

.....
.....

.....
.....
.....
.....

Question 8: A votre avis qu'est-ce qu'il faut pour que le système de référence/évacuation puisse couvrir toutes les femmes ayant des problèmes au cours de l'accouchement ? (Pour faciliter le transport des femmes en cas d'urgence des CSCom vers le Centre de Santé de Référence, pour rendre accessible les coûts de la prise en charge des urgences obstétricales en dehors de la césarienne à toutes les femmes) :

Au niveau des Communautés :

.....
.....
.....
.....

Au niveau des Collectivités locales (mairies) :

.....
.....
.....
.....

Au niveau des structures publique et communautaire de santé :

.....
.....
.....
.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : FOFANA

Prénom : N'GOLO

Adresse téléphonique : +223 75 02 68 04/ +223 63 09 19 69

Email : fof.ngolo@gmail.com

Titre de la thèse : évaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSRef CIV du district de Bamako.

Année universitaire : 2015 2016

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt du document : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique.

Résumé : il s'agit d'une étude transversale à visée évaluative sur le système de référence/évacuation des urgences obstétricales dans le district sanitaire de la commune IV du district de Bamako. Au terme de notre étude nous avons constaté que :

- Il y'a du personnel qualifié et disponible pour la prise en charge des urgences obstétricales ;
- Les évacuations sont relativement fréquentes avec un taux de 11,40% ;
- Un fort taux d'évacuation en provenance du cercle de Kati ;
- Un fort taux de mauvais remplissage des documents de référence/évacuation ;
- Un taux élevé de patientes évacuées non accompagnées par un personnel de santé ;
- Le motif le plus fréquent d'évacuation était représenté par l'hypertension artérielle avec 20,63% suivie des présentations vicieuses avec 7,05% ; de la dilatation stationnaire 6,80% et ensuite de l'hémorragie du post-partum immédiat avec 5,74% ;

- L'accouchement par voie basse a été le mode de prise en charge le plus utilisé avec un taux de 52,22% ;
- Dans 91,91% des cas, l'évacuation a été jugée nécessaire, adéquate dans 67,62% ;
- Les patientes décédées au cours de la période d'étude ont représenté 1,04% dont la majorité par hémorragie du post-partum immédiat ;
- Une absence de collaboration de la mairie et une irrégularité dans le paiement des quote-parts.

Mots clés : système de référence/évacuation, urgences obstétricale, pronostic materno-fœtal.