

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2019- 2020

N°...../

THESE

**EVALUATION DU SYSTÈME DE
REFERENCE/EVACUATION AXE SUR LES
URGENCES OBSTETRIQUES DE 2015 A 2018
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
YELIMANE**

Présentée et soutenue publiquement le 30/11/2020

Par : **M. DEMBELE Hamidou**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**DIPLÔME D'ETAT**)

JURY

Président : Pr. Alhassane TRAORE

Membres : Dr Amadou BOCOUM

Dr Moustapha Issa MANGANE

Codirecteur : Dr. Safouna DIAKITE

Directeur : Pr. Youssouf TRAORE

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A Mon Seigneur le Dieu tout Puissant Louange à Allah :

Dieu de bonté, Dieu de l'univers et de tous les hommes. Que sa grâce, son salut, son pardon et ses bénédictions soient accordés au meilleur de ses créatures, notre maître Mohamed, suprême prophète ; ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons. Que sa miséricorde et son pardon soient accordés également à ceux qui les suivent jusqu'au jour dernier. Dieu, merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir protégé ; merci également pour toutes ces personnes que tu as mises sur mon chemin. Gloire à vous aujourd'hui et pour l'éternité.

A Mon pays le MALI :

Terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi, nous ferons de toi et de l'Afrique comme le disait **Thierno THIAM** : « la plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, une terre de rencontre, une terre de fraternité... ». Merci pour tout ce que tu nous as donné. Que ce modeste travail soit une pierre que t'apporte un de tes fils pour l'avancement de la politique sanitaire ! Un grand hommage à nos victimes de guerre que Dieu les accueille dans son humble paradis.

A mes très chers parents : Lassana et Kadiatou DIAKITE

Je vous suis redevable de la chose la plus importante qui soit la vie, car c'est à vous que l'Eternel a confié cette lourde tâche qui était de me mettre au monde. Vous avez pris soins de moi ; vous m'avez choyé, rassuré et réconforté. Vous m'avez offert cet épanouissement que procure la vie dans une famille équilibrée. De plus, vous m'avez fait don de la seconde chose la plus importante qui soit l'éducation. Tout cela vous l'avez fait avec amour et joie, n'épargnant aucun sacrifice et ne lésinant pas sur les moyens. Tout ce que je suis aujourd'hui c'est à vous que je le dois, mes succès et mes réussites passés et à venir sont d'abord les vôtres. Nous avons coutume de dire "derrière un grand homme, se cache une grande femme", moi je dirai : « Derrière un grand enfant, se cachent de merveilleux parents » Aucun mot ne saurait exprimer ce que je ressens, aucun

présent ne pourrait vous remercier pour tout cela. Je n'ai rien à vous offrir en retour, si ce n'est l'amour et le respect d'un fils reconnaissant envers ses parents.

A mon tonton Mamoutou : Tu as été pour moi comme un père et l'affection dont tu as fait preuve à mon égard m'a touché profondément. Durant ces années, ton soutien fut inconditionnel. Ce travail a été réalisé grâce à toi aussi, je t'en remercie.

REMERCIEMENTS

A la Faculté Médecine d'Odontostomatologie (FMOS): plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

Au Dr Cheick Oumar SANOGO

Vous avez été un parent pour moi, un chef et un maître, merci pour la formation et le soutien indéterminé.

A mon grand-père feu Ousmane Boro DIAKITE,

Le seigneur t'a arraché de notre affection. Que Dieu t'accepte dans sa miséricorde. Dors en paix BORO.

A mon père **Drissa DEMBELE** : Merci pour vos conseils, et vos encouragements.

A mes sœurs : Mariam DEMBELE ET Fatoumata DEMBELE etc.

Votre respect, votre sens de la cohésion familiale font sûrement de vous des bonnes mères de famille. Trouvez ici l'expression de mon affection et de ma grande admiration. Puisse Dieu vous donner longue vie et beaucoup de bonheur dans vos foyers.

A mes frères : Sada, Aboubacar, Bachaka, Abassou, Salia etc.

Vous êtes pour moi une source de motivation. Ce travail est le vôtre. Puisse Dieu nous donner la sérénité de préserver les principes de famille.

A ma femme **Worokia DEMBELE** : Que Dieu le tout puissant nous donne la chance de réaliser nos rêves. Merci pour ta patience.

A mes aînés encadreurs du centre de santé de référence de Yelimané et de Dioila : **Dr DIAKITE Safouna, Dr DEMBELE Kolly Aly, Dr SANOGO Cheick Oumar, Dr MARICO Gaoussou, Dr GORO Idrissa, Dr DOUMBIA Seibou, Dr TRAORE Chaka, Dr TRAORE Mahamadou Bemba, Dr DIASSANA Aboubacar, Dr TRAORE Mohamed, Dr BENGALY Mody, Dr KANE Mariam, Dr KONATE Abdramane.**

Je vous remercie infiniment pour le soutien moral que vous m'avez toujours apporté. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je ne cesserai jamais de vous être reconnaissant pour les conseils prodigués.

Aux aînés : Dr SANGARE Daouda, Dr FOMBA Issa, Dr COUMARE Soumaila, Dr COULIBALY Mody, Dr SIDIBE Bah, Dr SANGARE Seydou, Dr BAMBA Mahamadou vos conseils ont éclairé ma vie, trouvez ici toute ma gratitude.

Au médecin chef du CSRéf de Yelimané : Dr DEMBELE Aly Kolly Merci pour l'accueil, vos conseils, et vos encouragements.

A mes collègues et amis : **Moussa DIABATE, Lassine TOGOLA , Moussa L COULIBALY, Dr DOUMBIA Zoumana , Alpha GAKOU , Bagnini TRAORE ,Lassine CISSE ,TAMBOURA Adama, Bagnougou SIDIBE, Ismaël DIARRA, KANE Fanta Brehima SANGARE, Soumaila DIARRA, Baba DJORE** Pour l'esprit du groupe, la solidarité, la fraternité, et le partage, trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie.

A toutes les sages-femmes, infirmières et infirmiers, matrones anesthésistes, manœuvres du CSRéf.

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A tous le personnel du CSRéf de Yelimané

A l'AESACD (Association des élèves et étudiants ressortissants du cercle de Dioïla).

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

A tous ceux qui ont choisi cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

Je dis leur MERCI

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Alhassane TRAORE

- **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS**
- **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialistes en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de l'association des chirurgies d'Afrique francophone**
- **Membre de la société de la chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de la société d'Africaine de Chirurgie Digestif (SAFCHID)**
- **Membre du collège Ouest Africain de Chirurgie (WACS)**

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respectueux et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous donne longue vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Moustapha Issa MANGANE

- **Maître -Assistant en Anesthésie-Réanimation à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service d'Anesthésie-Réanimation au CHU**

Gabriel Touré

- **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine
d'Urgence (SARMU-Mali)**
- **Chef de service du bloc opératoire du CHU Gabriel Touré**
- **Ancien Interne des Hôpitaux du Mali**
- **Membre de la société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique
Francophone(SARAF)**
- **Membre de la Fédération mondiale d'anesthésie**

Cher maître,

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, votre disponibilité à nos multiples sollicitations, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens de la perfection associée à vos qualités humaines, font de vous un maître remarquable.

Veillez accepter ici cher Maître, l'expression de notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Amadou BOCOUM

- Docteur Amadou BOCOUM
- Maître-assistant en gynécologie obstétrique à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de la société malienne de gynécologie et obstétrique

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un regard critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogue expliquent toute l'admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime.

Que DIEU vous accompagne dans votre carrière.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Dr Safouna DIAKITE

- **Ancien médecin chef de CSRéf de Yelimané,**

- **Médecin chef CSRéf de Nioro du Sahel,**

- **Diplômé de programme manager en santé publique,**

- **Diplômé en master Business Administration/Gestion des services de santé**

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre prestigieux service. Vos immenses qualités de pédagogue, vos très grandes expériences dans la pratique médicale, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité, votre disponibilité, votre abord facile nous forcent l'estime et l'admiration. Nous avons bénéficié de votre savoir médical et votre savoir être. Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Trouvez dans ce modeste travail l'expression de notre profonde gratitude. Qu'ALLAH vous donne une longue et heureuse vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE,**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali**
- **Président de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO),**
- **Vice-président de la société Africaine de gynécologie Obstétrique (SAGO),**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II,**
- **Secrétaire adjoint à l'organisation de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Enseignant chercheur.**

Cher maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail qui est également le vôtre car vous l'avez conçu et suivi de bout en bout.

Au cours de ce travail, nous avons découvert un homme ouvert, toujours souriant, accueillant et disponible. Vos qualités d'homme de science et de recherche, votre modestie, font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard.

Merci !

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS :

α : Alfa

ASACO : Association de Santé Communautaire

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruit du Cœur Fœtale

β : Beta

BGR : Bassin généralement rétréci

BHCG : Hormone Gonado-Chorionique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVD : Coagulation Intraveineuse Disséminée

Cm: Centimètre

COL : Collaborateur

CPN : Consultation Prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Sante Référence

CUD : Contractions utérines douloureuses

DFP : Disproportion foeto pelvienne

DIU : Dispositif intra-utérine

DL : Degré de liberté

DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré

DTC : Directeur Technique de Centre

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FCFA : Franc Communauté Financière D'Afrique

FMOS : Faculté de Médecine Odonto- Stomatologie

FVV : Fistule vésico-vaginale

G/L : Gramme par Litre

GEU : Grossesse Extra-utérine

HCG: Hormone Gonadotrophine Chronique

HELLP: Hemolysis Elevated Liver enzymes, Low Platelet count

Hg : mercure

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

HTA : Hypertension artérielle

i : Précision

IVG : Interruption volontaire de la grossesse

IO : Infirmière Obstétricienne

IST : Infection sexuellement transmissible

J : Jour

Km : Kilomètre

Km² : Kilomètre Carré

MIDA : Mento-iliaque droite antérieure

MIDP : Mento-iliaque droite postérieure

MIDT : Mento-iliaque droite transverse

MIGA : Mento-iliaque gauche antérieure

MIGP : Mento-iliaque gauche postérieure

MIGT : Mento-iliaque gauche transverse

Mm : Millimètre

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMI : œdème des membres inférieurs

OMS : Organisation mondiale de la santé

n : taille de la population

NB : Notez bien

P : Proportion

PF : Planification Familiale

PMA : Paquet minimum d'activités

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

PVD : Pays en voie de développement

RPM : Rupture prématurée des membranes

RU : Rupture utérine

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

SAFCHID : Société Africaine de Chirurgie Digestive

SAGO : Société Africaine de Gynéco-Obstétrique

SARAF : Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone

SARMU-Mali : Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence

SFA : Souffrance fœtal aiguë

SIDA : Sacro-iliaque droite antérieure

SIDP : Sacro-iliaque droite postérieure

SIGA : Sacro-iliaque gauche antérieure

SIGO : Société Ivoirienne de Gynéco-Obstétrique

SIGP : Sacro-iliaque gauche postérieure

SOCHIMA : Société de la chirurgie du Mali

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences

TA : Tension artérielle

T° : Température

TX HB: taux d'hémoglobine

VIH : Virus de l'immunodéficience humain

° : Degré latitude

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : variables.....	19
Tableau II: Répartition des patientes évacuées en fonction de la tranche d'âge....	25
Tableau III : Répartition des patientes évacuées en fonction de la parité.....	25
Tableau IV : Répartition des patientes évacuées en fonction de la gestité.....	26
Tableau V : Répartition des patientes évacuées selon leur statut matrimonial.....	26
Tableau VI : Répartition des patientes évacuées selon la qualification de l'agent ayant évacué.....	27
Tableau VII: Répartition des patientes évacuées en fonction de moyens de transports.....	28
Tableau VIII : Répartition des patientes évacuées selon la qualification de l'agent accompagnateur.....	28
Tableau IX: Répartition des patientes évacuées en fonction de leur provenance.	29
Tableau X : Répartition des patientes évacuées selon le motif d'évacuation.....	30
Tableau XI : Répartition des patientes évacuées selon les facteurs de risque.....	31
Tableau XII : Répartition des patientes évacuées en fonction du nombre de CPN.....	33
Tableau XIII : Répartition des patientes évacuées en fonction du taux d'hémoglobine.....	33
Tableau XIV : Répartition des patientes évacuées en fonction du diagnostic d'entrée.....	34
Tableau XV : Répartition des patientes évacuées en fonction des voies d'accouchement.....	35
Tableau XVI : Répartition des patientes évacuées en fonction du type de complication maternelle apres la prise en charge.....	35
Tableau XVII : Répartition des patientes évacuées en fonction des causes du décès maternel.....	37
Tableau XVIII : Répartition des patientes évacuées en fonction du motif d'évacuation à Kayes.....	38

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés vivants en fonction de la complication.....	40
Tableau XX: Relation entre le décès maternel et la complication maternelle...	43
Tableau XXI : Relation entre voie d'accouchement et le décès maternel.....	44
Tableau XXIII : Relation entre motif d'évacuation et la complication maternelle.....	44
Tableau XXIV : Relation entre le décès néonatal et la complication néonatale.	45
Tableau XXV : fréquences des urgences obstétricales selon certains auteurs...	48

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte du district sanitaire du cercle de Yelimané.....	17
Figure 2: Répartition des patientes évacuées en fonction de l'année.	25
Figure 3: Répartition des patientes évacuées selon leur profession.....	28
Figure 4: Répartition des patientes évacuées selon la présence de facteurs de risque.....	77
Figure 5: Répartition des patientes évacuées en fonction de leur état général. .	33
Figure 6: Répartition des patientes évacuées en fonction de la perception du BCF.....	33
Figure 7: Répartition des patientes évacuées en fonction de leur pronostic.....	82
Figure 8: Répartition des patientes évacuées du décès maternel en fonction l'année.	82
Figure 9 : Répartition du décès maternel en fonction du moment de la survenu.....	83
Figure 10: Répartition des patientes évacuées en fonction de type de naissance.	39
Figure 11: Répartition en fonction de l'état de nouveau-né à la naissance.	40
Figure 12: Répartition du décès néonatal, mort-né frais et mort-né macéré en fonction de l'année.	85
Figure 13: Répartition des nouveaux nés en fonction de la réanimation.....	86
Figure 14: Répartition en fonction de l'état de nouveau-né à la sortie	87
Figure 15: Répartition en fonction des causes du décès néonatal.....	42
Figure 16: Répartition en fonction de la cause d'évacuation du nouveau-né à Kayes.	43

Figure 17: Répartition des patientes évacuées en fonction de retro-information. 43

Figure 18: Répartition du taux de recouvrement de la caisse de solidarité en
fonction de l'année. 44

**EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION AXE SUR LES URGENCES OBSTETRIQUES DE
2015 A 2018 DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YELIMANE**

I. INTRODUCTION :	2
II. OBJECTIFS :	5
III. GENERALITES :	30
IV.METHODOLOGIE :	15
V.RESULTATS.....	69
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	93
VII.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	99-103

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Les complications obstétricales sont les principales causes de la mortalité et de la morbidité maternelle [1]. La mortalité maternelle constitue une injustice sociale inacceptable dans le monde. Chaque jour, environ 830 femmes meurent des causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, dont 99% dans les pays en voie de développement et plus de la moitié en Afrique subsaharienne et près d'un tiers en Asie du sud [2, 3].

En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement avec plus d'une vie perdue toutes les 2 minutes [2]. Par ailleurs, il a été remarqué qu'au moins 25% des décès maternels se produisent pendant la grossesse ou l'accouchement [4, 5]. Les principales complications, qui représentent 70% de l'ensemble des causes de décès maternels sont les suivantes : hémorragies 27%, avortements 16% infections 14%, hypertension durant la grossesse (Pré éclampsie et éclampsie) 13% [6].

Les principaux facteurs incriminés dans ce fléau sont la pauvreté, la distance, manque d'information, l'inadaptation des services et les pratiques culturelles.

Au Mali, le taux de mortalité maternelle selon les différentes enquêtes démographiques et de santé (EDSM IV et V) est passé de 582 en 2001 à 464 en 2006 et à 368 pour 100.000 naissances vivantes en 2012-2013.

Malgré ces résultats encourageants beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre l'Objectif 3 (réduire de 1/3 le taux de mortalité maternelle) pour le Développement Durable (ODD - 2016 – 2030) [7].

C'est dans ce cadre que beaucoup d'initiatives ont été mises en œuvre, telles que l'organisation de la référence/évacuation basée sur un système de partage de coût entre les différents acteurs et la gratuité de la césarienne afin de la rendre accessible à toutes les femmes enceintes pour lesquelles une indication de la césarienne est posée.

Selon ADMSON PETER : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelles est d'identifier le plutôt

possible les 15% de grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps [8]. Cette tendance est confirmée par Oyesolo [9], qui disait que l'organisation de la référence dans l'état de Kebbi au nord du Nigéria a contribué à faire chuter le taux de mortalité parmi les femmes consultantes pour complications obstétricales de **20 % à 10 %** en 5 ans. Les interventions qui visent à améliorer le transport des femmes ayant une complication 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 [10].

L'évacuation sanitaire en obstétrique qui est définie comme, le transfert en urgence d'une structure de santé donnée à une autre plus compétente ou supposée telle pour la prise en charge efficace et rapide d'une parturiente présentant une pathologie développée au cours de la gravidité- puerpérale.

Au Centrafrique, **94,60%** des patientes décédées étaient des évacuées et **70 à 90,00%** à Cotonou [11, 12]. En 2008, les urgences obstétricales évacuées dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point G de Bamako étaient de **38,77%** [13].

Au centre de santé de référence de Kolodièba, les **85,50%** des admissions étaient des évacuées avec **6,22%** de décès maternels [14]. A Koutiala, en 2009, les **62,00%** des évacuées ont accouché par césarienne [15]. De janvier 2005 au décembre 2010, les évacuées représentaient **93,60 %** des admissions au CSRéf de Baroueli [16].

Depuis la mise en place du système de Référence/Evacuation au CSRéf de Yelimané en juin 2002 aucune étude n'a été réalisée pour évaluer sa performance. Vu le taux de mortalité élevé des évacuées et leur fréquence dans certaines études d'où l'intérêt de cette thèse.

II.OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Evaluer le système de Référence / Evacuation axé sur les urgences obstétricales dans le district sanitaire de Yelimané.

2. Objectifs spécifiques :

- ✚ Déterminer la fréquence des évacuations obstétricales dans le district sanitaire de Yelimané ;
- ✚ Identifier les différents motifs des urgences obstétricales évacuées ;
- ✚ Décrire le pronostic materno-fœtal des urgences obstétricales évacuées ;
- ✚ Apprécier le taux de recouvrement des Associations de Santé Communautaires (ASACO), mairie et le conseil de cercle à la caisse de solidarité.

III. GENERALITES

III. GENERALITES :

1. Concept de référence / évacuation :

Le système de référence/évacuation est composé de plusieurs éléments qui fonctionnent en inter action.

Le mauvais fonctionnement d'un ou de plusieurs de ces éléments a une influence négative sur le résultat souhaité. Ainsi, le système de santé du Mali après l'avènement de la déclaration de politique sectorielle en 1990, est composé comme suit [17].

- ✚ Le premier niveau constitue le centre de santé communautaire/centre de santé d'Arrondissement revitalisé qui est en principe le premier niveau de contact du malade avec les services de santé.
- ✚ Le deuxième niveau est le centre de santé du cercle ou du district.
- ✚ Le troisième niveau est l'hôpital de 2^{ème} référence.

Ce système d'organisation doit se poursuivre jusqu'au niveau des hôpitaux nationaux de référence régionale (d'un district sanitaire le 2^{ème} et 1^{er} niveau). Organiser ces deux niveaux, constitue l'organisation du circuit des utilisateurs pour un système référence /évacuation. Cette organisation est devenue une nécessité voire une obligation pour que cela puisse profiter efficacement et de façon efficiente aux différents usagers.

Pour l'organisation d'un tel système, l'implication d'un certain nombre d'acteurs est indispensable à savoir : les usagers (ASACO), l'Etat (les services techniques), et les partenaires extérieurs.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que fœtal est réservé. Ce pronostic est aggravé par :

- ✚ Le mauvais suivi prénatal ;
- ✚ Les insuffisances dans la prise en charge des parturientes dans les centres de santé ;
- ✚ Le problème de l'accessibilité géographique des centres de référence ;
- ✚ Le manque de moyens logistiques, matériels et financiers ;

✚ Problèmes socioculturels et politiques ;

Ces différentes causes sont généralement responsables du retard pris dans l'évacuation des parturientes.

Selon MAINE et COL (21) il y a trois retards [18] :

✚ 1er retard : Le temps mis avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences (SOU).

✚ 2^{ème} retard : Le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de santé de soins obstétricaux d'urgence.

✚ 3^{ème} retard : Le temps écoulé dans les structures le Centre de santé communautaire- centre de santé de référence (CSCOM-CS Réf) avant de recevoir les soins.

Pour résoudre ces différents problèmes, le gouvernement de la République du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population [17]. Cette déclaration retient les principes de la gestion décentralisée du système de santé. Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et l'offre des soins est assurée par deux échelons complémentaires :

✚ Le premier échelon est représenté par les centres de santé communautaire (CSCOM) offrant le paquet minimum d'activité (PMA) et géré par les associations de santé communautaires (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographique bien définie. (5.000habitants)

✚ Deuxième échelon : le centre de santé de cercle ou hôpital du district pour les soins de santé de référence.

Ce système fut démarré à Yelimané en juin 2002.

2. Rappels sur les principales urgences obstétricales :

Les urgences gynéco-obstétricales sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement les pays en voie de développement. Elles sont constituées

essentiellement par : les infections génitales, les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements provoqués, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum.

2.1. Rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. La rupture peut être spontanée ou se produire pendant une manœuvre obstétricale.

La laparotomie est obligatoire pour son traitement.

2.2.Placenta prævia hémorragique :

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

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

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

2.3. Hématome rétro-placentaire (HRP) :

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta, jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser. Ses complications sont graves et voire mortelles. Les principales complications sont : les troubles de la coagulation, la nécrose corticale du rein, les thrombophlébites des suites de couches.

2.4. La pré éclampsie/éclampsie :

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

- **L'éclampsie**, complication de pré éclampsie, est un syndrome vasculo-rénal caractérisé par un état convulsif, survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, au cours du travail, rarement dans les suites de couches. Le traitement de la crise d'éclampsie est basé sur le traitement médical et obstétrical par une évacuation rapide de l'utérus gravide. La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilât) et les diurétiques dans le post-partum [18].

2.5. Les dystocies :

❖ Les dystocies d'origine fœtale :

➤ La disproportion fœto-pelvienne :

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

Selon Delecour.M, une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie. [19]

La disproportion fœto-pelvienne est une indication de césarienne.

➤ Les présentations dystociques :

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

• La présentation du siège :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12 % selon Delecour.M. [19]

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

• La présentation de la face :

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine.

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

- **La présentation du front :**

C'est une présentation intermédiaire de la tête, entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence.

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

Le seul traitement convenable est la césarienne.

- **La présentation transverse/oblique :**

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

Elle est une indication de césarienne.

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

- **La dystocie dynamique :**

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

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

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

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

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

2.6. Procidence du cordon :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. Elle est définie par la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'elle fait courir au fœtus [20].

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.

2.7. La souffrance fœtale aigue :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal ; elle est suspectée aussi par découverte d'un liquide amniotique méconial. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide de fœtus soit par césarienne soit par extraction instrumentale. [20]

2.8. L'avortement :

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

2.9. Rupture prématurée des membranes (RPM) :

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

2.10. Menace d'accouchement prématuré (MAP) :

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

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

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

Ce sont des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml pendant ou immédiatement après la délivrance lors d'un accouchement par voie naturelle ou

supérieur ou égale à 1000 ml en cas de césarienne. Le diagnostic est clinique et le traitement dépend de l'étiologie et de l'hémorragie. [20]

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

2.12- Utérus cicatriciel :

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

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

IV.METHODOLOGIE

IV METHODOLOGIE :

1. Cadre et lieu d'étude :

1.1 Cercle de Yelimané :

Situé au Nord-est de la Région de **KAYES** entre le 14° et 16° latitude Nord et le 10° et 12° longitude ouest, le cercle de **YELIMANE** couvre une superficie de 5700 km². IL est limité au Nord-Ouest par la république Islamique de **MAURITANIE**, au Sud-ouest par le cercle de **KAYES**, au Sud par le cercle de **BAFOULABE**, à l'Est par le cercle de **NIORO** du **SAHEL** et s'étend du Nord au Sud sur 110 Km et d'Est en Ouest sur 77,5km.

Une population totale estimée en 2018 à 224298 habitants. La population est essentiellement composée de Soninkés, Peulhs, Maures semi-nomades et de Bambaras sédentaires. La religion majoritaire est l'Islam, il existe aussi le Christianisme et l'Animisme.

Dans le cercle les mouvements de la population sont très importants : le nomadisme à la recherche de points d'eaux, l'émigration et l'immigration. Il existe des poches d'esclavage traditionnel.

Le climat de la zone est du type sahélien caractérisé par une faible pluviométrie comprise entre 400 et 600 mm par an : une saison sèche et chaude (d'Avril à Juin), une saison froide (de Décembre à Mars) et une saison de pluie (Juin à Septembre). L'écart de température entre le jour et la nuit est important.

La population a un pouvoir d'achat relativement bas. Elle repose sur l'élevage, le commerce et l'agriculture. Le tourisme est presque inexistant. Les sites touristiques sont : les Grottes de Takoutallah, les mares de Toya, Dienguéré et Goumbogo, les traces de faidherbe qui sont en voie de disparition, la fosse commune et les écritures d'Archinard.

1.2. Carte sanitaire du cercle :

📍 Présentation :

Le District sanitaire de Yelimané comporte 30 aires de santé dont 29 sont fonctionnelles avec une population totale estimée en 2018 à 224298 habitants.

Les structures Privées : Cabinets Médicaux dix (10), Officines de pharmacie cinq (5), Dépôts de médicaments quatre (4).

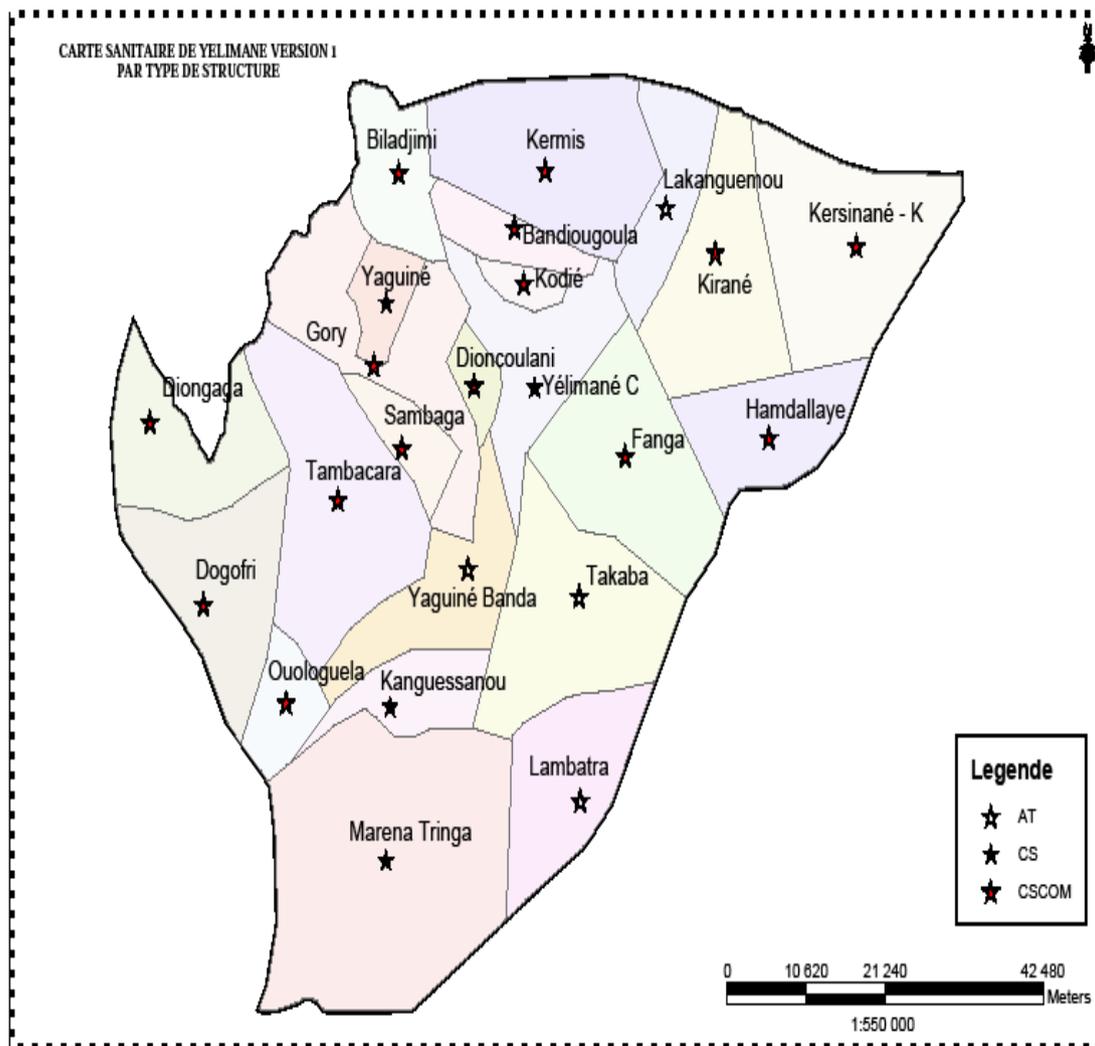


Figure 1 : Carte du district sanitaire du cercle de Yelimané [21]

Source : Direction régionale de la santé de Kayes, version 1 par type de structure (2016)

La description et le fonctionnement du CSRéf :

- **Les centres de santé communautaires** (CSCoM) constituent les structures sanitaires de premier niveau de prestation. La plupart de ces CSCoM sont constitués comme suite : un infirmier, un vaccinateur et une infirmière obstétricienne qui mènent les activités suivantes (Consultations curatives, accouchements assistés, consultation prénatale, vaccination, sensibilisation autour des problèmes de santé).
- Le second niveau de prestation est constitué par le CSRéf :

Les activités menées au CS Réf sont : les staffs, la visite des malades hospitalisés tous les jours, les consultations curatives, consultations prénatales, les accouchements assistés, quelques interventions chirurgicales et supervision au niveau des CSCoM.

Situation géographique : il est situé entre l'aéroport au nord-est, le camp de garde nationale au sud et à l'ouest le lycée public de Yelimané.

Il comporte : un Box de consultations, un Bloc opératoire, un bloc d'imagerie, un bloc laboratoire, un bloc de maternité, un bloc administratif, un Bloc pour la pharmacie, un bureau des entrées et un bloc d'hospitalisation des cas de médecine et de chirurgie.

La maternité : elle est constituée par 5 salles d'hospitalisation, une salle de Planification Familiale, une salle de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH, un bureau de sage-femme, une salle de CPN, 2 magasins, une salle d'accouchement, une salle de garde, une salle d'attente et une toilette.

Ressources humaines au niveau du CSRéf :

- Quatre (4) médecins généralistes ;
- Deux (2) assistants médicaux
- Quatre (4) sages-femmes ;
- Un (1) technicien Supérieur d'Hygiène et d'Assainissement ;
- Quatre (4) techniciens de santé ;
- Deux (2) techniciens de Laboratoire ;

- Deux (2) infirmières obstétriciennes ;
- Un (1) comptable ;
- Un (1) gérant DRC ;
- Un (1) gérant DV ;
- Un (1) matrone ;
- Quatre (4) chauffeurs ;
- Trois (4) manœuvres ;
- Un (1) gardiens ;
- Un (1) interne.

Ambulances : En 2015 le district sanitaire de Yelimané disposait deux ambulances dont l'une en bon état et de 2016 à 2018 trois ambulances.

2.Types et periode d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective , qui s'est déroulée à la maternité de Centre de Santé de Référence de Yelimané allant de janvier 2015 à décembre 2018 soit une période de quatre ans .

3. Population d'étude : notre étude s'est portée sur toutes les femmes enceintes ou en postpartum admises au service de la maternité du CS Réf de Yelimané.

4. Echantillonnage : il s'agissait d'une étude avec collecte exhaustif prenant compte tous les cas des urgences obstétricales évacuées.

4.1 Critère inclusion : Toutes les femmes enceintes et ou en post partum évacuées pour une pathologie gravido-puerperale avec une fiche d'évacuation à la maternité du CSRéf de Yelimané ont été incluses dans notre étude.

4.2 Critère de non inclusion : les patientes qui n'ont pas été incluses :

Les patientes référées,

Venues par elles-mêmes,

Les patientes admises pour pathologies non obstétricales.

5. Variables étudiées : Les variables étudiées sont consignées dans le tableau ci-dessous

Tableau I : variables

Variabes	Nature	Echelle	Technique / Collecte
Age (en intervalle)	Qualitative	Année	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominative		Lecture
Profession	Qualitative nominative		Lecture
Résidence	Qualitative nominative		Lecture
Parité	Quantitative discontinue		Lecture
Moyens de transports	Qualitative nominative		Lecture
Agent évacuateur	Qualitative nominative	1 : médecin 2:technicien supérieur etc..	Lecture
Motif d'évacuation	Qualitative nominative	1 : hémorragie, 2 : dystocie Etc...	Lecture
Antécédent (ATCD)	Qualitative nominative	1 : césarienne 2 : HTA Etc....	Lecture
CPN	Quantitative		Lecture

EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION AXE SUR LES URGENCES OBSTETRIQUES DE 2015 A 2018 DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YELIMANE

	discontinu		
Diagnostic d'entrée	Qualitative nominative	1 : dystocie 2 : pré-éclampsie	Lecture
Cause de décès maternel	Qualitative nominative	1 : éclampsie 2 : hémorragie	Lecture
L'état de nouveau-né	Qualitative nominative	1 : vivant 2 : mort-né frais 3:etc	Lecture
Taux de recouvrement de La caisse de solidarité	Quantitative continue	En pourcentage	Lecture
Causes de décès infantile	Qualitative nominative	1 : prématuré 2 : infection	Lecture
Voie d'accouchement	Qualitative	1 : voie haute 2 : voie basse	Lecture

6. Aspects éthique : L'étude a été faite par le respect de l'anonyme, la confidentialité des auteurs de dossiers et les patientes. Le résultat sera mis à la disposition des scientifiques pour l'amélioration des phénomènes liés aux urgences obstétricales.

7. Collecte des données : les données ont été collectées sur l'EXCEL Version 97-2003 à partir du :

 Registre d'accouchement

 Registre de SONU

 Les dossiers obstétricaux

8. Analyse des données :

Les données ont été analysées sur épi info-7 et test statistique **Khi²** et **P**. La différence est significative si la probabilité (**P**) est inférieure à **0,025**.

9. Limite d'étude :

Nous sommes conscients que notre étude ne pourra pas prendre en compte tous les aspects liés au phénomène par :

- Elimination de certains dossiers non exploitables
- L'absence et le non notification de certaines informations dans les dossiers obstétricaux et dans le registre SONU.

10. Définitions opérationnelles :

 **Variables** : ce sont les éléments ou aspects qu'on se propose d'étudier par rapport à une population.

 **Evaluation** : c'est une procédure scientifique et systématique, qui vise à déterminer une action ou un ensemble d'actions atteignant avec succès un ou des objectifs probablement fixés.

La société africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) lors de sa conférence bi annuelle tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes :

 **Référence** : concerne le transfert d'une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (Centre de Santé de Référence) suite au constat de facteurs de risques ou de pathologies de la grossesse.

 **Evacuation** : concerne une parturiente adressée en urgence, ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.

 **Urgences obstétricales** : ce sont pathologies développées au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites couches jusqu'au 42ème jour après l'accouchement dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme ou fœtal.

La mortalité néonatale est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré jusqu'aux 28 jours révolus. Ce temps a été subdivisé pour définir la période

néonatale précoce s'étalant de 0-7 jours inclus et la période néonatale tardive allant de 8-28 jours inclus.

- ✚ **La mortalité maternelle** : se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle 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 [21].
- ✚ **La gestité** : indique le nombre de gestation ;
- ✚ **Une primigeste** : indique une grossesse ;
- ✚ **Une pauci geste** : indique deux à trois grossesses ;
- ✚ **Une multi gestes** : indique quatre à cinq grossesses ;
- ✚ **Une grande multi gestes** : plus de cinq grossesses ;
- ✚ **La parité** : indique le nombre d'accouchement ;
- ✚ **La nullipare** : indique zéro accouchement ;
- ✚ **La primipare** : indique un accouchement ;
- ✚ **La pauci pare** : indique deux à trois accouchements ;
- ✚ **La multi pare** : indique quatre à cinq accouchements ;
- ✚ **La grande multi pare** : plus de cinq accouchements ;
- ✚ **La césarienne** : est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus après une incision chirurgicale de l'utérus.
- ✚ **Fiche d'évacuation** : c'est un support conventionnel médico-légal comportant l'identité de la patiente et le motif d'évacuation.

V.RESULTATS

V. RESULTATS :

1. Fréquence globale :

Durant notre étude, du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2018, les évacuations obstétricales ont représenté **27,65%** des admissions avec **1,37%** de décès et **12,16%** des patientes évacuées ont été évacuées à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes.

2. résultats descriptifs :

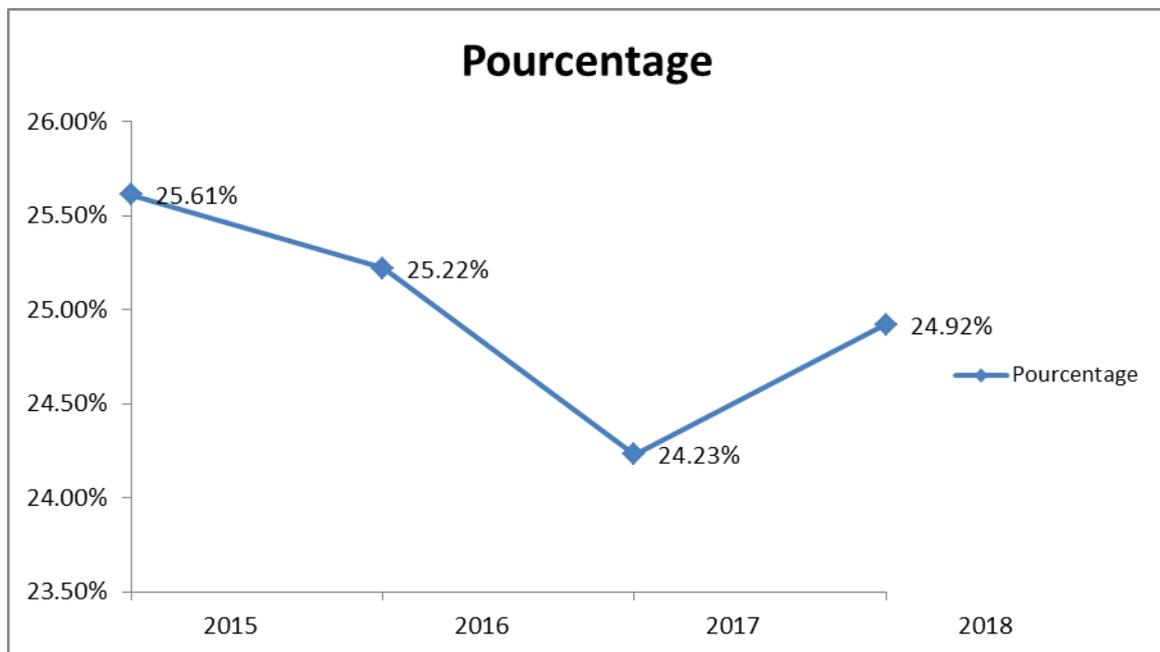


Figure 2 : Répartition des patientes évacuées en fonction de l'année.

Tableau II: Répartition des patientes évacuées en fonction de la tranche d'âge.

Age	Effectifs	Pourcentage
≤19	327	32,10
20-34	542	53,19
≥35	150	14,72
Total	1019	100,00

Minimal : **13** ans ; maximal : **49** ans ; Moyenne :**31,07** ; Ecartype :**10,37**

Tableau III : Répartition des patientes évacuées en fonction de la parité.

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	332	32,58
Primipare	152	14,92
Pauci pare	296	29,05
Multipare	122	11,97
Grande multipare	117	11,48
Total	1019	100,00

Parité minimale : 0 ; maximale : 13; Moyenne:2,43 ; Ecartype:2,96.

Tableau IV : Répartition des patientes évacuées en fonction de la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primi geste	369	36,21
Pauci geste	307	30,13
Multi geste	180	17,66
Grande multi geste	163	16,00
Total	1019	100,00

Gestite minimale : 1 ; maximale : 14 ; Moyenne :2,87 ; Ecartype :3,48.

Tableau V : Répartition des patientes évacuées selon leur statut matrimonial.

Statuts matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	993	97,44
Veuve	3	0,29
Divorce	6	0,58
Célibataire	17	1,66
Total	1019	100,00

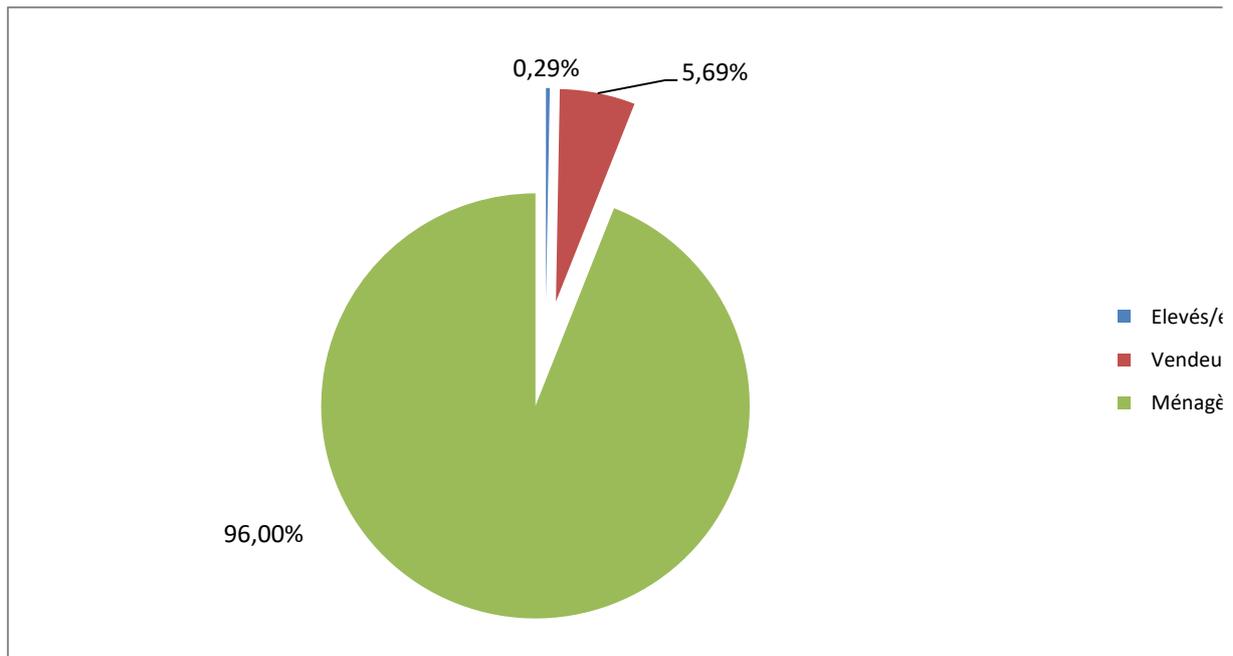


Figure 3 : Répartition des patientes évacuées selon leur profession.

Tableau VI : Répartition des patientes évacuées selon la qualification de l'agent ayant évacué.

Agents évacuateurs de malade	Effectifs	Pourcentage
Médecin	326	31,99
Technicien supérieur de santé	380	37,29
Technicien de santé	313	30,72
Total	1019	100,00

Tableau VII: Répartition des patientes évacuées en fonction de moyens de transports.

Moyen de transport	Effectifs	Pourcentage
Ambulance du CSRéf	875	85,67
Taxi	80	07,85
Moto	60	05,88
Autres véhicules de CSRéf	4	0,39
Total	1019	100,00

Tableau VIII : Répartition des patientes évacuées selon la qualification de l'agent accompagnateur.

Agents accompagnateurs	Effectifs	Pourcentage
Médecin	1	0,11
Interne	42	4,80
Sagefemme	103	11,77
Infirmière obstétricienne	367	41,94
Matrone	356	40,68
Non précisé	6	0,68
Total	875	100,00

**EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION AXE SUR LES URGENCES OBSTETRIQUES DE
2015 A 2018 DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YELIMANE**

Tableau IX: Répartition des patientes évacuées en fonction de leur provenance.

PROVÉNANCES (CSOM)	Effectifs	Pourcentage
BANDIOUGOULA	70	6,87
BILADJIMI	47	4,6
DIALAKA	1	0,10
DIONCOULANE	80	7,85
DIONGAGA	109	10,70
DOGOFRI	31	3,04
FANGA	29	2,85
GORY	92	9,03
HAMDALLAYE	6	0,59
KANGUESSANOU	28	2,75
KERSIGNANE DIA	3	0,29
KERSIGNANE KA	26	2,55
KIRANE	55	5,40
KODIE	40	3,93
KOMELOU	27	2,65
KORAMPO	3	0,29
KREMIS	40	3,93
LAKANGUEMOU	20	1,96
NIOGOMERA	38	3,73
OUOLOGUELA	29	2,85
SAMBA	57	5,59
TAKA	34	3,34
TAMBACA	65	6,38
WAIK	11	1,08
YAG BA	20	1,96
YAGUI	58	5,69
Total	1019	100,00

Tableau X : Répartition des patientes évacuées selon le motif d'évacuation.

MOTIFS D'EVACUATION AU CSCOM	Effectifs	Pourcentage
Anémie	74	7,26
Hypertension et complications	206	20,21
Rétention placentaire	28	2,75
Grossesse arrêtée	14	1,37
Impotence fonctionnelle des membres	8	0,79
CPN zéro	25	2,45
Grande multipare	35	3,43
Avortement	9	0,88
Douleur pelvienne	12	1,17
Dystocie	245	24,04
Hémorragie	172	16,87
Hématome retro placentaire	15	1,47
HU excessive	52	5,10
Menace avortement	23	2,56
Placenta prævia	17	1,67
Procidence du cordon	18	1,77
Souffrance fœtale aigue	15	1,47
Siège chez primipare	10	0,98
Utérus cicatriciel	31	3,04
Autres	10	0,98
Total	1019	100,00

Autres: rétention J2 :3 ; refus d'examen:4 et rhésus négatif : 3

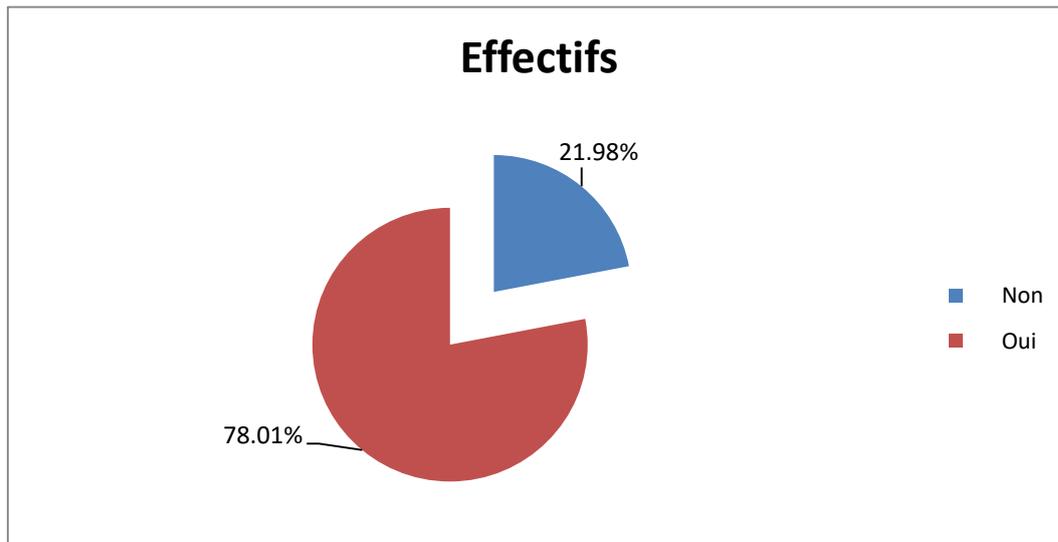


Figure 4 : Répartition des patientes évacuées selon la présence de facteurs de risque.

Tableau XI : Répartition des patientes évacuées selon les facteurs de risque.

Type de facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage
Age <16 ans	24	3,02
Anémie	465	58,49
Utérus cicatriciel	44	5,53
Grande multipare	93	11,70
Hauteur utérine excessive	84	10,57
Antécédent mort-né	38	4,78
Rhésus négatif	21	2,64
Bassin limite	16	1,57
Siège chez primigeste	10	1,26
Total	795	100,00

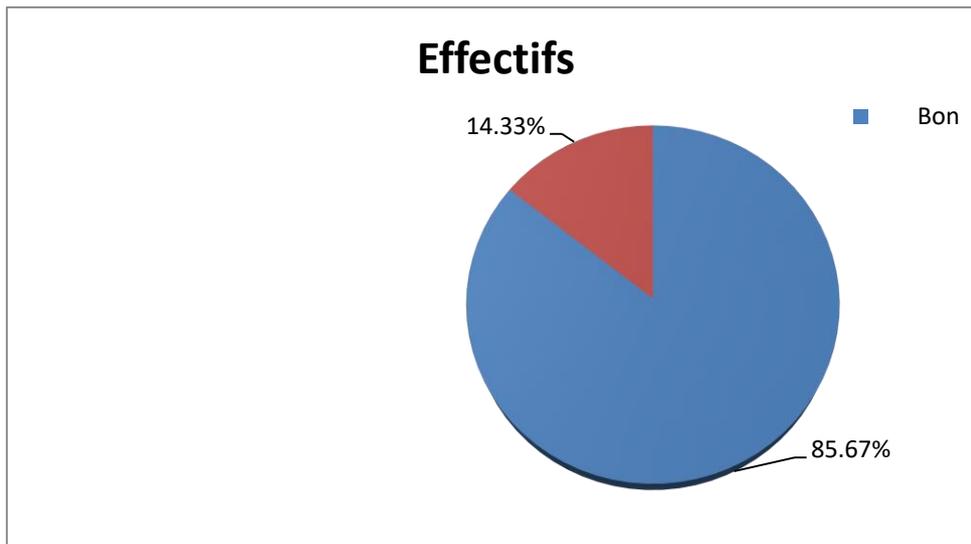


Figure 5: Répartition des évacuées en fonction de leur état général.

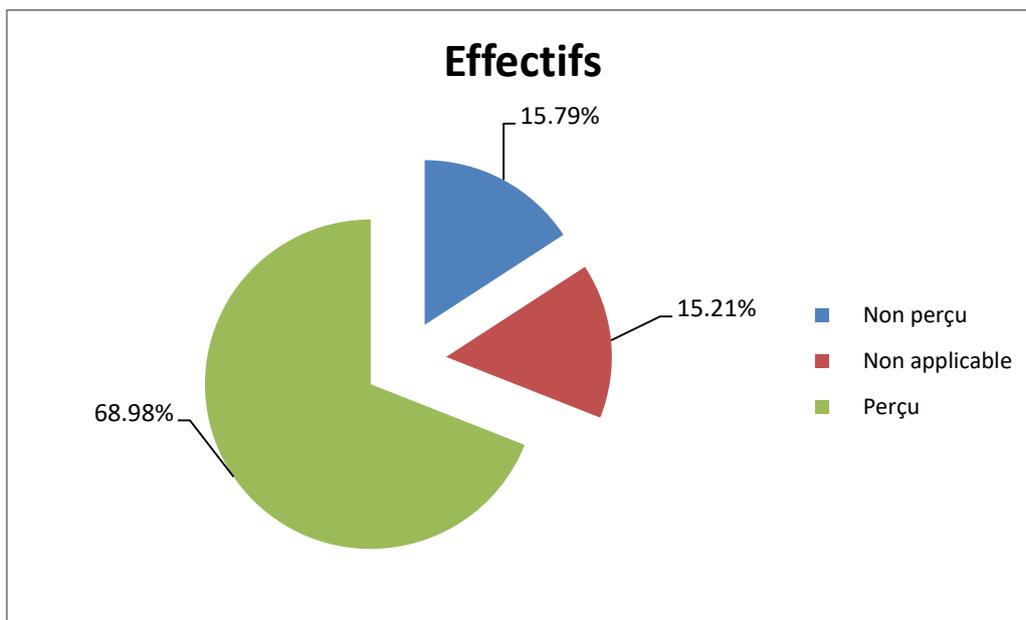


Figure 6 : Répartition des patientes évacuées en fonction de la perception du BCF.

Tableau XII : Répartition des patientes évacuées en fonction du nombre de CPN.

CPN	Effectifs	Pourcentage
0	223	21,88
1-3	549	53,88
4 et plus	247	24,24
Total	1019	100,00

Tableau XIII : Répartition des patientes évacuées en fonction du taux d'hémoglobine.

TX Hb g/l	Effectifs	Pourcentage
≥ 11	225	22,08
8-10,99	465	45,63
≤ 7	166	16,29
Non effectué	163	15,99
Total	1019	100,00

Tx HB minimal : 2,10 ; maximal : 15 ; Moyenne :9,53 ; Ecartype : 2,704.

Tableau XIV : Répartition des patientes évacuées en fonction du diagnostic d'entrée.

DIAGNOSTIC D'ENTREE	EFFECTIFS	Pourcentage
Anémie	91	08,93
Utérus cicatriciel	36	03,53
Avortement	21	2,06
Grossesse molaire	19	1,86
Hypertension artérielle	26	2,55
Infection urinaire	15	1,47
Impotence fonctionnelle	11	1,08
Menace d'avortement	25	2,45
Dystocie	216	21,20
Eclampsie	80	7,85
Grossesse arrêtée	19	1,86
Hémorragie du post partum	41	4,02
Hématome retro-placentaire	76	7,46
Menace d'accouchement prématuré	23	2,25
Paludisme	24	02,35
Placenta prævia	41	4,02
Pré éclampsie	107	10,50
Procidence du cordon	20	1,96
Rupture utérine	4	0,39
Souffrance fœtale	31	3,04
Syndrome pré-rupture	12	1,18
Travail d'accouchement normal	71	6,96
Total	1019	100,00

Tableau XV : Répartition des patientes évacuées en fonction des voies d'accouchement.

Voies d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Voie basse	493	72,39
Voie haute	188	27,60
Total	681	100,00

Tableau XVI : Répartition des patientes évacuées en fonction du type de complication maternelle apres la prise en charge.

Complications maternelles	Effectifs	Pourcentage
Anémie	12	23,07
Eclampsie	7	13,46
Hémorragie du post partum	20	38,46
Septicémie	13	25,00
Total	52	100,00

EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION AXE SUR LES URGENCES OBSTETRIQUES DE 2015 A 2018 DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YELIMANE

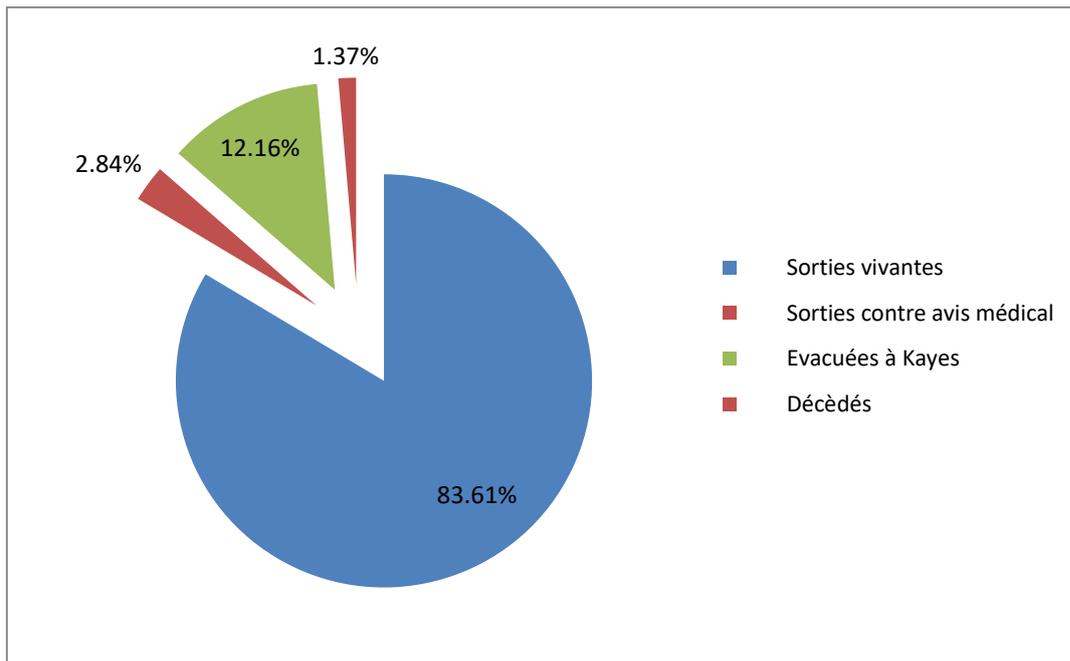


Figure 7 : Répartition des patientes évacuées en fonction de leur pronostic.

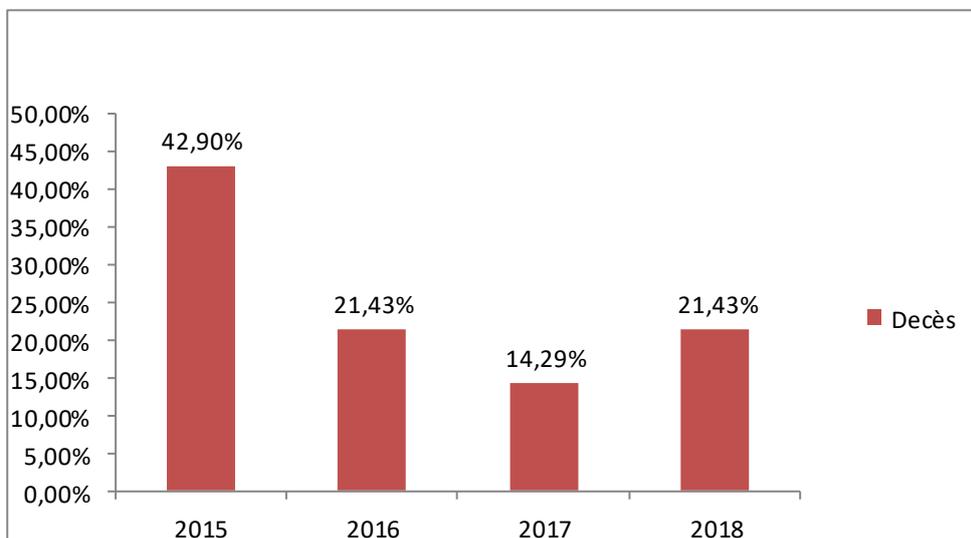


Figure 8 : Répartition des patientes évacuées décédées en fonction de l'année

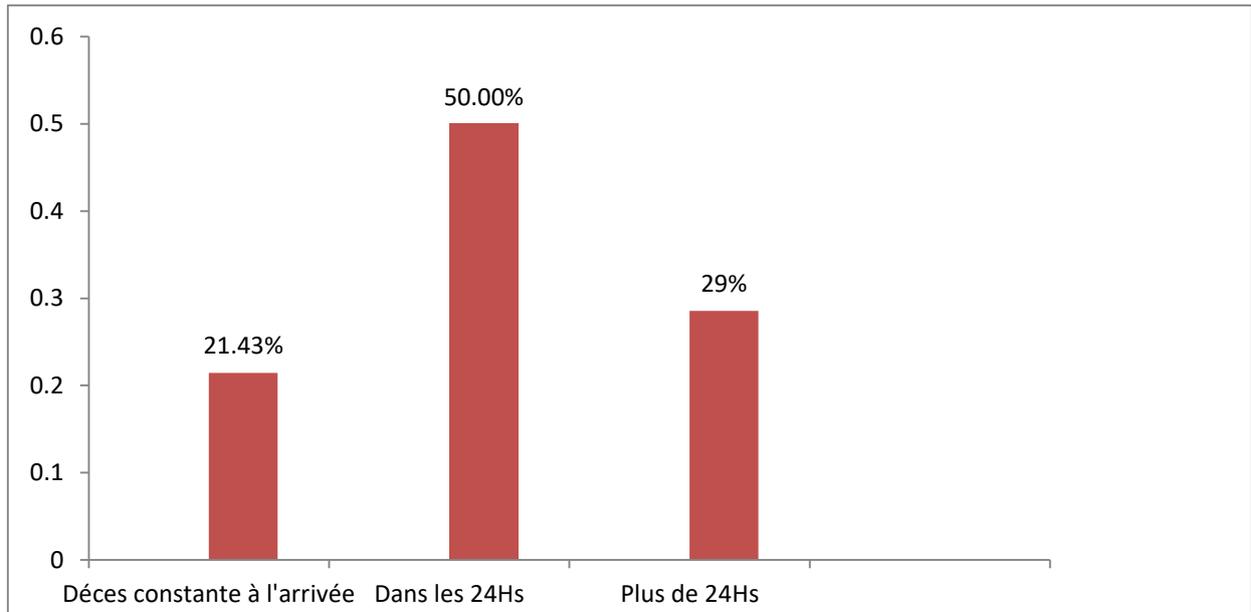


Figure 9 : Répartition du décès maternel en fonction du moment de la survenu.

Tableau XVII : Répartition des patientes évacuées en fonction des causes du décès maternel.

Cause des décès maternels	Effectifs	Pourcentage
Anémie	3	21,42
Détresse respiratoire post césarienne par manque d'électricité (moteur en panne)	1	7,14
Pré éclampsie	1	7,14
Eclampsie	3	21,42
Hémorragie	4	28,57
Septicémie	2	14,28
Total	14	100,00

Tableau XVIII : Répartition des patientes évacuées en fonction du motif d'évacuation à Kayes.

Motifs d'évacuation à Kayes	Effectifs	Pourcentage
Anémie	64	51,61
Impotence fonctionnelle	4	3,22
Eclampsie	34	27,41
Prolapsus utérin	1	0,80
Pré éclampsie	6	4,84
Septicémie	3	2,42
indisponibilité du bloc opératoire	12	9,67
Total	124	100,00

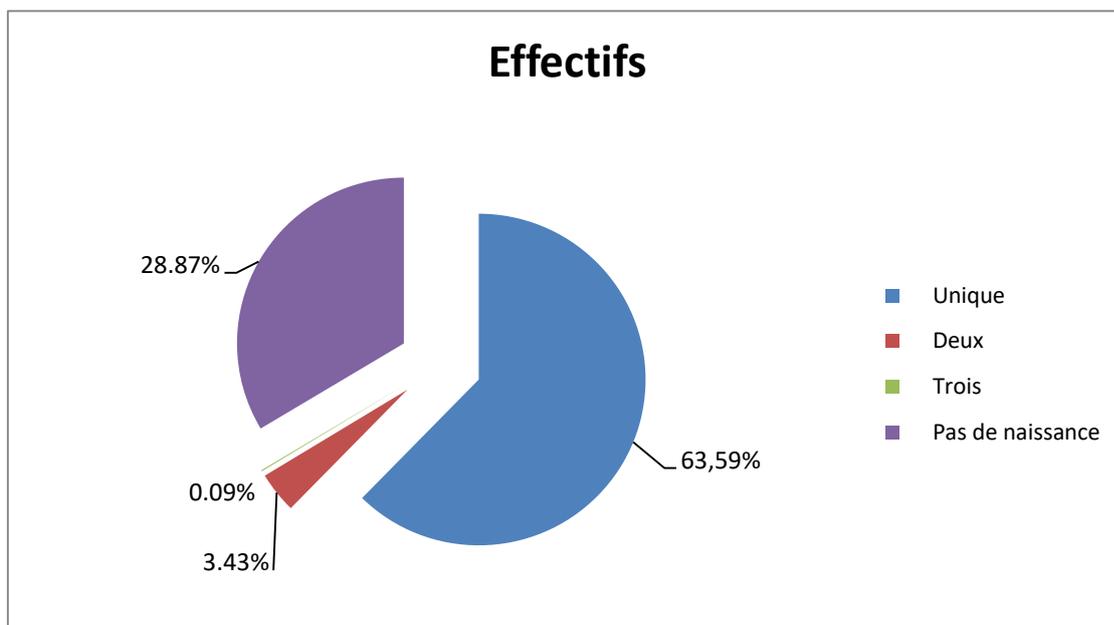


Figure 10 : Répartition des patientes évacuées en fonction de type de naissance.

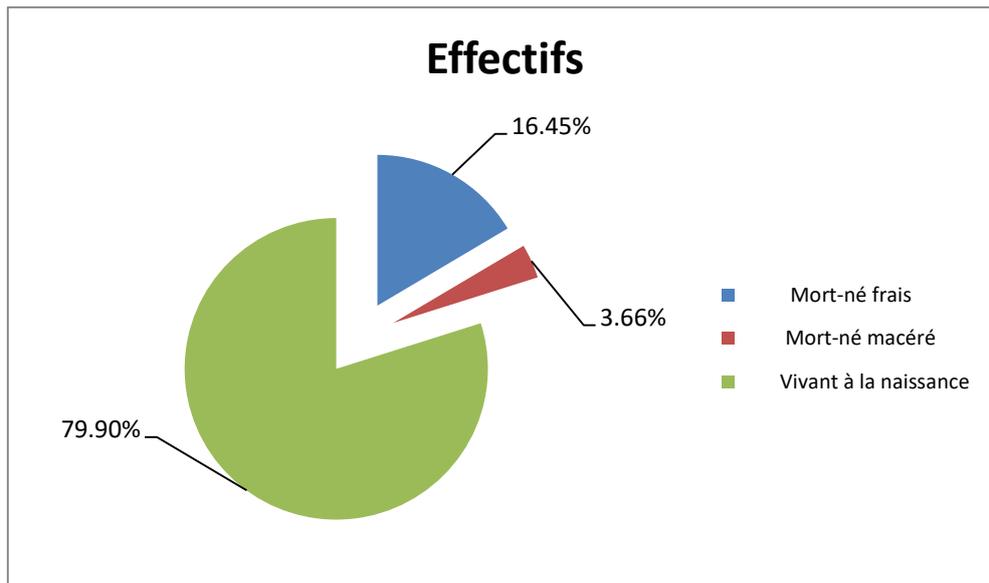


Figure 11 : Répartition en fonction de l'état de nouveau-né à la naissance.

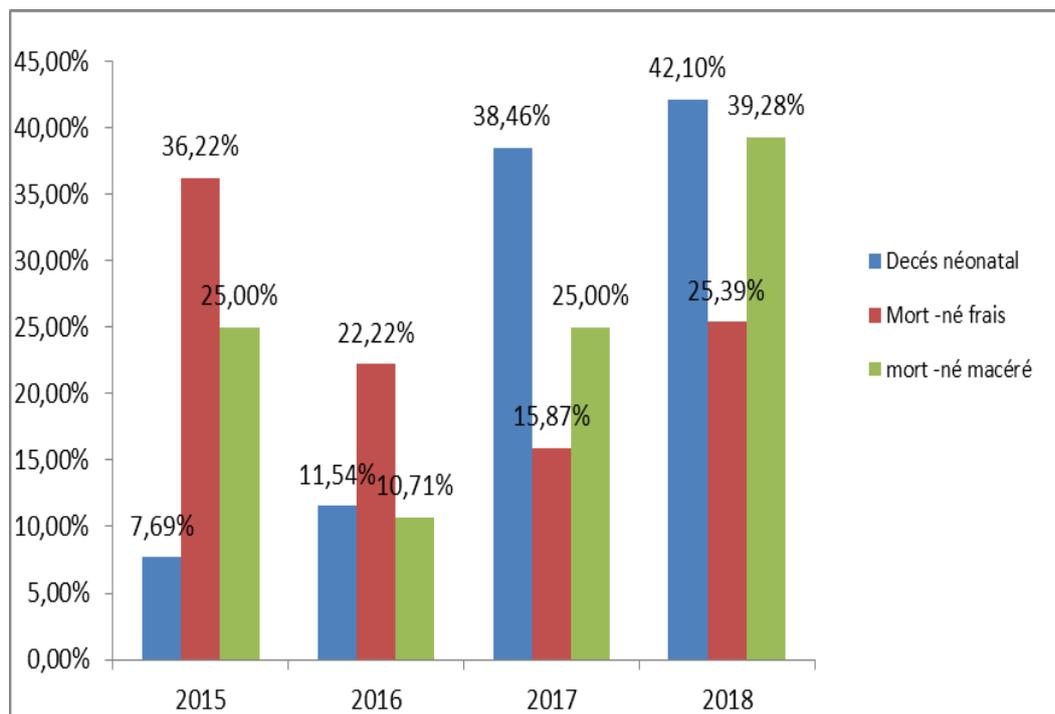


Figure 12: la répartition du décès néonatal, mort-né frais et mort-né macéré en fonction de l'année.

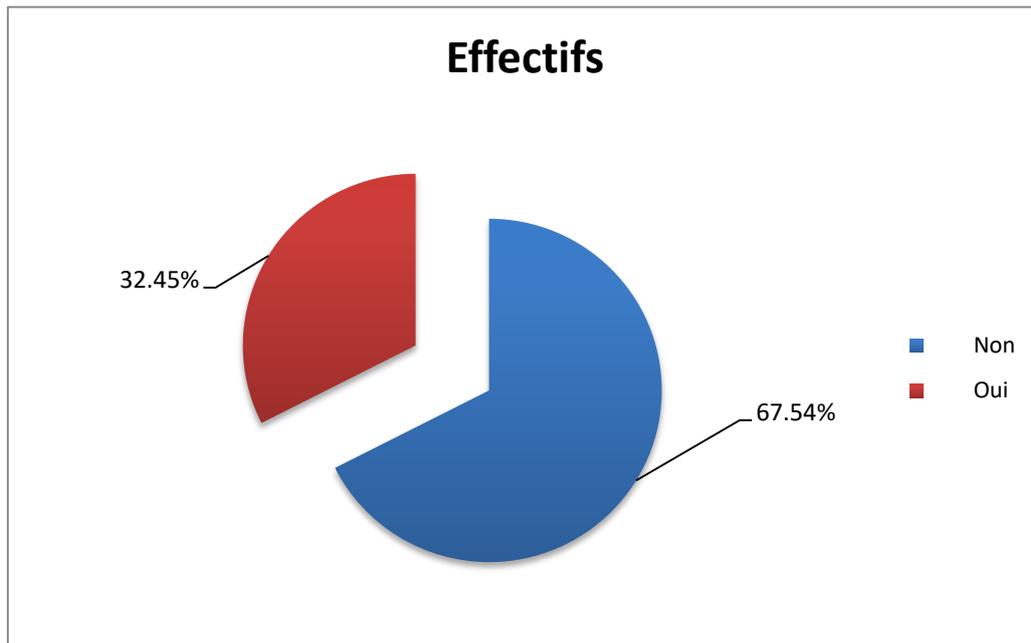


Figure 13 : Répartition des nouveaux nés en fonction de la réanimation.

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés vivants en fonction de la complication.

Complications chez nouveau-né	Effectifs	Pourcentage
Détresse respiratoire	127	57,99
Infection néonatale	22	10,04
Prématurité	70	31,96
Total	228	100,00

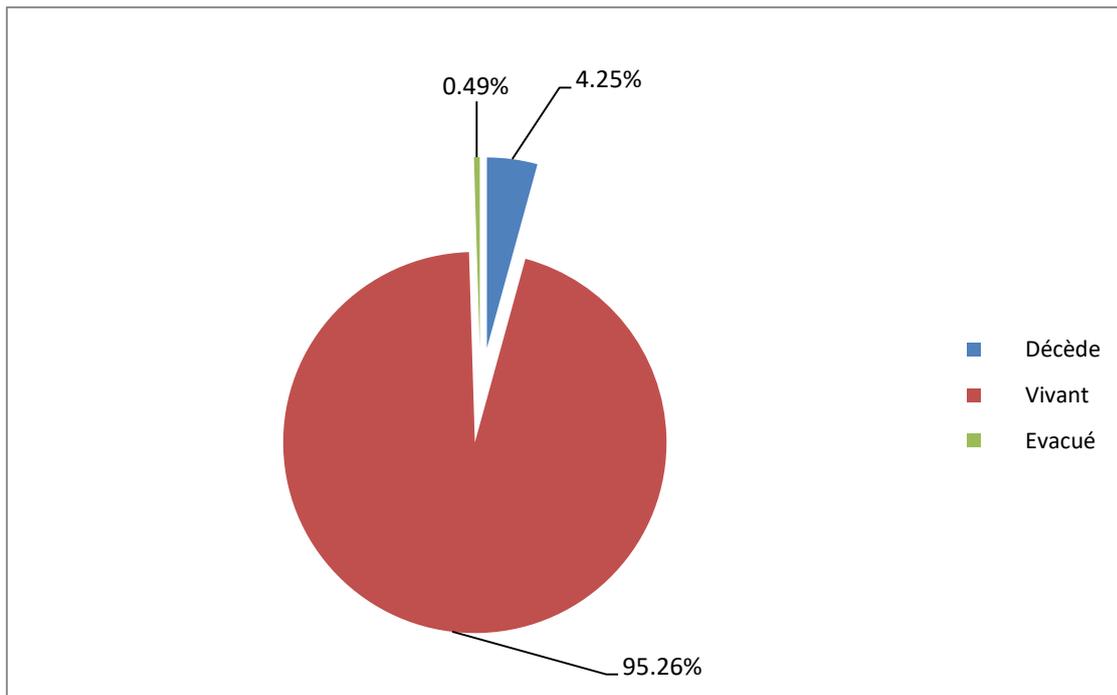


Figure 14 : Répartition en fonction de l'état de nouveau- né à la sortie.

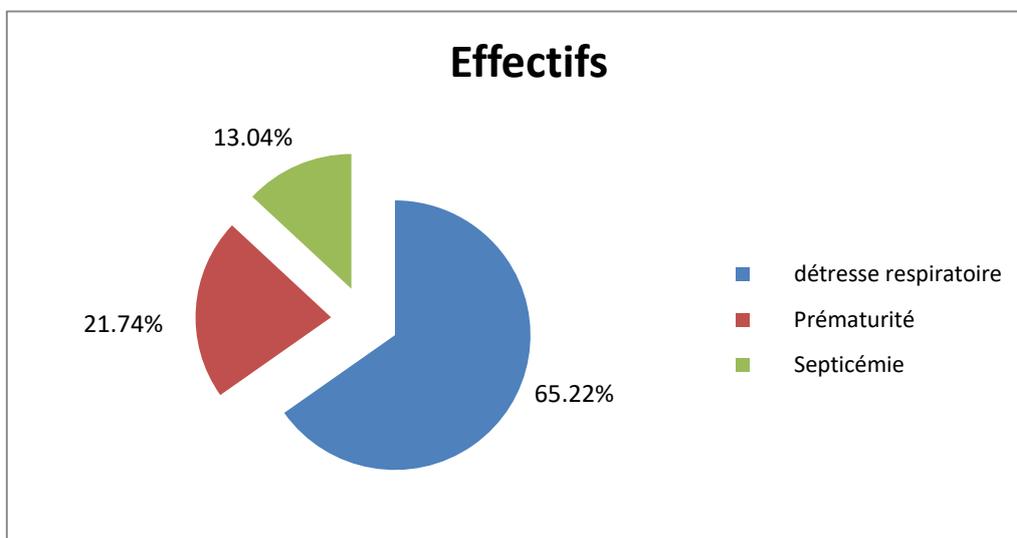


Figure 15 : Répartition en fonction des causes du décès néonatal.

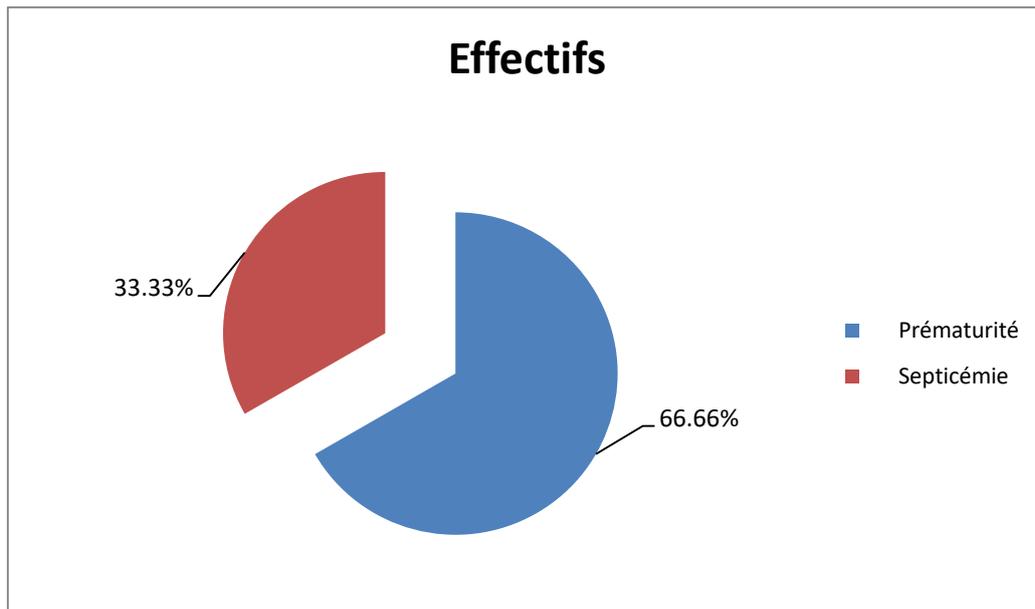


Figure 16 : Répartition en fonction de la cause d'évacuation du nouveau-né à Kayes.

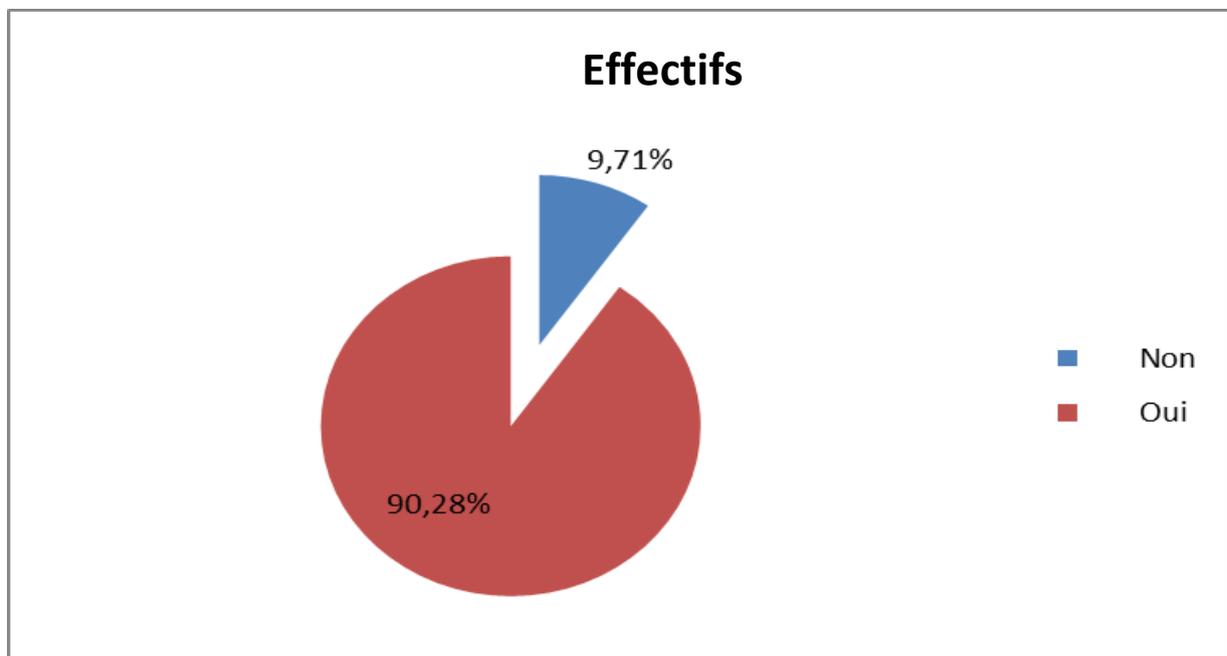


Figure 17 : Répartition des patientes évacuées en fonction de retro-information.

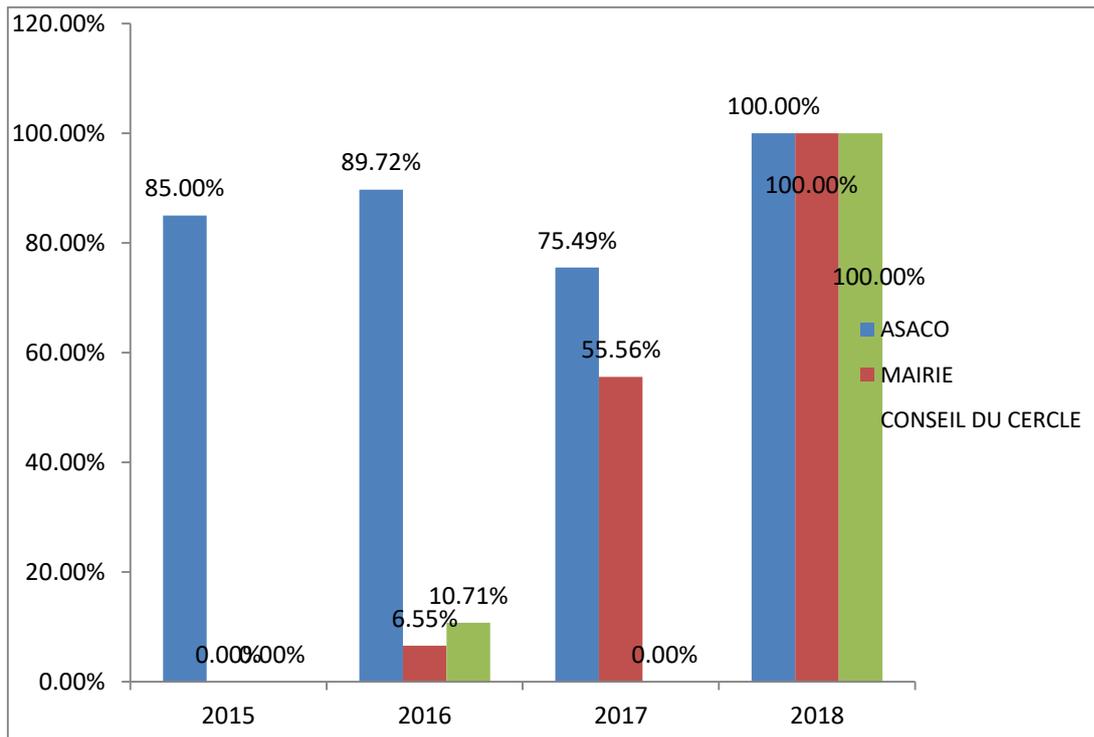


Figure 18 : Répartition du taux recouvrement des ASACO, mairie et conseil de cercle à la caisse de solidarité en fonction de l’année.

2. résultats analytiques :

Tableau XX: Relation entre le décès maternel et la complication maternelle.

Complication	décès	vivants	total	Khi²	P
Anémie	3	9	12	0,37	0,53
Eclampsie	3	4	7	2,48	0,11
HPP	4	16	20	0,22	0,63
Septicémie	2	11	13	0,10	0,74
	12	40	52		

Nous n’avons pas eu de corrélation entre décès maternel et la complication maternelle.

Tableau XXI : Relation entre voie d'accouchement et le décès maternel.

voie d'accouchement	décès	vivants	total	Khi ²	P
Voie haute	2	186	188	1,29	0,25
Voie basse	3	490	493	0,66	0,41
	5	676	681		

Les décès maternels ne sont pas liés à la voie d'accouchement.

Tableau XXIII : Relation entre motif d'évacuation et la complication maternelle.

Motifs d'évacuation	Complications	Non complications	Total	Khi ²	p
HTA et complications	14	192	206	1,48	0,22
Hémorragie	10	162	172	0,097	0,75
Dystocie	11	234	245	0,13	0,711
Anémie	10	64	74	8,21	0.0041
Utérus cicatriciel	3	28	31	0,61	0,73
	48	680	728		

La complication maternelle est liée à l'anémie avec p 0,0041.

Tableau XXIV : Relation entre le décès néonatal et la complication néonatale.

Complications	Décès	vivant	Total	Khi ²	p
Détresse respiratoire	17	110	127	9,95	0,001
Infection néonatale	3	19	22	0,20	0,65
Prématuré	6	74	70	0,020	0,886
	26	203	219		

Le décès néonatal est lié à la complication néonatale détresse respiratoire avec P 0,001.

3. Fonctionnement du système de référence /évacuation de Yelimané:

Les principaux acteurs de la caisse de solidarité étaient les mairies, ASCO et le conseil du cercle.

Le système de référence /évacuation de YELIMANE se fonctionnait comme suit :

La prise de décision d'évacuer ou référer est le point de départ du système. Le CSCCom évacue par la décision du DTC en collaboration de l'agent responsable de la maternité ou la responsable de la maternité en cas d'absence de DTC en remplissant la fiche d'évacuation et le partogramme et en informant le médecin responsable de la maternité du CSRéf ou sage maitresse pour l'évacuation avec motif.

L'ambulancier et la sage-femme de garde sont informés par le médecin responsable de la maternité pour l'évacuation.

Le transport de la parturiente évacuée est fait par l'ambulance du CSRéf avec un agent de santé.

La 2^{ème} référence c'est dire du CSRéf à l'hôpital, la décision est prise par le médecin responsable de la maternité en collaboration avec les autres médecins du CSRéf et l'accord des parents de la patiente.

La communication se faisait par le téléphone, les réseaux de téléphonie mobile couvrent presque tout le district.

Au CSRéf l'agent de garde (sage-femme, infirmière obstétricienne) fait la consultation en urgence et procède à la prise en charge, remplit les supports et en informe le médecin de garde en cas de besoin.

Le transport de la femme du village au CSCom est assuré par les communautés par l'utilisation des moyens adaptés. Les coûts afférents à ce transport sont à la charge de la communauté dont est issue la femme évacuée.

Au terme du processus de la prise en charge de la parturiente, la sagefemme ou infirmière obstétricienne remplissait la fiche de retro information sous l'accord de médecin responsable de la visite matinale des malades hospitalisées qui donnait au parent du malade pour remettre au DTC du Scom concerné. Les fiches de rétro information sont discutées lors des réunions mensuelles de monitoring. Si la prise en charge n'est pas possible au CSRéf, la parturiente est évacuée sur l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Fréquence :

Durant notre étude de Janvier 2015 au 31 Décembre 2018 sur 3686 admissions, les urgences obstétricales évacuées vers le CSRéf de Yelimané ont représenté 27, 65%. Notre taux est supérieur à celui de Cissé [25], Traore [26] et inférieur à celui de Thiam [23], Ouattara [24] , Sall [27] et Sepou [28], comme indiqué dans le tableau XXV ci-dessous. Cette variation de la fréquence pourrait s'expliquer par la taille de la population étudiée , la compétence de l'agent de santé et ou le plateau technique de ces structures.

Tableau XXV : fréquences des urgences obstétricales selon certains auteurs.

Auteurs	Lieu	Année	Fréquence
Thiam [23]	Sénégal	2011	31, 20%
Ouattara [24]	Ouagadougou	2014	43, 00%
Cissé [25]	Mali (Markala)	2013	24 ,40%
Traore [26]	Bamako CVI	2009	16 ,50%
Sall [27]	Dioila	2010	30,08%
Sepou et al [28]	Bangui	2000	27,03%
Notre étude	Yelimané	2015-2018	27, 65%

Les évacuations vers le CSRéf de Yelimané ont diminué de 2015 à 2018, ceci pourrait s'expliquer par l'ouverture du bloc opératoire et la dotation d'une ambulance au CSCom de Kirané en fin 2016.

2. Caractéristiques socio-démographiques :

Les caractères sociodémographiques varient d'une étude à autre.

Les extrêmes d'âge ont été de 13 à 49 ans. La majorité des évacuées soit **53,19%** avait un âge compris entre 20-34 ans. Cette même tranche d'âge était les plus évacuées chez Guindo [29] et Salihou [30] qui ont obtenu respectivement **63,86%** et **43,28%**. Cela s'expliquerait par la simple raison que c'est la tranche d'âge où l'activité génitale est la plus accrue.

La majorité des patientes évacuées était mariée soit **98,63%**, ce taux est proche de ceux de Cissé [25], Diakité [31] et Coulibaly [32] qui avaient trouvé respectivement **96,70%** ; **99,01%** et **92,70%**, ceci pourrait être dû à l'influence de la religion musulmane et de la culture.

La plupart de nos évacuées venaient de DIONGAGA, GORY DIAFOUNOU, DIONCOULANE et BANDIOUGOULA avec un taux respectif de **10,70%** ; **9,03%** ; **7,85%** et **6,87%** cela pourrait s'expliquer par la taille ces de populations.

Les quatre-vingt-cinq virgule soixante-sept des évacuations ont été faite par l'ambulance du CSRéf et accompagnées par un agent de santé. Par contre, selon Coulibaly [32], Traore [26] et Thiam [23] respectivement **61,00%** ; **29,85%** et **31,00%** ont utilisé leurs propres moyens.

Le frais de transport des évacuations a été pris en charge par la caisse de solidarité sauf les trois derniers mois de 2017 qui a été payé par les parents des évacuées soit **4,80%**, ce taux est inférieur à celui de Diakité [31] qui a trouvé **7,30%**.

3. Aspects cliniques et pronostics :

La gestité et la parité jouent un rôle important dans la cause des évacuations. Les **36,21%**, des évacuées étaient à leur première grossesse tandis que **11,48%**, étaient à leur 6^{ème} et plus. Les nullipares étaient les plus évacuées soit **32,58%**, cela pourrait s'expliquer par l'élévation de la fréquence de certaines pathologies,

des facteurs de risque et l'absence d'expériences. Ce même taux élevé a été observé chez **Salihou [30]** et **Cissé [25]** soit respectivement **35,60%** et **45,10%**.

Les facteurs de risque étaient présents chez **78,01%** des évacuées ceci expliquerait l'intérêt de leurs évacuations.

Les CPN quatre étaient fréquentes parmi les évacuées avec **24,24%** ceci pourrait s'expliquer d'une part l'insuffisance de qualité des CPN effectuées.

Dans notre étude, les CPN zéro étaient de **21,88%**. Ce taux est supérieur à celui de **Cissé [33]** au CSRéf commune II de Bamako, ce qui pourrait s'expliquer par le niveau socio-économique bas de la population et l'accessibilité difficile aux aires de santé.

Nos trois principaux motifs d'évacuation étaient : Travail Dystocique **24,04%**, Hypertension artérielle et ses complications **20,21%** et Hémorragie **16,81%**.

Dans une étude similaire faite par **Cissé [25]**, **Ouattara [24]** et **Thiam [23]** ont trouvé respectivement Hémorragies du troisième trimestre **15,10%**, Travail dystocique **10,2%**, Utérus cicatriciel **9,30%** ; Eclampsie **12,55%**, Pré éclampsie **11,21%**, Menace d'avortement **10,54%** et Dystocies **37,4 %**, Hémorragies **31,6%** et Hypertension artérielle et ses complications) **14,20%**. Cette discordance pourrait s'expliquer par la qualité et la compétence de l'agent évacuateur.

Les complications représentaient **5,10%** et les plus fréquentes étaient les hémorragies (**38,46%**) et la septicémie (**25, 00%**). Les dix-neuf virgule vingt-trois pourcent (**19,23%**) de complications étaient liées au motif d'évacuation.

Maiga [34] a trouvé (**38,80%**) de complications et la plus fréquente était HTA et ses complications soit (**20,90%**) par contre **Cissé E [33]** a eu (**7, 00%**) de complications et l'anémie a été majoritaire avec (**51, 14%**).

Sur **1,37%** de décès, aucun n'a été liée à la voie d'accouchement ou les complications. La moitié a été faite pendant les 24 heures de leurs admissions.

Les principales causes obstétricales directes de décès maternels, comme décrites ailleurs dans la revue de la littérature [**2 , 12 , 35 , 36**], étaient majoritaires et

responsables de près de dix morts sur quatorze dans notre série de données à savoir l'hémorragie, la septicémie, l'HTA et ses complications. Notre taux est supérieur à celui de Fomba [37] soit **1,04%** et inférieur à ceux de Savadogo [38], Sanogo [39] et Traore [40] respectivement **4,50%** ; **6,70 %** et **27,60%**. La variation de ces fréquences pourrait s'expliquer par le motif d'évacuation ou l'état de ces patientes à l'admission.

Le BCF était absent chez **15,79 %** des femmes évacuées par contre Cissé E [33], Traoré [26] et Diarra [41] ont trouvé respectivement **1,80%** ; **5,30%**, **10,65%**. Cela s'expliquerait, d'une part par le retard repris ou manque de surveillance au CSCom.

Le taux de mort-né macéré a augmenté de 2015 à 2018 soit de **25,00%** à **39,28%**, pourrait s'expliquer par la méconnaissance ou retard pris par les femmes et les parents avant de se rendre au centre de santé.

Le taux de décès néonatal a grimpé de 2015 à 2018 soit de **7,69%** à **42,10%** et **65,22%** de ces décès étaient dû à la détresse respiratoire. Les **87%** de ces décès pouvaient être évités s'il y'avait un service néonatal au sein du CSRéf.

4. Le taux de recouvrement des ASACO, les mairies et conseil de cercle à la caisse de solidarité :

Le taux de recouvrement à la caisse de solidarité a augmenté de 2015 à 2018 chez tous les acteurs du système de référence/évacuation. Les ASACO, le taux de recouvrement de la caisse de solidarité s'élevait de **85,00%** à **100%** de 2015 à **2018**. En effet, les mairies et le conseil de cercle n'avaient rien payé en 2015. Le non-paiement de ces acteurs pourrait s'expliquer par le non-paiement des impôts et des taxes par la population ou le manque de volonté de ces acteurs.

Durant ces quatre ans d'étude les ASACO avaient payé **87,55%**, les mairies **40,53%** et le conseil de cercle **27,68%** Salihou [30] avait trouvé respectivement **38,27%** ; **26,00%** et **38,33%** et à Macina Goita [42], les ASACO et les mairies avaient payé respectivement **46,00%** et **21,00%**.

VII.CONCLUSION

CONCLUSION :

Les évacuations sanitaires des urgences obstétricales ont légèrement diminué de 2015 à 2018. Elles demeurent des problèmes majeurs dans le district sanitaire de Yelimané par la sortie de contre avis médical de certaines patientes et la plupart des mortalités maternelles intéressaient les évacuées dans notre étude.

La moitié de ces évacuations sur l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes et la majorité de ces décès maternels pouvaient être évités s'il y'avait une mini banque de sang au CSRéf.

Les décès maternels n'étaient pas liés à la complication ni à la voie d'accouchement. Certaines complications maternelles étaient dues au motif d'évacuation. Vu le taux de CPN effectuées et la présence des facteurs de risque, certaines femmes évacuées devraient plutôt être référées.

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

RECOMMANDATIONS

✚ Aux autorités politiques, administratives et sanitaires :

- Doter le CSRéf de Yelimané d'une mini banque de sang et un service de néonatalogie.
- Doter le CSRéf d'une unité de réanimation

✚ Au personnel socio-sanitaire :

- Référer les patientes qui ont les facteurs de risques à temps lors de la CPN au lieu de les évacuer en urgence ;
- Informer toujours la population sur les dangers et les risques encourus pendant la grossesse ;
- Assurer la disponibilité permanente de l'équipe chirurgicale.

✚ La population :

- Accepter les soins proposés par les prestataires ;
- Fréquenter les centres de santé,
- Suivre correctement les consultations prénatales et se rendre à temps aux centres de santé en cas d'apparition des symptômes inhabituels.

✚ La mairie et conseil du cercle :

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

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **De Bernis, L.** La mortalité maternelle dans les pays en développement : quelles stratégies adopter ? *Med Trop* ; 2003. 63 (4-5) ; 391-9
2. **Organisation Mondiale de la santé. Mortalité maternelle** Aide-mémoire. Novembre 2016. N0348. Accessible à : www.who.in/mediacentre/factsheets/fs_348/fr/. 25/02/2019 à 18heure
3. **OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et Banque Mondiale.** Tendances de la mortalité maternelle. 1990-2015. Genève 2015 ; PP.1-3.
4. **Organisation Mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF.** reducing maternal mortality and morbidity. (Lusaka Zambia), 1999 ; pp 6.
5. **Abdourhamane M.** Etude de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Toure : de l'épidémiologie à l'audit de 2008. Thèse de médecine, 08M305 ; pp .58-69
6. **RX Perrin.** Mortalité maternelle dans le monde. Diplôme inter universitaire de soins obstétricaux et néonataux d'urgences. 2012, PP8. Consulté à la date du 26/02/2019 sur umes.fr.
7. **ONU.** Programme de développement durable à l'horizon 2030 : objectif cible. 2016 ; pp25.
8. **Admson P :** OMS. Réduire la mortalité maternelle Déclaration commune OMS / FNUAP/ UNICEF/ Banque mondiale. Genève. OMS. 1999 ; pp2-6.
9. **Oyesolo R, Shelu D, Ikeh A T, Maru I, Maine D.** Improving emergency obstetric care at a state referral hospital, Kebbi State. *JR of gynecol&obstet* 1997; 59: S 75 - S 81.
10. **Doumbia S.** les évacuations sanitaires obstétricales : Pronostic maternel et périnatal au centre de Santé de Référence de la Commune V. Thèse méd., Bamako 2010 ; 11M243 ; p22.

11. **Sepou A et col:** Evaluation de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaire vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Bangui.2009.Vol6, pp1.
12. **Perrin R.** Mortalité Maternelle dans le Monde. Projet Mère-Enfant, Ministère des Affaires Étrangères et Européennes. 2008-2012.Tous droits réservés, pp7.
13. **Diarra M.** Evacuations obstétricales au Service de Gynécologie et Obstétrique le l'hôpital National de Point G : Thèse médecine, Bko 2008 ; 07M251 pp80.
14. **Keita N.** Les urgences gynécologiques et obstétriques au centre de référence de Kolodièba.2008 : Thèse médecine, 08M173, pp108.
15. **Mamoutou S.** Evaluation du système de référence /évacuation au centre de référence de Koutiala en juillet 2008 au juin 2009 : Thèse médecine, Bko, 10M277, pp59.
16. **Diallo M.** Evaluation du système de référence/évacuation centre de sante de référence de Baroueli de 2012. Thèse médecine. 12M183, pp45.
17. **Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées :** Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population 1990
18. **HENRI DE TOURRIS, GUILLAUME MAGNIN, FABRICE PIERRRE.** Gynécologie et Obstétrique, manuel illustré. 7ème édition ELSEVIER/MASSON.
19. **Delecour.M et collaborateurs :** Abrégé de Gynécologie Obstétrique. Paris MASSON 1979.
20. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Etude clinique de la grossesse normale. Précis d'obstétrique. 6ème éd, Paris. Masson .1995.
21. **Doucouré L .**Evaluation des unités d'éducation nutritionnelles dans les unités récupération de Yelimané. Yelimané. 2014. Thèse méd. PP47.

22. OMS. Santé de la femme et maternité sans risque : le rôle de l'obstétricien et du gynécologue, compte-rendu d'un atelier. Pré congrès organisé par le groupe spécial mixte OMS/FIGO, 19-20 octobre 1988, Rio de Janeiro (Brazil). SMI/PF OMS Geneva, 1990.
23. **Thiam O, Cissé M L, Mbaye M, Niang M M ,Gueye M, Diouf A A, Dieye S, Moreau J C.** La problématique des parturientes évacuées en zone rurale Sénégalaise : exemple du centre hospitalier de ndioum. 2011.97-290-1-PB. p54.
24. **Ouattara A, Ouederago CM, Ouederago A et Lankoande** .référence et évacuations obstétricales dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques sur une période de trente-six mois. CHU de Yalgado Ouederago de Ouagadougou de 1^{er} janvier en 2010 au 31 décembre en 2012.25:403-407, pNo4.
25. **Cissé B.** Référence /évacuation des urgences obstétricales au CSRéf de Markala de Janvier au 31 décembre 2013. Thèse médecine, 14M190, pp54.
26. **Traoré B D.** Problématique du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune VI Bamako de 2010. Thèse méd.10M365, pp63.
27. **Sall L.** Urgences obstétricale au centre de sante de référence de Dioila. Thèse médecine.2010, 13M143, pp49.
28. **Sepou A et Coll.** Analyse des évacuations sanitaires vers le service de gynécologie. Obstétrique à BANGUI. Centrafrique : cahiers d'études et de recherches francophones/santé .Volume10.Numero 6,399-405, Novembre-Décembre 2000, Etudes originaires.
29. **Guindo B** .Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service gynécologie obstétricale à l'hôpital de Sikasso. Sikasso de 2007.Thèse Med, 08M262, pp49.

30. **Salihou A.** Référence /évacuation des urgences obstétricales dans le district sanitaire de NIAFUNKE de 2007 à 2008 .Thèse médecine, 09M468 ; Pp60.
31. **Diakite S.** Evaluation des résultats du système de référence évacuation des urgences obstétricales du district sanitaire de Macina. Mémoire. De 2011 à 2015.PN⁰61.
32. **Coulibaly M.** les urgences gynécologie et obstétricales à la maternité au centre de santé de référence de Koutiala.au propos de 344 cas. Thèse méd. 09M423.PP52.
33. **Cissé E.** Evaluation du système de référencé évacuation à la maternité du centre de sante de référencé de la commune II du district du Bamako, 2013. Thèse Med15M73, pp61.
34. **Maiga I.** Evacuations sanitaires obstétricales au centre de sante de référence de commune V du district de Bamako;2015,19M06, pp83.
35. **Marianne P, Fabien B, Marie-Hélène BC.** Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH, Saint-Maurice (Val de Marne) : Institut de veille sanitaire, 2006, pp.392-395.
36. **Bah O.** Etude de cas-témoin de la mortalité maternelle dans le service gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso 2007-2009 à propos de 70 cas. Thèse méd 10M599, pp71-72.
37. **Fomba N.** Evaluation du système de référence évacuation des urgences obstétricales au centre de sante de référence de commune IV au district de Bamako.2017.Thèse méd ,18M130.pp 70.
38. **Savadogo S.** Urgences gynécologie et obstétricales au service gynécologie et obstétriques de CHU du Point G 2007-2009.Thèse méd. 12M133, pp104.
39. **Sanogo L.**Prise en charge des urgences obstétricales à la maternité du centre de sante de référence de Kolokani à propos de 133 cas, 2010.Thèse méd. 10M121, pp84.

40. **Traore Y.** Evaluation du système de Référence /Evacuation des urgences obstétricales au CSRéf de Nioro du Sahel de 2015-2018; 20M289 pp64.
41. **Diarra D S.** Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité du centre de santé de référence de San.Thèse méd. 2011 .PN°106.
42. **Goita B.** Evaluation du système de référence/évacuation au centre de santé de Macina.2008. Thèse méd, 08M476, pp58.

ANNEXES

ANNEXES :

I identification de la patiente

Q 1 âge en année /.../

N°..... 1 : (≤ 19) ; 2 : (20 –34) 3 : ≥ 35

Q-2 – Ethnie /.../

1 : soninké 2 : peulh ; 3 : maure ; 4 : bambara ; 5 : autre

Q-4 Résidence /.../

Q-5 Profession de la patiente /.../

1 : Ménagère ; 2 : élève/étudiante 3 : Fonctionnaire ; 4 : autre ; 5 : vendeuse
ou commerçante

Q-6 Statut matrimonial /.../

1 Marié ; 2 : célibataire ; 3 : Divorcé ; 4 : veuve

Q-7 Mode d'admission /.../

1 : Evacuée ; 2 : référence

Q8 Motif d'évacuation /.../

1 : Dystocie ; 2 : Hémorragie ; 3 : Eclampsie ; 4pre éclampsie 5 : SFA ; 6 :
Hémorragie de la délivrance ; 7 : Douleur pelvienne ; 8 : GEU 9 : Anémie sur
grossesse 10 : CUD 11 : HU excessive ; 12 utérus cicatriciel 13 : Autres

Q-10- Moyen ou condition d'évacuation ou référence /.../

1 : Ambulance du CS Réf ; 2 : autre véhicule du CS Réf 3 : propres moyens

Q11- support de référence /.../

1 : Partogrammes, 2 : fiche d'évacuation

Q-12 Provenance /.../

Le nom du CSCom qui l'évacue

Q-13- Agent ayant fait l'évacuation /.../

1 : Médecin 2 : Technicien supérieur de santé 3 : Technicien de santé

II- Données cliniques :

Q14- Antécédent médicaux /.../

1 : HTA, 2 : Diabète 3 : Asthme 4 : Diabète ; 5 : Autres

Q15 –Antécédents chirurgicaux /..../

1 : Césarienne 2 : Laparotomie 3 : Myomectomie 4 : Autres

Q-17 Antécédent obstétricaux

A : gestite /..../

1 : Primigeste ; 2 : Pauci geste ; 3 : Multi geste ; 4 : Grande multi geste

B : Parité /..../

1 : nullipare ; 2 : Primipare ; 3 : Pauci pare ; 4 : Multipare ; 5 : Grande multipare

Q-18 Nombre de CPN /..../

1 : (0) 2 : (1-3) 3 : (4 et plus)

Q-19 présence du facteur de risque /..../

1 : oui ; 2 : non

Q-20 type de facteur de risque /..../

1 : Age <16 ans 2 : Anémie 3 : utérus cicatriciel 4 : grande multipare 5 : Hauteur utérine excessive 6 : Autres

III EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

3-1 examens généraux

Q 21 Etat général /..../

1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré

Q 22 Coloration des conjonctives /..../

1 : colorées ; 2 : pâles

Q-23 températures /..../

1 : (37,5-38,5) 2 : (≥ 39) 3 : Pas de fièvre

Q-24LA tension artérielle /..../

1 : normale 2 : élevée 3 basse

Q-24 Pouls pulsation / mn /..../

1 : 100, 2 : (100 - 120) 3 : Filant 4 : imprenable

Q -25 L'état de conscience /..../

1 : normale 2 : altérée

Q- présentation /..../

1 : céphalique 2 : siège 3 : oblique

Q- 26 BCF /..../

1 : présent 2 : absent 3 : non applicable

Q-27 Toucher Vaginal /..../

1 : Dilatation incomplète 2 : Dilatation complète 3 : Col ferme

Q-28 -Examen au spéculum Col sain /..../

1 Oui 2 : Non

Q-29 Métrorragie /..../

1 : Minime 2 : Moyenne 3 : Abondante 4 : Très abondante 5 : Non

VI -Examen complémentaire

30 Taux d'hémoglobine /..../

1 : inférieur 7 g/l 2 : (7 à 11g /l) 3 : supérieur à 11g /l 4 : non fait

Q-32 Diagnostic d'entrée /..../

1 : travail d'accouche normal, 2 : pré- éclampsie 3 : éclampsie 4 : HRP 5 :
grossesse molaire 2 : disproportion foeto- pelvienne 6 : placenta prævia 7 :
anémie 9 : hémorragie postpartum 10 : travail dystocique 11 : syndrome pré-
rupture 12 : menace d'avortement 13 :avortement 14 : GEU 15 : SFA
16 :autres

Q33- voies d'accouchement /..../

1 : voie basse 2 : Voie haute

Q 34 types de complication /..../

1 : Anémie ; 2 : Hémorragie du post partum ; 3 : Eclampsie ;

4 : Septicémie ; 4 : Autres

Q-35 devenir de la patiente /..../

1 : sortie vivante 2 : décède 3 : évacuée à Kayes ; 4 : sortie contre avis
médicale

Q -36 causes du décès /..../

Q -37 causes d'évacuation à Kayes /..../

Q -38 états de l'enfant à la naissance /..../

1 : vivant non réanimé ; 2 : vivant réanimé ; 3 : mort-né frais ; 4 : mort-né macéré

Q -39 dévernir de l'enfant à la sortie /..../

1 : vivant 2 : décède 3 : évacue à Kayes

Q -40 causes d'évacuations à Kayes /..../

1 : prématurité 2 : septicémie

Q -41 Cause de décès /..../

1 : prématurité 2 : septicémie ; 3 : détresse respiratoire

FICHE SIGNALITIQUE :

NOM : DEMBELE

PRENOM : HAMIDOU

**TITRE : EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE /
EVACUATION AXE SUR LES URGENCES OBSTETRIQUES DE 2015
A 2018 DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YELIMANE.**

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali (Dioila)

Téléphone : 72521917

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

Secteur d'étude : obstétrique

RESUME :

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte rétrospective descriptive allant du 1er janvier 2015 au 31 Décembre 2018. L'objectif était d'évaluer le système de référence/évacuation axé sur les urgences obstétricales entre 2015 et 2018 dans le district sanitaire de Yelimané. Il s'agissait d'un échantillonnage systématique exhaustif portant sur toutes les patientes évacuées ayant un problème obstétrical.

Au cours de cette étude, sur 3686 admissions avec 1019 cas d'urgences obstétricales évacuées soit 27,65%. La prise en charge de 852 a été entièrement faite au CS Réf soit 83,61% et 124 soit 12,16% de ces patientes évacuées ont été évacués à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes. La décharge a été signée par 29 patientes évacuées soit 2,84%. La complication maternelle la plus fréquente était l'hémorragie du post partum avec 38,46%.

Nous avons enregistré 14 décès maternels soit 1,37% et la principale cause de ces décès était hémorragie avec 28,57%. La tranche d'âge de 20 à 34 ans était la plus représentée soit 53,19%. Les femmes au foyer étaient les plus

représentées avec 97,44% des cas. Le travail dystocique était le motif le plus fréquent de la référence/évacuation avec 24,04%. Trente-sept virgule vingt-neuf pour cent 37,29% des évacuations ont été faites par le technicien supérieur de santé. Le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance du CSRéf avec 83,32%. L'accouchement par césarienne était 25,93%. La détresse respiratoire a été la principale complication néonatale soit 55,95% et responsable de 65,22% des décès.

Mots clés : évaluation, référence, évacuation, urgences obstétricale.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !