

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

**Année Universitaire: 2007-2008**

N°-----/

TITRE

**PROBLEMATIQUE DE LA  
REFERENCE/EVACUATION AU CENTRE DE  
SANTE DE YANFOLILA DU 1<sup>ER</sup> JUILLET  
2004 AU 30 JUIN 2006.**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le...../.../...../ à .....Heures devant la Faculté de  
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali*

a) *Par Monsieur Fodé Sidibé*

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

(1)

(2) Examineurs:

*Président du Jury:*

Pr Sy Aïda Sow

*Membres:*

Dr Samba Touré

Dr Issa Guindo

Dr Binta Keïta Diagne

*Directeur de thèse:*

Dr Bouraïma Maïga

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007**

**ADMINISTRATION**

**DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR**

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE**

**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES**

**SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE– PROFESSEUR**

**AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DE FINANCES**

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M.KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, <b>chef de D.E.R</b>
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Intrene
Mr Boulkassoum HAIDARA	Legislation

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

**1. PROFESSEURS**

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

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Generale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique

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

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

#### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mr Zimogo Zié SANOGO  
Mme Djeneba DOUMBIA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MAKALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Tiémoko D. COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Boureima MAIGA

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

#### **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

##### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO  
Mr Siné BAYO  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M. Cisse  
Mr Abdourahmane S. MAÏGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Massa SANOGO  
Mr Yeya TOURE  
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale  
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie  
Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie Mycologie  
Chimie Organique  
Immunologie Chef de D.E.R.  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Chimie Analytique  
Biologie Génétique  
Physiologie

## 2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histologie embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

## 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

## 5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

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

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermatologie Léprologie

## **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumologie Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOG	Gastro-entérologie

## **4. MAITRES ASSISTANTS**

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

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique

#### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bénéoit KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

#### **5. ASSISTANTS**

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

#### **1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

#### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE**

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

#### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Bio statistique

### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

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

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop	Biochimie.

➤ **A mon père SOULEYMANE SIDIBE**

Enseignant de profession, ex maire de la commune de "GOUANDIAKA" ; aujourd'hui, Elu de la Nation. En témoignage de mon affection, et de ma profonde gratitude. Homme de paix, de sagesse, personnalité politique très remarquable, combattant actif de la vie, je suis fier de toi. Toi qui avait pour devis : « travailler pour réussir ; réussir pour servir », tu as su éduquer tes enfants et ceux des autres, servir ta commune et la nation toute entière, tu me fais honneur. Ce travail est le fruit de tes sacrifices. Les mots me manquent pour te faire savoir à quel point tu comptes pour moi. Merci infiniment papa ! Que le tout puissant t'accorde encore longue vie ; Amen !

➤ **A ma mère FANTA SIDIBE :**

En reconnaissance de ta douceur ton amour ton dévouement et tes prières qui m'ont accompagnés tout au long du chemin qui m'a amené ici.

Femme de ménage, source de ma vie, pionnière de mon éducation, brave femme, dynamique, courageuse, généreuse, tu es ma fierté de tout le temps. Ce travail est le fruit de tes efforts. Puisse ce jour solennel être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi de témoignage de toute mon affection et de tout mon attachement profond. Merci Maman ! Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits mûrs de tes arbres pour lesquels tu as tant souffert pour l'entretien.

Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction ; Amen !

➤ **A mon oncle Nouhoum SIDIBE :**

Toi que la mort a brutalement arraché à notre affection, nous regrettons ton absence en ce jour mémorable. Je me souviendrai toujours de toi ; ta perte a brisé en moi une chose essentielle, mais indéfinissable Que ton âme repose en paix.

➤ **A toute ma famille :**

Vous qui avez choisi de m'envoyer à l'école espéreront ma marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su, par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel, jonché de peines et d'obstacles qu'est le chemin de l'école. Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.

## **REMERCIEMENTS**

### **A Allah**

Le tout puissant, clément et miséricordieux.

Tout vient de toi, tu nous as donné vie et santé pour vivre ce jour. Nous te prions de bien guider nos pas sur le chemin qui reste à parcourir.

Merci pour le vécu et pour le futur. Que ta bénédiction et ta protection soient sur tous. Amen !

### **Au peuple Malien**

Qui a consenti d'énormes sacrifices pour ma formation. Puisse ce travail être l'amorce des récompenses de tes sacrifices. Je te servirai !

### **A tous ceux qui mon enseigné ou encadré durant ma carrière scolaire**

Trouvez en ce travail ma grande reconnaissance.

### **A mes camarades de promotion**

En souvenir des moments de joie et de peine vécus ensemble sur le long chemin des études de médecine. Courage et persévérance.

### **A tous mes amis (es)**

De peur d'en oublier je préfère ne pas les citer ; ils s'y reconnaîtront.

### **A tous ceux qui n'ont pas été cités dans ce travail**

Qu'ils sachent qu'ils ne sont pas oubliés. Qu'ils soient tous remerciés.

### **A toute les familles SIDIBE :**

puisse ce travail faire votre fierté

Je tiens à exprimer mes remerciements au Dr Issa GUINDO, Dr Alou COULIBALY, Dr Amadou COULIBALY, Dr Somboro, Mr KEITA D, Mme KONE Saran DIAKITE, Mme SYNAYOGO Kadia SAMAKE, personnels du CSRéf de Yanfilila, votre concours technique, votre disponibilité permanente, ont été déterminant dans l'élaboration de ce travail.

Je tiens à remercier sincèrement mes oncles et tantes Djoumès S, Tièba S, Fanta S, Karia S, Sarantié, Mata D.



Mes tantis : Maïmouna D, FatoumataT, Kinsa S, Mariam S.

Veillez croire à ma grande admiration et soyez assurer de ma profonde reconnaissance.

Je tiens aussi à exprimer mes remerciements à Paye SACKO et ses fils Aminata SIDIBE ;Leboua, KAOU ; Astan T. Ami T. Mamadou ; Bréhima S. pour l'hospitalité d'hier et l'amitié d'aujourd'hui.

A Mr Bréhima Berthé, Adama Keita, Djeneba S, Fanta T, Madou T, Champion, Djouldé H, Djakaridia T, Abdoulaye S, pour les mêmes raisons.

Je tiens à exprimer mes remerciements aux frères et soeurs Karamoko, Seydou, Brouhima, Sidiki dit N'fa, benoko, Levieux, Tènè, saran , banè , Kinsa, Nani, Djénèbou, Setou ;en témoignage de mon indéfectible attachement.

Aux cousins et cousines broulaye S, Souley, Oumar, Lamine S Ami S, Fifi S, Youssouf S, Ba Oumou B, Ina B, Aîchata B pour les mêmes raisons.

Je remercie mon groupe de belotte (Medina-coura), Abdoulaye D. Oumar D. Gaoussou B, Moussa D, Mahamane K. Salihan S. au nom d'une amitié éternelle.

Ami T, Nandi S, Nandi S, Ami S, Binta T, Safi T, Sadio K, Awa D, Ami S, Fati D, Malado D, Djénèbou K,Au nom de l'essentiel

Je voudrais particulièrement remercier Dr Seydna Diakité et coll, Mlle Bintou Diakité (Secrétariat Général de l'AGETIC) pour leur apport matériels.

A notre maître et présidente du jury

**Professeur SY Aida Sow :**

- Professeur de gynéco obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'Odontostomatologie (FMPOS)
- Chef de service de gynéco obstétrique du CSRéf de la commune II

Cher maître c'est pour nous un grand honneur, et un grand plaisir que vous accepter de présider ce jury.

Vous êtes resté toujours disponible malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre.

Votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait nous ont beaucoup fascinés ; ils resteront pour nous une source d'inspiration.

Recevez, ici chère maître et chère mère nos remerciements les plus sincères.

A notre maître et juge

**Docteur Binta Keïta Diagne**

- Gynécologue obstétricienne
- Chef de la division santé de la reproduction à la direction nationale de la santé (DNS)

Nous sommes fières et très content de vous compter parmi nos juges.

L'attention que vous m'avez accordée, votre sérieux dans le travail, la qualité de vos rapports m'ont fascinés.

Votre humanisme restera pour moi, plus qu'un exemple, un idéal soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

**Au docteur Samba Touré :**

- Gynécologue obstétricien
- Médecin chef adjoint du service de gynéco obstétrique du CHU du Point G

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce travail.

Compréhensif, toujours sympathique ; vous avez l'exceptionnelle qualité de sécuriser un étudiant ; Veuillez trouver ici nos sincères remerciements pour les conseils et suggestions reçus et notre profond respect.

**Au Docteur Issa Guindo :**

- Spécialiste en Santé publique
- Médecin chef du CSRéf de Yanfolila

C'est un grand honneur et une immense joie que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré la distance.

Plus qu'un membre de jury, vous avez été un précieux collaborateur.

Votre qualité professionnelle et votre chaleureux accueil ont toujours été pour moi une source d'inspiration. Veuillez croire à ma profonde admiration.

A notre maître et directeur de thèse

**Docteur Bouraïma Maïga :**

- Gynécologue obstétricien
- Maître Assistant
- Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant, et de la famille.
- Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997
- Chevalier de l'ordre national
- Responsable de la filière sage-femme de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS).
- Chef de service de gynéco obstétrique du CHU du Point G

Cher maître, ce travail est le votre. Vous avez porté un intérêt personnel à la réalisation de cette évaluation. Vos compétences pédagogiques, votre gaieté font de vous un maître exemplaire et respecté. Nous sommes fière et très heureux d'être compté parmi vos élèves. Votre qualité professionnelle, Votre humanisme font de vous une personnalité remarquable. Vous resterez à jamais dans les esprits et dans les cœurs.

Trouvez ici, cher maître le manifeste de toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

Que le seigneur vous protège tous. Amen !

<b>ASACO</b>	:	Association de Santé Communautaire
<b>BCF</b>	:	Bruits du Cœur Foetal
<b>CPN</b>	:	Consultation prénatale
<b>CSCOM</b>	:	Centre de Santé Communautaire
<b>CSLP</b>	:	Cadre stratégique de lute contre la pauvreté
<b>CSREF</b>	:	Centre de Santé de Référence
<b>CUD</b>	:	Contractions Utérines Douloureuses
<b>SOUC</b>	:	Soins Obstétricaux d'urgence Complets
<b>DAG</b>	:	Dernière Année avant Gratuité de la césarienne
<b>AgHbs</b>	:	Antigène Hbs
<b>DFP</b>	:	Disproportion Foeto-pelvienne
<b>DNSI</b>	:	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
<b>DNS</b>	:	Direction Nationale de la Santé
<b>DRC</b>	:	Dépôt Répartiteur de Cercle
<b>DRS</b>	:	Direction Régionale de la Santé
<b>DCI</b>	:	Dénomination Commune Internationale
<b>DV</b>	:	Dépôt de Vente
<b>EDS</b>	:	Enquête Démographique et de Santé
<b>EPH</b>	:	Etablissement Publique Hospitalier
<b>FCFA</b>	:	Francs de la Communauté Financière Africaine
<b>GEU</b>	:	Grossesse extra utérine
<b>HRP</b>	:	Hematome Rétro Placentaire
<b>HTA</b>	:	Hypertension Arterielle
<b>HU</b>	:	Hauteure Utérine
<b>IEC</b>	:	Information Education Communication

<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PAG</b>	:	Première Année de la Gratuité de la césarienne
<b>PRODESS</b>	:	Programme de Développement Sanitaire et Social
<b>PMA</b>	:	Paquet Minimum d'Activité
<b>PEV</b>	:	Programme Elargie de Vaccination
<b>PPTTE</b>	:	Pays Pauvres Très Endettés
<b>RAC</b>	:	Réseau Administratif de communication
<b>SAGO</b>	:	Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique
<b>SOU</b>	:	Soins Obstétricaux d'urgence
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>SSSC</b>	:	Service Socio Sanitaire de Cercle
<b>PDDSS</b>	:	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
<b>SSP</b>	:	Soins de Santé Primaires
<b>SOUB</b>	:	Soins Obstétricaux d'urgence de Base
<b>TP</b>	:	Travail Prolongé
<b>PP</b>	:	Placenta praevia
<b>MAF</b>	:	Mouvements Actifs du foetus
<b>IST</b>	:	Infections sexuellement transmissibles
<b>TA</b>	:	Tension Artérielle
<b>Min</b>	:	Minute
<b>Km</b>	:	Kilomètre
<b>SA</b>	:	semaine d'aménorrhée
<b>B P N</b>	:	bilan pré natal

<b>PLAN.....</b>	<b>1</b>
<b>I INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>7</b>
<b>II GENERALITES .....</b>	<b>8</b>
<b>III METHODOLOGIE .....</b>	<b>17</b>
<b>IV L'ETUDE.....</b>	<b>21</b>
<b>V RESULTATS .....</b>	<b>28</b>
<b>VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS .....</b>	<b>56</b>
<b>VII CONCLUSION .....</b>	<b>64</b>
<b>VIII RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>65</b>
<b>IX REFERENCES .....</b>	<b>67</b>
<b>X ANNEXES .....</b>	<b>69</b>

# PLAN

## I – Introduction

Contexte et justification

- objectifs

## II – Généralités

1. Aperçu sur la politique sanitaire du Mali

2. Rappels

## III - METHODOLOGIE

1-cadre d'étude :

a- Lieu

b- Structure

□ Les infrastructures

□ Personnel

□ Activités

□ Organigramme (structure et fonction)

c- Les CSCOM

2-Type d'étude :

3-Période :

4-Population d'étude :

5-Echantillonnage

a- critères d'inclusion :

b- critères de non inclusion :

c- taille de l'échantillon

## IV - Etude

1- Fonctionnement du système

a- les supports

Questionnaire

Carnet de santé mère enfant

Registre d'accouchement

Registre d'hospitalisation

Registre du bloc opératoire, des dossiers médicaux

Support de l'évacuation : fiche d'évacuation, Partogramme, cahier de référence évacuation

b -réseau radiocommunication

c -fonctionnement de l'ambulance

d -soins d'urgence (médicaments, sang, Kits etc.)

e -mécanisme de financement

2- Résultats

3- Commentaires et discussions

4- Obstacles aux références

5- Conclusion et recommandations



Le Mali est un pays en voie de développement situé en Afrique de l'ouest au sud du Sahara. Comme pour la plupart des pays en développement, la mortalité materno-infantile est un problème de santé publique.

En effet, au Mali, selon la première enquête démographique et de santé (EDS, 1987), le ratio de mortalité maternelle s'élevait à plus de 700 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile à 102 pour 1000 (DNSI).

Ces valeurs peu honorables des indicateurs de santé materno-infantile ont amené à accorder une place prioritaire au couple mère-enfant dans les déclarations de politique sectorielle de santé (1990) et de politique de population (1991).

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs de la politique sectorielle de santé, fut mis en place au Mali, en 1994, un programme national de périnatalité. Ce programme comporte un volet dénommé : Système de référence / évacuation qui est essentiellement focalisé sur la gestion (prise en charge) des urgences obstétricales. Son objectif est la réduction de 30% du taux de mortalité lié au dystocie avant 2002.

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

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

- l'accessibilité au PMA dans un rayon de 15 Km est passée de 50% en 1999 à 76 % en 2006 {27};
- les médicaments essentiels en DCI sont disponibles dans les centres de santé ;
- l'augmentation des besoins en soins de référence suite à l'extension de la couverture sanitaire a rendu indispensable l'organisation effective du système entre les deux échelons. A ce jour, un système de référence et de contre référence a été développé dans 51 sur 59 cercles par zones sanitaires en utilisant les soins obstétricaux comme porte d'entrée.
- La proportion d'accouchements assistés est passée de 29% à 42% entre 1998 – 2003 {10}. Si la norme nationale en matière de couverture de soins obstétricaux d'urgences

complets est respectée (elle est même dépassée), c'est loin d'être le cas pour les soins obstétricaux d'urgence de base. Le Mali compte actuellement 88 structures capables d'assurer les SOU ; alors qu'il en faudra 95 selon les normes nationales (4 structures pour 500.000 personnes). Sur 100 accouchements on sait que 15 nécessiteront des soins obstétricaux d'urgences de base et 5 des soins obstétricaux d'urgences complets {27}.

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

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

D'une manière générale, le cercle compte une population variant entre 100000 et 150000 habitants et le CSCOM 5000 à 15000habitants.

Pour assurer la continuité soins de qualités chaque centre de santé de 1<sup>er</sup> niveau est en relation avec le centre de référence auquel il est rattaché et vers lequel il référera les cas qui dépassent sa compétence (évacuation). A cette fin chaque CSCOM devrait être équipé d'un réseau autonome de communication (RAC) pour avertir en cas d'évacuation le centre de santé de référence qui enverra son ambulance.

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

Le système de référence / évacuation est fonctionnel dans le pays depuis 1995. Il est en cours d'implantation et n'est pas effectif dans tous les cercles.

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

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

Malgré la mise en œuvre du système les taux de mortalité maternelle et néonatale restent toujours élevés. Selon EDS III 2001, le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 582 pour

100 000 naissances vivantes et celui des décès néonataux à 57 pour 1000 naissances vivantes.

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

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

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

- L'avènement de la décentralisation avec l'implication de nouveaux acteurs dans le partage de coût (les collectivités territoriales)
- la base de calcul des césariennes selon les indicateurs des Nations Unies dans les structures de soins obstétricaux d'urgence (5% à 15%) ;
- l'initiative du gouvernement du Mali de prendre en charge une partie du coût de la césarienne (médicaments et consommables, frais d'hospitalisation, l'acte chirurgical ...) pour rendre encore plus accessible les SOU et réduire considérablement le délai de prise en charge au niveau des CSRéf
- les objectifs :

De la vision 2010 qui visent la réduction de la mortalité maternelle et néonatale de 50% d'ici 2010

Du Millénaire qui visent la réduction de la mortalité maternelle de 75% et de la mortalité infantile juvénile de 2/3 d'ici 2015.

Ce qui conduit la D N S a révisé le cadre conceptuel d'organisation de la référence / évacuation en juillet 2005.

Sept ans après son démarrage au Mali (1995) le système de référence / évacuation est fonctionnel au CSRéf de Yanfolila (juin 2002). On note un retard au démarrage des activités du projet à Yanfolila ; toute chose devant servir d'expérience aux autorités de cette localité pour corriger les insuffisances du système et solutionner les obstacles liés à la référence. L'avènement de la gratuité de la césarienne ; décision de haute portée politique est intervenue en juin 2005.

C'est dans ce contexte que se situe notre étude dont les objectifs visés sont les suivants :

# Objectifs

## 1. Objectif général

Evaluer le système de référence / évacuation relatif aux pathologies gynéco obstétricales au niveau du district sanitaire de Yanfolila avant et pendant la gratuité de la césarienne.

## 2. Objectifs spécifiques :

- Décrire le fonctionnement des mécanismes de prise en charge des références / évacuations.
- Etudier le profil socio démographique des femmes référées / évacuées
- Apprécier les paramètres de la référence
- Apprécier l'état clinique des femmes référées / évacuées
- Déterminer la nature des complications post opératoires
- Déterminer les causes de décès maternels
- Formuler des recommandations

## **1 Aperçu sur la politique sanitaire du Mali**

La politique sectorielle de santé et de population définit les orientations de développement sanitaire et social du Mali. Son objectif majeur est de réaliser la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

Le 1er Plan Décennal de Développement sanitaire et Social (PDDSS 1966-1975) s'était assigné comme mission l'assurance de la gratuité des soins à tous les Maliens sur l'ensemble du territoire.

Le deuxième PDDSS (1981-1990) intégra la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) à travers le développement des structures de santé rurales, la formation et la mise en place d'agents de santé villageois, de cases de santé et de caisses de pharmacies villageoises. « Les SSP sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leurs pleines participation. Un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination ». A son terme, le 15 décembre 1990, le Mali adopta une nouvelle politique de santé fondée sur une approche globale articulant les principes des SSP, l'Initiative de Bamako instaurant le recouvrement des coûts, et le système de santé de district en développant la santé communautaire et la contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO).

La première définition des Cscm est donnée en octobre 1991 dans un document officiel. Elle est la suivante : «Le Cscm est une formation sanitaire à but non lucratif créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée, pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé. Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion mis en place par cette population».

A partir de 1990, le modèle de développement du district sanitaire (Cercle au Mali) est basé sur un système à deux échelons : établissement sanitaire de premier contact (centres de santé d'arrondissement et futurs Cscm) et formation sanitaire de référence. Les hôpitaux régionaux et nationaux complètent le dispositif sanitaire. Ainsi est actée la complémentarité du réseau de centres de santé «primaires»et du réseau hospitalier, qui trop longtemps se sont ignorés ou ont été maintenus en opposition du fait d'occultes enjeux de pouvoir.

En avril 1994, un arrêté interministériel (Santé, Administration Territoriale, Finances) est publié. Il définit le centre de santé communautaire («formation sanitaire de premier niveau créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé»). Il mentionne qu'un Cskom est composé d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments essentiels et que le niveau de qualification minimale exigé est celui d'un infirmier de premier cycle. Le Cskom a pour mission de fournir le paquet minimum d'activités, tant dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention que dans celui du soin. En cela, le modèle proposé se rapproche des textes fondateurs sur les SSP. La démocratisation de la vie publique à compter de Mars 1991 a été un puissant accélérateur de la mise en œuvre de cette politique. Les partenaires au développement ont tous adhéré aux principes de la politique menée par le département de la santé.

En mai 1996, le Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité de la République du Mali a lancé l'élaboration d'un Plan Décennal de Développement sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007. Ce plan décennal, le troisième depuis l'indépendance du Mali, diffère des deux précédents par son approche méthodologique et son cadre de référence. Conçu autour d'une approche sectorielle ou approche « programme », ce plan décennal représente le cadre de référence pour l'ensemble des actions à mener dans le domaine sanitaire et social au cours de la décennie 1998-2007.

Le Programme de Développement sanitaire et Social 1998-2002 (PRODESS 1) est la première phase de la mise en œuvre du PDDSS 1998-2007.

Initialement prévu en mars 1998 pour une durée de cinq ans, il n'a été officiellement lancé qu'une année plus tard, après la ratification et la mise en vigueur d'un accord de crédit conclu entre le Gouvernement de la République du Mali et l'IDA, accord entré en vigueur le 9 juillet 1999 pour une durée de cinq ans. Au total, les engagements financiers au lancement du PRODESS s'élevaient à plus de 192 milliards de FCFA.

L'objectif général du PDDSS est d'améliorer l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays.

L'évaluation du PRODESS a montrée que :

La progression du nombre de nouveaux Centres de Santé Communautaires (CSCoM) tout au long du programme est très satisfaisante, puisqu'en juin 2003, le pays comptait 660 CSCoM dont 655 proposant le Paquet Minimum d'Activité complet (source : DNS), pour 650 CSCoM fonctionnels planifiés pour la durée totale du PRODESS 1 soit un taux d'atteinte de l'objectif de 101 %.

L'objectif de couverture des populations vivant dans un rayon de 15 Kms est également atteint (72 % contre 65 % prévu), celui des populations vivant dans un rayon de 5 Kms pratiquement atteint (43 % contre 45 % prévu).

L'organisation de la référence évacuation est assurée actuellement dans 28 centres sur 55 (pour un objectif fixé de 30, soit un taux de réalisation de 93 %).

Certains indicateurs d'impact notamment les taux de mortalité infanto juvénile et infantile ont connu une certaine diminution entre 1996 et 2001 (la période 1991/1996 --238 p 1000 naissances vivantes et la période 1996/2001 –229).

Quant au taux de mortalité maternelle, il est resté au même niveau sur la période : 577 p 100 000 naissances vivantes pour les années 1991/1996, 582 p 100 000 pour les années 1996/2001.

Le taux de mortalité néonatale a par contre diminué de façon importante sur la période, de 79,3 à 57 p 1000, atteignant déjà la cible fixée par le CSLP pour 2006.

Les ruptures d'approvisionnement en médicaments essentiels, consommables et réactifs, ont diminué en fréquence ; la baisse du prix des médicaments génériques en 2003 a contribué à l'amélioration de l'accessibilité financière aux médicaments essentiels.

La mise en place du fonds de solidarité nationale et des caisses de solidarité (dans 28 cercles) pour la prise en charge des urgences obstétricales dans le cadre de la référence évacuation et d'autres actions en faveur des groupes fragiles.

Toutefois, le Ministère de la Santé a entrepris des efforts en vue d'augmenter la disponibilité des ressources humaines qualifiées. Il faut citer entre autres la création d'écoles de santé, publiques et privées, dans les régions ; le renforcement des capacités d'accueil des écoles existantes ; la création en cours de l'Institut des Sciences de la Santé, qui devrait coordonner et harmoniser l'enseignement de l'ensemble des écoles ; l'augmentation des effectifs au recrutement de la fonction publique ; le recrutement d'agents sur ressources PPTTE

L'analyse du PRODESS 1 (1998-2002) fait apparaître des faiblesses au niveau du processus, et de bonnes performances en ce qui concerne l'extension de l'offre de soins de premier niveau.

La programmation de la deuxième phase quinquennale du PDDSS (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le décalage de la fin du PDDSS à 2009.

Le PRODESS II, qui couvre la période 2005-2009, s'est organisé autour de deux Composantes, la Composante Santé et la Composante Développement Social.

Pour la Composante Santé, des domaines prioritaires ont été définis. Relativement à ces domaines, des stratégies ont été élaborées pour :



- améliorer l'accès géographique aux services de santé (Volet 1 du PRODESS II)
- améliorer la disponibilité et la gestion des ressources humaines dans le secteur santé (volet 2 du PRODESS II) :
- améliorer l'utilisation, la performance et la qualité des services de santé (Volets 3 et 4 du PRODESS II)
- protéger les revenus des ménages (volet 5 du PRODESS II)
- améliorer la participation (également volet 5 du PRODESS II)
- rendre adéquat le comportement des ménages et des communautés (également volet 5 du PRODESS II) :
- améliorer les politiques de santé / créer des conditions favorables à la production de santé (volets 6 et 7 du PRODESS II)

Pour harmoniser les interventions, il a été élaboré en mai 2000 un document de Référence intitulé « Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence / évacuation au Mali ». Depuis l'élaboration du cadre, certaines évolutions sont intervenues. Il en est suivi plusieurs ateliers et travaux de groupe jusqu'au « cadre conceptuel version finale bis juillet 2005 ».

Les principes directeurs du processus de mise en œuvre de la référence comportent 3 parties qui répondent aux questions suivantes :

- a. Quels sont les critères de sélection des cercles où l'on peut démarrer le processus ?
- b. Quelles sont les conditions de réussite à remplir pour mettre en place de façon efficace l'organisation du système ?
- c. Quelles sont les différentes étapes de mise en œuvre du processus ?

NB : Dans les cas où ces critères ne seraient pas réunis, la priorité est de contribuer en premier lieu à les mettre en place pour assurer l'efficacité et la pertinence des interventions ultérieures.



## **CONDITIONS DE REUSSITE DU SYSTEME REFERENCE/EVACUATION**

### **Equipe Socio Sanitaire du Cercle** complète :

Avoir au moins deux médecins à compétence chirurgicale

Avoir au moins 2 Sages-femmes

Avoir au moins 2 Infirmiers Diplômés d'Etat (aides chirurgien et anesthésiste)

1 administrateur ou 1 Technicien supérieur de l'Action Sociale, 1 Technicien Sanitaire, 1 gestionnaire.

Personnel qualifié pour le fonctionnement des différentes unités opérationnelles

Personnel de soutien (chauffeur, manœuvre etc....)

### **Infrastructures et équipements :**

Existence d'au moins un bloc opératoire avec deux salles d'opération équipées suivant les normes (salle aseptique et 1 salle septique)

Une maternité équipée (20 lits, 2 tables d'accouchement, une table de réanimation du nouveau né...)

Une unité de néonatalogie équipée selon les normes avec au moins 3 lits

Pavillons d'hospitalisation chirurgie et médecine équipées selon les normes

Existence d'un laboratoire

Existence d'une salle de réanimation.

### **Médicaments et consommables**

Existence de dépôt de ME (DRC et DV)

Disponibilité d'un stock suffisant en Médicaments essentiels et de consommables médicaux aux besoins de la référence (DRC et DV)

Disponibilité d'un kit complet pour le laboratoire et d'un mini banque de sang

### **Financement**

Remboursement des kits pour l'intervention chirurgicale, les frais d'hospitalisation, actes et examens préparatoires et le post opératoire

### **Logistique :**

Un réseau RAC fonctionnel ou téléphone

Ambulance fonctionnelle équipée d'un RAC, de médicament d'urgence et d'oxygène

Disposer d'un système de maintenance des RAC, des appareils biomédicaux et de l'ambulance

Existence d'un système de transport adéquat entre le village et le CSCOM

### **Formation du Personnel Technique :**

Périnatalité

Avoir un personnel formé en périnatalité, SOU, soins essentiels du nouveau né, PTME contre le VIH (médecin, Sage-femme, CPM, Matrones)

Chirurgie

Avoir un personnel médical formé en chirurgie (médecins, aides chirurgiens,)

Anesthésie (deux infirmiers anesthésistes)

Laboratoire (un TLP)

Gestion (un gestionnaire formé en gestion)

### **Formation des Membres des ASACO :**

Gestion

Avoir des ASACO formées en gestion et en communication pour un changement de comportement CCC

Dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé de la population en général et notamment de la femme et de l'enfant et prend en compte les objectifs de la Vision 2010 et du millénium ; une importante décision politique a été prise en juin 2005 pour rendre gratuite la césarienne.

## **2 Rappels**

### **2.1 Principales pathologies de la grossesse**

Nombreux sont les événements qui séparent la fécondation de la naissance, et nombreux sont les accidents possibles.

#### **Les pathologies du 1<sup>er</sup> trimestre :**

### **L'avortement**

est l'expulsion du produit de conception avant 180jours (avant la 28<sup>ème</sup> SA) ou l'expulsion d'un enfant de poids inférieur à 500g. Pour l'OMS, c'est l'expulsion du produit de conception avant 20 SA.

Fréquence : 15 à 20 % de femmes font une fausse couche.

Facteurs de risque :- l'âge de la femme, le risque augmente avec l'âge.

- antécédent de fausse couche [22]

Etiologies : sont multiples,

Causes chromosomique : 70 %

Causes hormonales,

Causes infectieuses,

Causes mécaniques, utérines.

Diagnostic clinique : l'avortement est toujours précédé par la phase de menace.

- phase de menace d'avortement : est important, puisqu'un traitement précoce peut quelque fois sauver la grossesse, si l'œuf est vivant. Elle est caractérisée par de petites métrorragies, par fois minimes, indolores, tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir, tantôt rosées, mêlées de sérosités, toujours répétées. La femme peut se plaindre de colique discrète.

A l'examen le col reste long et fermé.

- L'avortement proprement dit : est annoncé par l'importance des pertes sanguines, par l'apparition des douleurs ou leur aggravation en fréquence, en intensité, en régularité.

A l'examen, le col est ouvert, par fois long encore, par fois effacé [23].

La présence de galactorrhée est en faveur de l'arrêt de la grossesse, de même que la diminution de la tension mammaire [22].

Traitement : lorsque l'expulsion de l'œuf est naturelle et complète, éventuellement la plus fréquente dans l'avortement spontané, lorsque le col se referme, que l'hémorragie est discrète et diminue rapidement, il n'y a rien à entreprendre.

Si l'avortement se complique de rétention, d'hémorragie ou d'infection, l'évacuation utérine par curetage et plus rarement par curage sont le plus souvent nécessaires. Le traitement de choc et l'antibiothérapie doivent doubler l'acte chirurgical. On n'oubliera pas non plus la thérapeutique préventive de l'iso-immunisation par injection de gammaglobuline anti D chez les femmes de groupe sanguin Rhésus négatif.

### **La môle [23] :**

(autrefois appelée hydatiforme ou vésiculaire) est un œuf pathologique caractérisé outre son aspect macroscopique de villosité kystique, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités chorionales. L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif.

Le diagnostic de la môle, difficile par la seule clinique, est affirmé par l'exploration échographique et hormonale..

Dans la forme typique, en résumé, les métrorragies, l'altération de l'état général, l'utérus trop gros, la présence de kystes ovariens sont une tétrade significative.

Diagnostic échographique : l'échographie est l'examen fondamental qui montre des images caractéristiques, sous l'aspect de « flocon de neige », remplissant la totalité de la cavité utérine. Aucun écho fœtal ne peut être mis en évidence. Les kystes ovariens sont bien visualisés et l'échographie permet d'en suivre l'évolution.

Diagnostic biologique : le dosage des  $\beta$  HCG urinaires atteint un taux très élevé, spécial à la môle, supérieur à 500 000 UI / l. Cependant,  $\frac{1}{4}$  des môles ont des taux inférieurs à cette limite et par ailleurs, certaines grossesses gémellaires peuvent la dépasser.

Diagnostic anatomopathologique : il doit toujours être pratiqué pour compléter l'examen.

### **Evolution :**

L'évolution spontanée de la môle est, vers le 4<sup>ème</sup> mois, sa terminaison par l'avortement.

**L'avortement molaire** est hémorragique et parcellaire. L'exception doit être faite pour la môle morte, souvent expulsée d'un bloc, entourée d'une épaisse caduque.

Malgré toutes les incertitudes de l'évolution, malgré les complications, **la môle traitée guérit dans la majorité des cas.**

Le choriocarcinome est la complication majeure.

### **Traitement :**

**Lorsque la grossesse molaire est diagnostiquée**, l'évacuation est souvent décidée. Si l'expulsion est imminente, mieux vaut laisser à eux même les phénomènes physiologiques.

L'évacuation se fait par les voies naturelles, par aspiration sous perfusion d'ocytocine et sous couverture antibiotique, complétée au besoin par un curetage léger.

**Avortement molaire** : sauf lorsque la môle est expulsée d'un bloc, la révision utérine est nécessaire.

**Suites de môle** : c'est une période de surveillance clinique et biologique.

La surveillance biologique est assurée par le dosage hebdomadaire de la  $\beta$  HCG plasmatique. La guérison est acquise lorsque 3 dosages hebdomadaires successifs sont < 10 ng / ml.

La persistance de signes anormaux (clinique ou biologique) pose la difficile question de la bénignité ou de la malignité d'une activité trophoblastique persistante et de l'opportunité d'une chimiothérapie.

## **Grossesse Extra Utérine (GEU) : [26]**

C'est l'implantation de l'œuf en dehors de la cavité utérine.

La fréquence en augmentation, 1 à 2 pour 100 accouchements en France.

Facteurs de risque : antécédent de salpingite (1<sup>er</sup> facteur), de chirurgie tubaire ou pelvienne, de GEU.

Induction d'ovulation, contraception par micro progestatif.

Symptomatologie : dans la forme typique de début, le tableau évocateur associe :

Un retard de règle de 10 jours à 1 mois

Une douleur pelvienne unilatérale, des métrorragies peu abondantes brunâtres (sépia),

Des lipothymies

A l'examen : un abdomen légèrement douloureux à la partie basse, sans défense et, au toucher vaginal, une masse latéro utérine douloureuse, et un cul-de-sac de Douglas douloureux.

Evolution : en absence de traitement la patiente est exposée aux risques hémorragiques de la rupture et de l'avortement tubo abdominal.

Traitement : est fait surtout par coeliochirurgie et très peu par laparotomie ; il peut être conservateur (exérèse de l'œuf par salpingotomie, ou par expression simple vers le pelvis) ou radical (salpingectomie, rarement annexectomie).

Le traitement médical, actuellement en cours d'évaluation, repose sur l'emploi de méthotrexate injecté par voie IM ou directement dans la trompe pour bloquer le développement du trophoblaste. Il nécessite une surveillance de la  $\beta$  HCG jusqu'à sa négativation indiquant la guérison.

**Les pathologies du 3<sup>ème</sup> trimestre** : sont représentées par les urgences obstétricales :

## **Hématome rétro placentaire (HRP) :**

est le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPN). La lésion anatomique responsable est a priori un hématome décidual basal qui, en interrompant la circulation maternofoetale, entraîne rapidement des troubles hémodynamique, une souffrance fœtale et des anomalies de la coagulation [24].

**Etiologies** : globalement, on ne retrouve une étiologie ou un facteur de risque que dans 50 à 70 % des cas. L'HRP semble plus fréquent après 30 ans et l'opposé chez les plus jeunes

primigestes. Le taux d'HRP augmente également avec la parité. Selon certains auteurs, la fréquence double à partir de la 4<sup>ème</sup> grossesse et triple à la 5<sup>ème</sup> grossesse [24].

**Symptomatologie :** Dans la forme complète, le début est brutal, marqué par l'apparition d'une douleur abdominale souvent intense, à type de « coup de poignard ». C'est une douleur siégeant au niveau de l'utérus, à irradiation multiples, suivie plus ou moins rapidement d'une métrorragie classiquement de sang noirâtre et peu abondante. Elle est associée à une hyperesthésie cutanée, un utérus hypertonique, dit « de bois », douloureux à la palpation. Cette contracture utérine est permanente, et gêne la perception de la présentation fœtale [24].

**Complications :**

Atonie utérine / inertie

Hémorragie : conséquence des troubles de la coagulation combinés à l'atonie utérine

Oligo-anurie / insuffisance rénale : est généralement très transitoire

Utérus de Couvelaire : c'est une extravasation importante de sang au niveau du myomètre de l'utérus et dans les régions sous séreuses de l'utérus. L'utérus a un aspect apoplectique à la césarienne

Mort fœtale, décès maternel.

**Traitement :** le meilleur traitement reste l'accouchement, les lésions ayant tendance à s'aggraver avec les heures qui passent. 5 objectifs doivent être atteints :

Traitement du choc

Correction de l'anémie

Arrêt de l'hémorragie

Correction des éventuels troubles de la coagulation

Evacuation de l'utérus

3 autres facteurs doivent entrer en ligne de compte :

L'état cardio-vasculaire de la mère

La vitalité du fœtus

La maturité fœtale.

Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peu se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne se détériore pas.

Devant un hématome modéré ou sévère, il faut au contraire agir vite et efficacement [22].

**Placenta praevia :**

se définit comme un placenta inséré sur tout ou partie du segment inférieur. Cette définition topographique n'a d'intérêt que par son risque majeur : l'hémorragie en cours de grossesse ou lors du travail [24].

**Etiologie :** n'est pas connue. L'âge maternel, les grossesses multiples et la parité augmentent sa fréquence ; de même que les antécédents de curetage.

Trois cas anatomiques peuvent être décrits :

Le placenta recouvrant ; le placenta marginal et le placenta praevia latéral [24].

**Le diagnostic** clinique est celui de l'étiologie d'une hémorragie de survenue brutale, sans douleur, de sang rouge, liquide, avec des caillots.

Le diagnostic de placenta praevia est très souvent fait par une échographie systématique. Il n'a d'intérêt que dans la précision de la localisation [24].

### **Formes compliquées :**

Procidence du cordon : elle s'explique par l'insertion par définition basse du cordon, parfois latérale ou vélamenteuse. La mauvaise adaptation de la présentation au segment inférieur est une autre raison.

Placenta accreta : l'adhérence anormale du placenta au myomètre est alors due à l'absence de caduque basale. C'est une complication grave, responsable d'hémorragie massive nécessitant une prise en charge médico chirurgicale urgente.

L'évolution peut se faire vers la mort foetale et maternelle [24].

**Conduite à tenir :** toute hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre quelque soit son importance nécessite une hospitalisation. Il y a 3 modalités thérapeutiques :

- césarienne
- l'expectative
- rupture des membranes

Un certains nombres de facteurs doivent être pris en considération avant toute décision :

- le volume du saignement
- l'existence d'un travail spontané
- l'état foetal [22].

## **Rupture utérine :**

**Définition :** il faut distinguer :

- les ruptures complètes avec solution de continuité de toute l'épaisseur de la paroi utérine, séreuse comprise, avec ou sans extrusion foetale dans la cavité abdominale ;
- les ruptures incomplètes où la séreuse reste intacte ;
- les déhiscences sur utérus cicatriciel ; pour certains auteurs elles sont synonyme de rupture incomplète.

**Facteurs de risque :** -cicatrices utérines – multiparité – ocytociques – longueur du travail – DFP – manœuvres instrumentales ou intempestives

### **Diagnostic clinique :**

- Syndrome de pré rupture : c'est le fait d'un travail anormalement prolongé.

Il associe : - stagnation de la dilatation du col

- rétraction utérine réalisant la formation du classique anneau de Bandl avec utérus en sablier [24].

- anxiété et agitation

- Rupture elle-même pendant le travail : c'est le cas le plus fréquent.

Les signes sont inconstants :

- douleur localisée

- sensation de bien être suivie rapidement des signes de choc

- disparition des contractions utérines, des BCF et de la présentation aux cas si le fœtus a quitté l'utérus.

- hémorragie minime de sang noirâtre [23]

La Rupture utérine est une complication grave de la grossesse mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal.

**Traitement :** il est toujours urgent, imposant la laparotomie avec hystérectomie ou traitement conservateur en fonction des possibilités [24].

## **2.2 Physiologie de l'accouchement**

**Définition :** 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 moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées) [23].

On ne parle d'accouchement que pour l'expulsion d'un fœtus viable après 22 SA selon les recommandations de l'OMS, adoptées depuis 1993 par la législation française. On le divise habituellement en 3 périodes : la dilatation du col, l'expulsion fœtale, et la délivrance. Le travail comprend les deux premières périodes, la dilatation et l'expulsion [24].

Le travail survient à terme, s'il se déclenche au delà de 37 SA ; il est dit prématuré avant. Le travail est spontané s'il se déclenche de façon naturelle ; si non on parle de déclenchement ou d'induction artificielle. L'accouchement est naturel s'il se déroule selon sa propre physiologie, sans aucune thérapeutique. Il est eutocique si son déroulement est optimal jusqu'à la naissance ; il est dystocique dans en cas d'anomalies [24].

### **Première période du travail : effacement et dilatation du col [23]**

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation du col est complète.



Les contractions utérines du travail : elles sont involontaires, intermittentes et rythmées, relativement régulières , séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 min), puis de plus en plus court (2 ou 3 min à la fin de la période de dilatation). Elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse.

La contraction utérine du travail a pour effet essentiel d'ouvrir l'utérus, puis de pousser le fœtus vers le bas, hors des voies génitales.

**Effets sur l'utérus lui-même** : l'ouverture de l'utérus est précédée des phénomènes de maturation cervicale, soumise à l'action des contractions.

**Effets sur le pôle inférieur de l'œuf** : le clivage des membranes à la partie inférieure de l'œuf s'opère sous les effets de la contraction utérine.

La poche des eaux est la portion membraneuse du pôle inférieur de l'œuf qui occupe l'aire du col dilaté. La rupture de la poche des eaux est la hausse de la pression intra ovulaire, donc à la contraction utérine. La rupture à dilatation complète est dite tempestive ; plus tôt au cours de la dilatation, précoce ; avant tout début de travail, prématurée. Dans ce cas la rupture entraîne souvent le déclenchement spontané du travail. Quant à son rôle mécanique dans la dilatation du col, il est plus discutable.

**Effets sur le mobile fœtal** : la contraction a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et de lui faire franchir les étages de la filière pelvienne. L'ensemble de cette progression porte le nom de phénomènes mécaniques de l'accouchement. La présentation procède, à chaque étage, par accommodations successives. L'accommodation apparaît ainsi comme la résultante entre les forces propulsives de contraction et les obstacles qui lui sont opposés. A chaque étage l'accommodation s'opère :

- par orientation ;
- par amoindrissement

La traversée de la filière pelvienne comprend 3 temps à savoir : **l'engagement, la descente, le dégagement.**

### **Deuxième période du travail : période expulsive [23]**

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance.

Phénomènes dynamiques : A cette période, la contraction utérine se renforce des contractions volontaires des muscles striés de la sangle abdominale. La poussée qui

caractérise cette action met en jeu le mécanisme de l'effort abdominal, chassant le mobil foetal vers l'orifice vulvaire. L'envie de pousser est déterminée par le contact de la présentation avec le plancher pelvi-périnéal.

Phénomènes mécaniques (dégagement) : Le dégagement n'est possible qu'après le parachèvement des phénomènes de la période précédente.

Phénomènes plastiques : Ce sont les déformations subies par le foetus lors de son passage dans toute la filière pelvi-génitale.

### **Délivrance : troisième période de l'accouchement [23]**

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du foetus. Elle évolue en 3 phases réglées par la dynamique utérine :

-Décollement du placenta : il est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare, de la contraction utérine qui le provoque.

-Expulsion du placenta : sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse, surélevant le corps utérin. Les membranes, entraînées à leur tour, se décolent en se retournant en doigt de gant. Puis la migration se poursuit vers le vagin et l'orifice vulvaire.

-Hémostase : elle est assurée

Par la rétraction utérine qui maintenant intéresse la zone de placentaire.

Par la coagulation sanguine, appelée thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux.

Pour que ces différents mécanismes puissent s'exécuter parfaitement, le placenta doit être normal, normalement inséré, sur une muqueuse normale. Normaux aussi doivent être la contractilité et les processus de la coagulation. Si non, les complications de la délivrance risquent de se produire.

## **2.3 Suites de couches physiologiques [23]**

La période des suites de couches s'étend environ sur les six semaines qui suivent l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation ou « retour de couches », sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique des nourrices.

Les suites de couches seront analysées dans leurs éléments principaux : l'involution utérine, l'écoulement des lochies, la sécrétion lactée.

**Involution utérine** : dès après la délivrance, l'utérus se rétracte. Il devient dur, prenant l'aspect classique « d'un globe de sécurité ». Antéfléchi, de forme globuleuse, il subit des

alternatives de contraction et de relâchement pendant les 1<sup>er</sup>s jours, puis les contractions diminuent et disparaissent.

Pendant les 12 premiers jours, il reste abdominal ;le premier jour son fond remonte à un travers de doigt au dessus de l'ombilic. Le 6<sup>ème</sup> jour, il est à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Après le 12<sup>ème</sup> jour, l'utérus est redevenu pelvien.

**Lochies** : on entend sous ce nom l'écoulement vulvaire des suites de couches. Sanglantes pendant les 2 ou 3 premiers jours, formées de sang non coagulé, les lochies s'éclaircissent et deviennent sero-sanguinolentes jusqu'au 8<sup>ème</sup> jour, séreuses jusque vers le 15<sup>ème</sup> jour, puis se tarissent. Elles peuvent, sans anomalie, se prolonger plus longtemps.

Dans l'utérus, les lochies sont stériles, au moins au début des suites de couches.

**Sécrétion lactée** : pendant les 2 ou 3 premier jours des sites de couches, la sécrétion de colostrum augmente, pour faire place, vers le 3<sup>ème</sup> jour, à la montée laiteuse. Sous ce nom, l'on désigne l'établissement de la sécrétion, lactée, qui, à cette phase initiale, s'accompagne de phénomènes locaux et généraux.

La montée laiteuse dure 24 à 48 heures.

## 2.4 Pathologie des suites de couches

Les complications graves de la grossesse sont plus d'une fois sur deux observées dans la période des suites de couches. Elles sont dominées par l'infection et les complications thrombo-emboliques, les complications hémorragiques graves se manifestent surtout lors de l'accouchement et de la délivrance.

La pathologie hypertensive du post partum s'observe habituellement les patientes présentant une hypertension gravidique [22].

**L'infection puerpérale** : l'adjectif puerpéral s'applique, en principe à tout ce qui concerne la femme en couche. L'usage l'a réservé aux suites de couches et plus spécialement à la désignation de l'infection qui peut marquer cette période.

Le traitement doit associer plusieurs antibiotiques. Un ocytocique sera prescrit pour hâter la guérison et l'involution utérine [22].

**Phlébites puerpérales** : sont des thromboses qui intéressent principalement les troncs veineux profonds des membres inférieurs et ceux du petit bassin. Le qualificatif de « puerpérales » en précise l'origine obstétricale et les situe dans le temps : elles surviennent dans les suites de couches.

Le traitement repose sur les anticoagulants et les anti vitamines K [23].

## 2.5 Définitions opérationnelles:

Définition module de périnatalité	Définition SAGO Dakar 98
Référence : transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.	Référence : concerne une parturiente pendant sa grossesse, avant le début du travail pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie de la grossesse Par définition une femme non suivie en CPN ne peut être référée, elle est évacuée.
Evacuation : c'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.	Evacuation : l'évacuation concerne une parturiente en travail évacuée en urgence ou non, en travail mais pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.

Remarque : la confusion se pose au niveau d'un centre de santé de référence où la séparation des échelons n'est pas effective.

### a. Décès maternel : {8}

Décès d'une femme enceinte

Ou ayant été enceinte 6 semaines (42 jours) auparavant

Quelque soit l'âge ou l'issue de la grossesse

Décès résultant d'une cause obstétricale directe ou indirecte

A l'exclusion des causes fortuites ou accidentelles

**b. Le district de santé :**

Est la plus petite unité urbaine ou rurale dans laquelle les programmes SSP peuvent être organisés par des personnels qualifiés.

**c. Le système de santé de district :**

Il s'agit d'une fraction plus ou moins autonome du système national de santé .Il comprend tout d'abord une population bien délimitée vivant dans une unité administrative définie et une région géographique urbaine ou rurale.

**d. Fonctions correspondantes aux :**

- soins obstétricaux d'urgence de base (soub)
  - administration parentérale d'antibiotiques
- administration parentérale d'ocytociques
  - administration parentérale d'anti convulsivants
  - délivrance artificielle du placenta
- évacuation utérine par aspiration manuelle ou curetage évacuateur
  - accouchement par voie basse assisté (Forceps Ventouse)
- soins obstétricaux d'urgence complets (souc)
  - intervention chirurgicale (césarienne)
  - transfusion sanguine

5 principales causes directes de décès maternel (80 %)

- hémorragies
- complications d'avortement
- infections
- rupture utérine
- hypertension artérielle/syndrome vasculo-renal

Causes indirectes de décès maternel (20%)

- anémies (malnutrition, carencielle, les vers intestinaux)
- malaria
- maladies cardiaques ou rénales
- hypertension préexistante, diabète
- infections à HIV
- Pauvreté et ignorance

## **1 Cadre d'étude :**

Cette étude s'est déroulée dans le district Sanitaire (CSRéf) de Yanfolila. Elle concerne les patientes ayant fait l'objet de référence externe et ou interne.

## **2 Monographie sommaire du cercle :** {18} et {19}

Le Cercle de Yanfolila couvre une superficie de 9240 km<sup>2</sup> avec une population d'environ 169.145 hts en 2003 dont 87.096 H (51%) et 82.119 F (49%) avec un taux de croissance annuelle de 3,8 %. La population en 2006 est estimée à 201199 hts avec 51,51 % d'homme (101619) et 49,49 % de femme (99579) ; soit une densité de 21,77 hts/ km<sup>2</sup>. Cette population majoritaire est composée de Peulh, Bambara, Sarakolé, Malinké, Bozo et Dogon est reparti entre 12 communes rurales. Le cercle est couvert par 2 districts Sanitaires (CSRéf) qui sont Yanfolila et Sélingué totalisant 24 CSCOM. Les pathologies médicales sont dominées par les grandes endémies (onchocercose Tuberculoses), le paludisme. Les pathologies chirurgicales sont les hernies inguinales et inguino scrotales. Et enfin les pathologies gynéco obstétricales. Le district sanitaire de Yanfolila (cadre d'étude) couvre 17 aires de santé dont 13 fonctionnelles.

**3 Présentation du district sanitaire de Yanfolila** {17} Le S.S.S. de Yanfolila couvre une superficie de **7.310** km<sup>2</sup> avec une population de **136 382** hts (densité 18,66 hts/km<sup>2</sup>) en 2006 et une couverture géographique en infrastructures Socio- Sanitaires de 70,58% réparties en 13 CSCOM

**3-a Infrastructures** : Le CSRéf comprend :

- Un bâtiment du bloc administratif
- Un bâtiment abritant les blocs opératoires
- Un bloc de consultation externe avec une unité d'ophtalmo et de lutte contre les grandes endémies
- Un bloc comprenant le labo, l'unité de soins dentaire et le bureau local P.E.V
- Un bloc Santé de la reproduction
- Un bloc abritant le pavillon de médecine, la maternité, DRC et DV, la salle de garde, la salle de Trie, 2 magasins
- Un bloc de la radiologie
- Un bloc de chirurgie
- Un hangar pour IEC

### 3. b - Matériels équipement :

En plus de matériels médicaux le CSRéf dispose de deux incinérateurs un groupe électrogène 6 ordinateurs de bureau dont 3 connectés sur Internet (connexion intermittente à partir de ligne téléphonique) et un ordinateur portable.

### 3. c - Moyens de déplacements et de communication :

Le CSRéf est relié au CSCOM par un réseau de 10 RAC installé et une téléphonie rurale. La salle de garde de la maternité est équipée de RAC permettant ainsi une permanence RAC 24H / 24H au CSRéf.

Le CSRéf dispose de deux véhicules de liaison et deux ambulances dont un est en bon état équipé de RAC.

L'ambulance assure le transport des parturientes à tout moment grâce à une permanence organisée des chauffeurs. La distance moyenne parcourue par le véhicule est de **88** km par référence / évacuation

### 3. d - Personnel :

Le CSRéf emploie **46** agents qui se repartissent comme suit :

- Trois (3) médecins Maliens et un Médecin Cubain. Deux Médecins sont à compétence chirurgicale et un médecin Chargé de la surveillance épidémiologique.
- Un Assistant Médical spécialiste en ophtalmologie
- Une sage-femme ; quatre infirmières obstétriciennes et 3 Matrones.
- 10 Infirmiers dont 2 chargés d'anesthésie et 1 faisant fonction de dentiste
- 1 Manipulateur de Radio
- 2 Techniciens Supérieurs de laboratoire et un technicien de biologie
- 2 Techniciens de développement communautaire
- 3 gérants de pharmacie
- 4 Techniciens de Surface dont 2 instrumentistes et 2 manoeuvres
- 1 Lingère au bloc opératoire
- 2 gardiens
- 3 Chauffeurs
- 1 Secrétaire de Direction
- 1 Comptable
- 1 Caissier
- 1 Technicien Sanitaire.





## **LISTE DES STRUCTURES DE SANTE (LE CSRéf)**

Le CSRéf de Yanfolila est divisé en 17 Aires de Santé dont 13 fonctionnelles. Chaque aire fonctionnelle dispose d'une ASACO qui a mis en place un CSCOM. Ce sont :

- ❖ Balanfina
- ❖ Doussoudiana
- ❖ Yanfolila Central
- ❖ Gualala (centre confessionnel)
- ❖ Fougatié
- ❖ Guelelenkoro
- ❖ Kalana
- ❖ Koloni
- ❖ Lontola
- ❖ Madina Diassa
- ❖ Filamana
- ❖ Yorobougoula
- ❖ Nièssoumala

### **4 - Type d'étude :**

Il s'agit d'étude rétrospective, prospective et comparative

### **5 - Période :**

Elle s'est étalée sur deux années : 1er Juillet 2004 – 30 Juin 2006.

### **6 - Population d'étude :**

L'étude a concerné : 457 patientes référées (145 références internes et 312 références externes).

### **7 - Critères d'inclusion :**

Toutes les femmes référées/ évacuées d'une structure de santé et reçues au CSRéf pour un motif gynéco obstétrical, toutes les femmes du CSRéf ayant fait l'objet d'une référence interne aux médecins pour un motif gynéco obstétrical.

### **8- Critères de non inclusion :**

Les cas de Référence/évacuation autre que gynéco obstétricales

Les patientes ayant consulté aux CSRéf sans faire objet d'une référence interne ou externe.

L'évaluation a porté sur le fonctionnement des différents aspects du système de réf/évac avant et pendant la gratuité de la césarienne au district sanitaire (CSRéf) de Yanfolila.

## **1 Fonctionnement du système :**

### **1.1 – Les supports de la référence / évac :**

La collecte des données a été effectuée à partir des supports de gestion de la référence : le partogramme, les dossiers médicaux, registre de référence, d'accouchement, d'hospitalisation de protocole opératoire, de RAC et le cahier de bord de l'ambulance.

La disponibilité des supports est la 1<sup>Ere</sup> condition indispensable à l'évaluation et au fonctionnement du système de référence. Les supports assurant la continuité de l'information pour la prise en charge et le suivi du fonctionnement du système.

L'objectif est de s'assurer de l'existence de ces supports, d'apprécier leur tenue et remplissage.

Les différentes investigations faites ont permis de constater que les supports existent et sont bien tenus dans l'ensemble.

Il s'agit :

**a) du partogramme** : il est ouvert pour chaque parturiente.

Il est tenu par la sage-femme ou l'infirmière obstétricienne qui peut à tout moment la référer au médecin de garde .Au centre de référence, le partogramme est un outil incontournable pour le suivi de tout accouchement .Son utilisation permet de prendre des décisions judicieuses quant à la conduite à donner à la suite du travail .Au delà de la surveillance,il peut servir de document médico-légal.

#### **b) Les fiches de rétro information**

Elles existent au niveau du centre de référence. Le CSREF doit remplir ces fiches et l'envoyer au CSCOM d'origine.

#### **c) Les registres de références/évacuations :**

Ils existent et sont bien tenus. La différence n'est cependant pas faite entre références et évacuations.

#### **d) Les registres de CPN**

#### **e) Les registres d'accouchement**

## **f) Les registres d'hospitalisation**

Tous ces 3 registres sont également bien tenus

## **g) Le registre de compte –rendu opératoire**

Toutes les interventions chirurgicales sont sanctionnées par un compte-rendu. Les protocoles opératoires sont recueillis dans un registre qui est toujours disponible au bloc opératoire.

## **II. h) Dossiers d'hospitalisation**

Un dossier est ouvert pour chaque malade hospitalisé. Sa mise à jour est assurée lors des visites chaque lundi et vendredi.

### **1.2- Fonctionnement du réseau RAC :**

Les RAC sont fonctionnels dans les centres sauf Fougatié, Balanfina, Central et Lontola. Ce dernier dispose d'un téléphone.

L'entretien périodique des RAC n'est pas respecté par manque du personnel technique de maintenance. Ainsi certains centres y compris le district sanitaire (CSRéf) ont connues des pannes de RAC dont la réparation a connu un retard. Pour le CSRéf la panne a duré plus de 6 mois environ compliquant aussi le système de réf.

### **1.3- Fonctionnement de l'ambulance :**

Basée au CSRéf l'ambulance a été toujours disponible. Son RAC servant des fois même de moyen de communication.

L'ambulance assure le transport des parturientes à tout moment grâce à une permanence organisée des chauffeurs.

### **1. 4- Kit d'urgence :**

Le fonctionnement correct du système de référence /évacuation ne saurait se concevoir sans la disponibilité d'un Kit d'urgence. Il permet une prise en charge immédiate des urgences et de ce fait contribue à augmenter les chances de survie des évacuées.

Les supports suivants sont utilisés.

- Ordonnance type césarienne ou laparotomie
- Fiche de liaison pharmacie – bloc

Pour bénéficier du Kit, la fiche de liaison est remplie par l'infirmier major du bloc opératoire ou son substitut ; visée par le médecin Chef ou son substitut et la sage femme de garde.

- **Tableau 5:** Composition du kit de « césarienne » à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2004

<b>N°</b>	<b>Désignation</b>	<b>III. <u>Quantité</u></b>	<b>IV. <u>Prix Unitaire</u></b>	<b>V. <u>Montant en F CFA</u></b>
1.	Sérum Glucosé 5 %	3 fl	555	1 665
2.	Sérum Salé	3 fl	555	1 665
3.	Cathéter N° 18	1	292	292
4.	Gant	4	500	2 000
5.	Ampicilline 1 g	8 fl	155	1 240
6.	Lame de bistouri	1	150	150
7.	Sonde Urinaire CH 16	1	825	825
8.	Poche urinaire	1	310	310
9.	Polyvidone Iodée	1 fl	970	970
10.	Eau distillée	8	35	280
11.	Gentamicine 80	4 Amp	175	700
12.	Compresses stériles	4 btes	1 300	5 200
13.	Perfuseurs	3	190	570
14.	Bandes simples	4	290	1 160
15.	Quinimax 600 mg	3 Amp	235	705
16.	Sparadrap	1 m	970	970
17.	Diazépam 10 mg	2 Amp	80	160
18.	Atropine	2 Amp	85	170
19.	Alcool 90 °	2 fl	650	1 300
20.	Kétamine	2 Amp	555	1 110
21.	Ergométrine	2 Amp	145	290
22.	Seringue 10 CC	10	60	600
23.	Amoxicilline gélules	20	34	680
24.	Vicryl 0	2	2700	5 400
25.	Vicryl 1	2	2700	5 400
26.	Nylon mono filament 2/0	1	1200	1 200
<b>(a) <u>TOTAL</u></b>				<b>35 012</b>

Le coût d'évacuation après l'atelier sur la référence a été arrêté à 65.000 F.

La clé de la répartition consensuelle adoptée a été 15% soit 9750 F à payer par le CSRéf 20% soit 13.000 F pour l'ASACO 35% soit 22.750 F pour le conseil de cercle 15% soit 9.750 F par les communes et 15% soit 9.750 F par le patient ou les parents. L'infirmier major du bloc est chargé du recouvrement de la quote part des patientes. Un compte dit caisse de solidarité est disponible à la « Kafo » alimentée par des cotisations des ASACO, conseil de cercle et communes et du CSRéf calculées en fonction des césariennes attendues par aires.

### **1.5 - STOCK DE SANG :**

Il n'existe pas de banque de sang mais un réfrigérateur est disponible pour la conservation du sang. Les malades viennent avec des donneurs potentiels ; des journées de collecte de sang sont organisées.

Le sang coûte **6000 F** (BW = 1000 Fcfa ; GS = 1000 Fcfa ; AgHbs = 1000 Fcfa et la Poche vide = 3000 Fcfa ; HIV = 0 Fcfa) ;

C'est un prix forfaitaire fixé par le CSRef approuvé par la supervision régionale.

Depuis la gratuité de la césarienne les frais d'analyse sanguine sont gratuits au CSRéf de Yanfolila pour les femmes ayant bénéficié le Kit de la gratuité. Mais ces frais restent payants pour les autres urgences gynéco obstétricales à savoir : GEU, hémorragie du post partum et ou de la délivrance.

La permanence au laboratoire est assurée par 1 agent. Il est appelé en cas de besoins. Cela résulte de l'insuffisance du personnel.

La prise en charge des cas d'urgence pose des difficultés en raison de :

- la non disponibilité de tous les groupes 24h/24h,
- la non disponibilité immédiate du personnel tout le temps,
- la non disponibilité des donneurs de sang tout le temps.

Cette organisation peut occasionner un retard important dans la prise en charge des urgences ayant besoin d'une transfusion sanguine surtout si le groupe de donneur n'est pas conforme à celui du receveur.

Pendant la période d'étude, 152 poches de sang ont été prélevées. La disponibilité permanente des réactifs HIV, de l'AgHbs et des poches vides n'est pas assurée. Il y a eu rupture de réactif HIV de Juillet 2004 à septembre 2004. De septembre 2005 à Décembre 2005 et enfin de Mai à Juin 2006 soit 3 mois de rupture la première année et le double la deuxième année.

Pendant ces périodes un bon de sang est fait pour Bougouni ou Bamako, à la limite la malade est référée à Bamako.

#### **1-6 – Mécanisme de Financement :**

L'organisation du système de référence / évacuation a identifier 2 problèmes majeurs :

- L'accessibilité financière des populations aux soins
- L'accessibilité géographique des références / évac aux centre de référence

L'évaluation a montré que la population totale du district sanitaire est couverte par le système de référence/évacuation correspondant à 17 aires de santé.

Les cotisations des aires non fonctionnelles (Kokoun et Flabougoula) sont recouvrées par l'ASACO de Yorobougoula.

Celles de Badogo et Guinso sont versées au niveau de l'ASACO de Central.

La quote-part de l'aire de santé de Siekorole est versée à Sélingué, mais les référence/évacuation se font à Yanfolila (des contacts ont été pris avec Sélingué pour le transfert des fonds).

Depuis la gratuité il n'y a pas eu une nouvelle répartition, les contributions ne sont plus payées.

Les médecins chefs des CSRéf doivent produire les états de paiement visés par le Président du Conseil de Cercle.

Les pièces annexées aux états de paiement sont les suivantes :

1. Un extrait du registre opératoire,
2. Un extrait du registre d'hospitalisation,
3. Les fiches d'évacuation ou d'autoréférence,
4. Les fiches d'admission,
5. Les fiches de sorties,
6. La facture établie par la pharmacie du centre.

Tableau récapitulatif du taux de recouvrement des quottes part.

Taux de paiement des Quottes Part

**2005**

- Conseil Cercle : 100%
- Commune : 39,5%
- ASACO : 35,6%
- Tx Global : 43,35%
- 

**2006**

- Conseil Cercle : 0%
- Commune : 13,61%
- ASACO : 37,8%
- Tx Global : 12,13%

1- 9 Coût réel d'une césarienne ou laparotomie

- Actes = 10 000 Fcfa
- Hospitalisation = 2 000 Fcfa/semaine
- Kit = 35 012 Fcfa
- Ambulance = 10 270 Fcfa
- Sang = 6 000 Fcfa (en cas de transfusion)

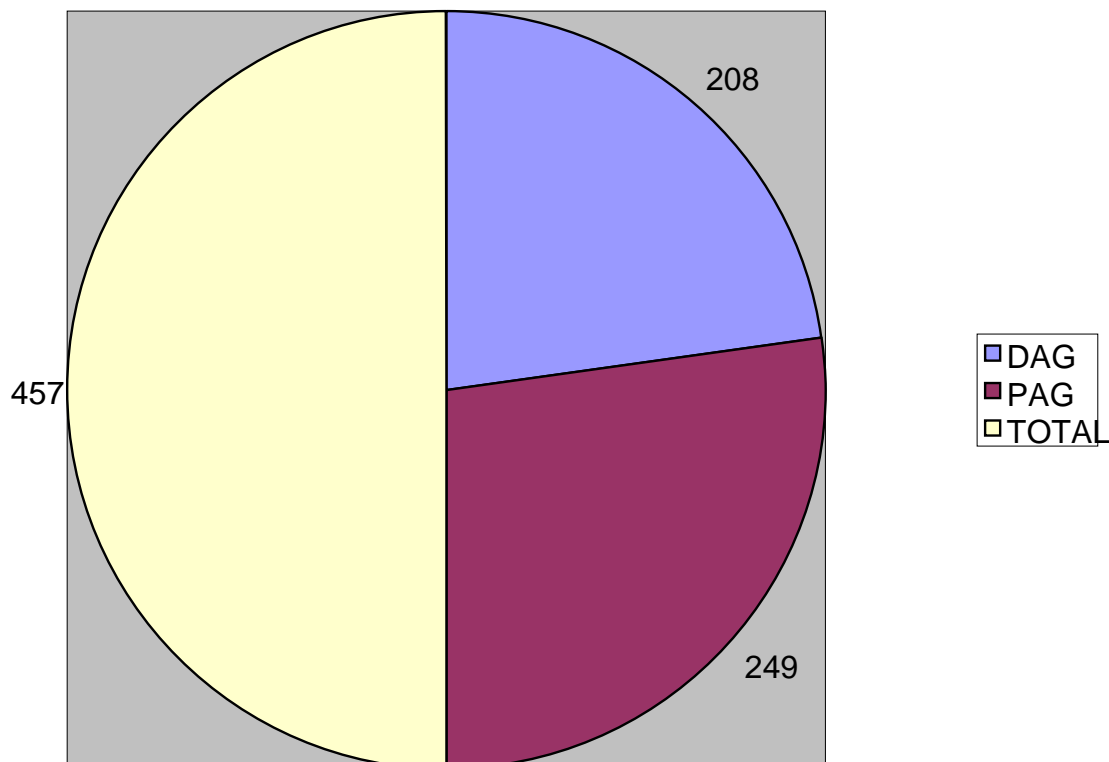
Les résultats sont transcrits en fonction :

- de l'effectif total des femmes référées (208 pendant la DAG et 249 pendant la PAG)
- du nombre de référence externe (126 pendant la DAG contre 186 pendant la PAG)
- du nombre de gestantes (143 pendant la DAG contre 155 pendant la PAG)
- du nombre de parturientes (138 pendant la DAG et 155 pendant la PAG)
- du nombre de femmes ayant un taux d'hémoglobine  $\leq 9\text{g/dl}$  (tableau 31)
- du nombre de femmes opérées (tableau 40)

La DAG (dernière année avant la gratuité) va : du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 30 juin 2005.

La PAG (première année pendant la gratuité) va : 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 30 juin 2006.

**Graphique 1 : Répartition des femmes référées selon la fréquence sur la période d'étude**





Le nombre de référence / évacuation a augmenté au cours de la période d'étude passant de 208 pendant la DAG à 249 pendant la PAG.

**Tableau 1 : Répartition des patientes référées selon l'âge**

	DAG		PAG	
Age	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
< 20 ans	32	15,4	36	14,5
20 – 35 ans	139	66,8	186	74,7
> 35 ans	37	17,8	27	10,8
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge 20 à 35 ans était la mieux représentée avec 66.8 pendant la DAG et 74.7% pendant la PAG.

**Tableau 2 : Répartition des patientes référées selon la profession**

	DAG		PAG	
Profession	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Elève	1	0,5	7	2,8
Ménagère	191	91,8	228	91,6
Aides ménagères	13	6,3	14	5,6
Vendeuses	3	1,4	0	0,0
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

**Tableau 3: Répartition des patientes référées selon l'ethnie**

Ethnie	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Bambara	24	11,5	31	12,4
Bozo	4	1,9	4	1,6
Dogon	8	3,8	6	2,4
Malinké	17	8,2	18	7,2
Peulh	148	71,2	179	71,9
Somono	3	1,4	2	0,8
Sonrhaï	1	0,5	2	0,8
Senoufo	2	1,0	4	1,6
Bobo	1	0,5	3	1,2
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

**Tableau 4 : Répartition des patientes référées selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Célibataire	14	6,7	21	8,4
Mariée	194	93,3	228	91,6
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

6,7 % de femmes célibataires pendant la DAG contre 8,4 % pendant la PAG.

**Tableau 5 : Répartition des patientes référées selon la provenance**

Provenance	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Balanfina	5	2,4	4	1,6
Central	16	7,7	16	6,4
Doussoudianan	3	1,4	5	2,0
Filamana	8	3,8	10	4,0
Fougatie	9	4,3	21	8,4
Gualala	10	4,8	12	4,8
Guelelinkoro	0	0,0	3	1,2
Kalana	16	7,7	22	8,8
Koloni	3	1,4	3	1,2
Lontola	5	2,4	4	1,6
Madina diassa	2	1,0	6	2,4
Niéssoumala	12	5,8	11	4,4
Siekorole	7	3,4	7	2,8
Yorobougoula	30	14,4	62	24,9
Référence interne	82	39,4	63	25,3
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

39.4 % de référence interne pendant la DAG contre 25.3 % pendant la PAG

3.4 % des femmes venaient hors du district sanitaire (Siékorolé) pendant la DAG contre 2.8% pendant la PAG.

**Yorobougoula** a référé le plus grand nombre de femmes avec 14.4 % pendant la DAG et 24.9% pendant la PAG.

**Tableau 6 : Répartition des patientes référées selon le motif de référence /évacuation tel que formulé sur le document de référence/évacuation.**

Motif de référence	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence( % )	Effectifs absolus	Fréquence( % )
Ancienne opérée de kyste ovarien sur cette grossesse	1	0,5	0	0,0
Age<16,Taille<1m50	1	0,5	0	0,0
A la demande des parents	0	0,0	1	0,4
Ancienne césarienne	12	5,9	19	7,8
Anémie	6	2,9	9	3,7
Anémie/grossesse	1	0,5	5	2,0
Anémie+infection post partum	1	0,5	0	0,0
avortement	6	2,9	4	1,6
Ballonnement après accouchement	1	0,5	0	0,0
Bassin limite	1	0,5	0	0,0
Bassin rétréci	0	0,0	5	2,0
C U D	15	7,3	15	6,1
Circulaire	1	0,5	0	0,0
Contractions irrégulières	0	0,0	2	0,8
Crise après accouchement	0	0,0	1	0,4
Décès infantile à répétition	0	0,0	3	1,2
D F P	1	0,5	7	2,9
Diarrhée+dysenterie avant et après accouchement	0	0,0	1	0,4
Dilatation stationnaire	9	4,4	20	8,2
Diminution de grossesse/mois	0	0,0	1	0,4
Douleur pelvienne	12	5,9	11	4,5
Douleur abdominale basse	1	0,5	1	0,4
Douleur fréquente	1	0,5	0	0,0
Dyspnée,vertige,toux	0	0,0	1	0,4
Dystocie	13	6,3	6	2,5
Eclampsie	4	2,0	6	2,5
Eclampsie du post partum	1	0,5	0	0,0
Evanouissement après vomisse	0	0,0	1	0,4
Femme à risque	0	0,0	1	0,4
Femme de courte taille	1	0,5	0	0,0
Femme en travail	1	0,5	0	0,0
Femme malade	1	0,5	0	0,0
Fièvre ,crise convulsive	1	0,5	0	0,0
Fibrome / grossesse	0	0,0	1	0,4
Fièvre céphalée	0	0,0	1	0,4
Fœtus non engagé+écoulement abondant du liquide amniotique	1	0,5	0	0,0
G E U	1	0,5	1	0,4
Grossesse à risque	0	0,0	2	0,8
Grossesse gémellaire	0	0,0	1	0,4
Gros foetus	3	1,5	2	0,8
handicapée	0	0,0	1	0,4

H R P	2	1,0	1	0,4
H T A	4	2,0	1	0,4
H T A / grossesse	6	2,9	8	3,3
Hémorragie	35	17,1	28	11,4
Hémorragie/ grossesse	3	1,5	0	0,0
Infection	1	0,5	3	1,2
Infection post abortum	0	0,0	1	0,4
MAF-	0	0,0	1	0,4
MAF- BDCF- dx abdominale	0	0,0	1	0,4
Membrane au T V	0	0,0	2	0,8
Menace d'accouchement prématuré	1	0,5	0	0,0
Menace d'avortement	1	0,5	4	1,6
Mort-nés à répétition	1	0,5	2	0,8
Mort in utero	0	0,0	1	0,4
Mort in utero + siège	0	0,0	1	0,4
Nausée + grelottement	0	0,0	1	0,4
La non sorti du fœtus	1	0,5	0	0,0
Oedeme aux pieds	0	0,0	1	0,4
Pas envie de pousser	1	0,5	0	0,0
Paludisme/grossesse	0	0,0	1	0,4
Paludisme chronique,MAF-	0	0,0	1	0,4
Perte d'eau	1	0,5	0	0,0
Placenta acreta	1	0,5	0	0,0
P P	2	1,0	2	0,8
Pré éclampsie	1	1,0	0	0,0
Présentation céphalique+main	0	0,0	1	0,4
Présentation du front	1	0,5	0	0,0
Présentation non céphalique	0	0,0	1	0,4
Présentation à risque	0	0,0	1	0,4
Présentation de siège	4	2,0	5	2,0
Présentation transversale	4	2,0	6	2,5
Procidence du bras	4	2,0	5	2,0
Procidence du cordon	2	1,0	3	1,2
Primipare agée	0	0,0	1	0,4
Prolapsus / grossesse	0	0,0,	2	0,8
Rupture spontanée des membra	2	1,0	0	0,0
Retard à l'expulsion	1	0,5	0	0,0
Rétention placentaire	10	4,9	2	0,8
Rupture utérine	2	1,0	3	1,2
Signe de grossesse probable	0	0,0	1	0,4
Syndrome de pré rupture	0	0,0	1	0,4
Syndrome méningé+anémie	1	0,5	0	0,0
T P	11	5,4	16	6,5
Tachycardie,dyspnée	1	0,5	0	0,0
Tête coincée	3	1,5	6	2,5
Tête dernière	0	0,0	1	0,4
Tête macérée	1	0,5	0	0,0
Vomissement/grossesse	0	0,0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

N B : 3 cas non précisés pendant la DAG et 4 pendant la PAG.

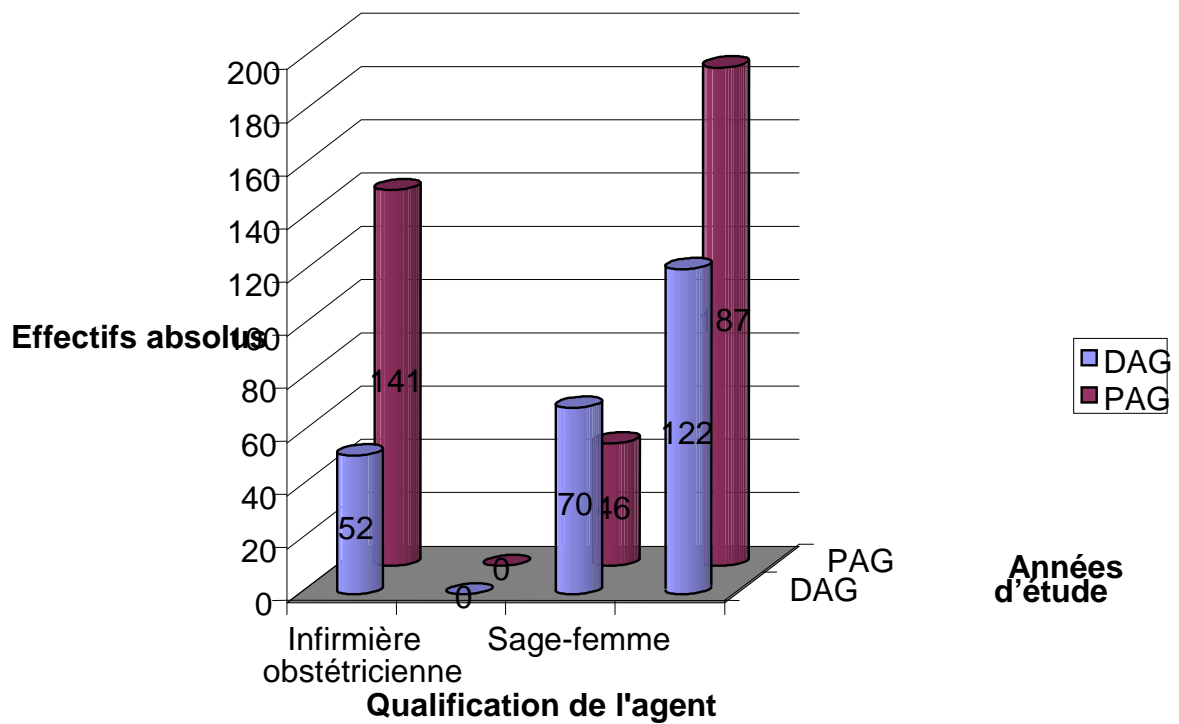
L'hémorragie fut la 1<sup>ère</sup> cause de référence au cours de notre étude 17,07 % pendant la DAG et 11,43 % pendant la PAG.

**Tableau 7 : Répartition des femmes référées selon la qualification de l'agent qui évacue**

Qualification de l'Agent	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Matrone	113	89.68	164	88.17
Infirmière obstétricienne	4	3.18	1	0.54
Médecin	9	7.14	8	4.30
Sage femme	0	0,0	13	6.99
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

Aucune femme n'a été référée par les sages-femmes pendant la DAG et 13 l'ont été pendant la PAG.

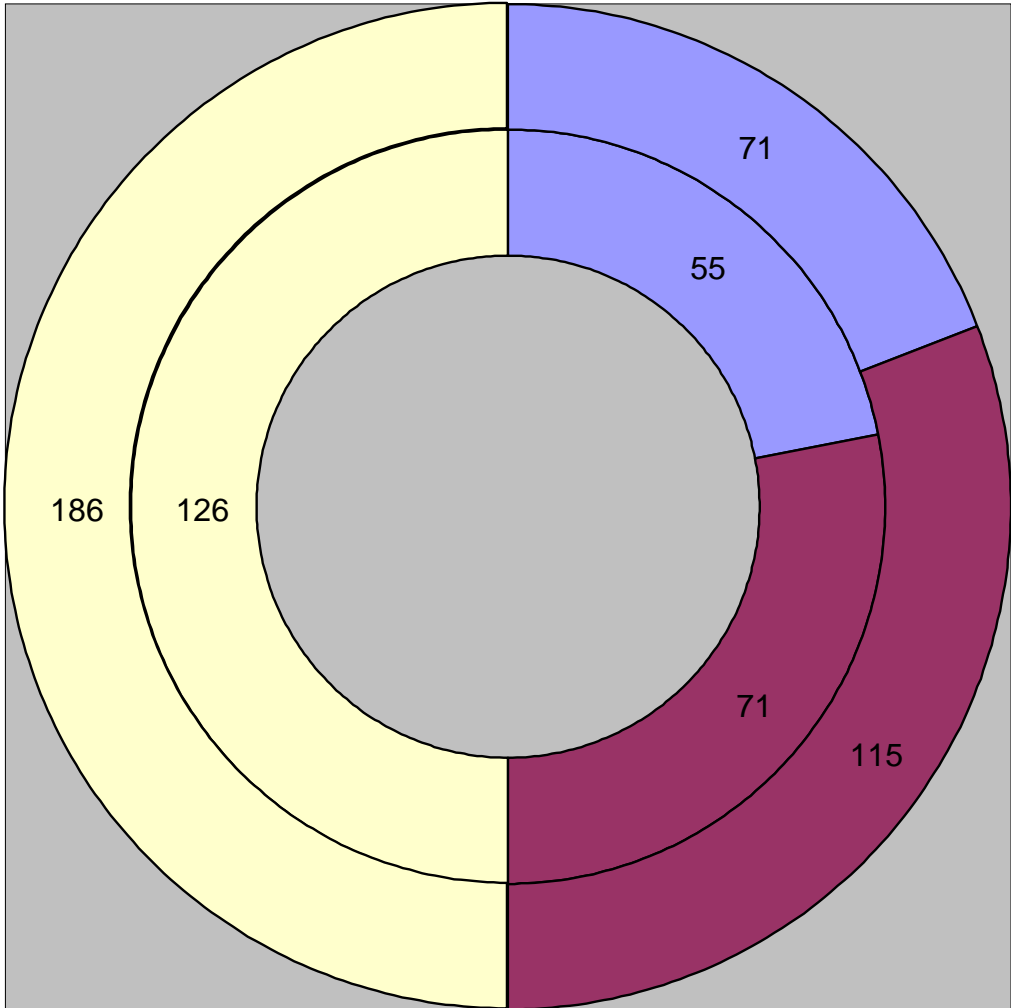
**Graphique 2 : Répartition des femmes en fonction de la qualification de l'agent qui reçoit**



N B : **86** cas non précisés pendant la DAG et **62** cas pendant la PAG.

Le niveau de prise en charge des femmes référées a évolué de 42,6% pendant la DAG à 75,4% pendant la PAG pour les infirmières ; alors qu'il est passé de 57,4% pendant la DAG à 24,6% pendant la PAG pour les sages-femmes.

**Graphique 3 : Répartition des femmes en fonction du moyen de transport**



Ambulance Moto Total

43.7% pendant la DAG contre 38.2% pendant la PAG des patientes référées à partir des cscom ont bénéficiée d'un transport par ambulance.



**Tableau 8 : répartition des femmes en fonction de la durée de la référence**

Durée	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Pourcentage (%)	Effectifs absolus	Pourcentage (%)
< 30 mn	5	7,5	4	4,8
30mn à 1H00	6	9,0	2	2,4
1H01mn à 2H00	26	38,8	35	42,2
2H01mn à 3H00	21	31,3	24	28,9
3H01mn à 4H00	5	7,5	9	10,8
4H01mn à 5H00	2	3,0	3	3,6
> 5H	2	3,0	6	7,2
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

La durée moyenne pendant la DAG fut **2H24mn** avec des extrêmes de **7H42mn** et de **08mn**.

Pendant la PAG la durée moyenne fut **2H29mn** avec des extrêmes de **8H45mn** et de **12mn**.

NB : **59** cas non précisés pendant la DAG et **103** cas non précisés pendant la PAG.

**Tableau 9 : Répartition des patientes référées selon le traitement reçu au CSCOM**

Traitement reçu au CSCOM	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Antibiotiques	5	4,0	1	0,5
Anti convulsivants	1	0,8	1	0,5
Antispasmodiques	13	10,3	17	9,1
Antipaludiques	3	2,4	4	2,2
Ocytociques	0	0,0	2	1,1
Anti hypertenseurs	0	0,0	2	1,1
Fer + Acide folique	2	1,16	3	1,6
Vit K1	1	0,8	2	1,1
Sans traitement	101	80,2	154	82,8
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

Les ocytociques ont apparu dans la liste des produits utilisés dans les CSCOM pendant la PAG avec 1.1%.

**Tableau 10 : Répartition des patientes référées selon le document de référence**

Document d'accompagnement	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Fiche de référence/évac	60	47,6	116	62,4
Parto + Fiche	14	11,1	3	1,6
Partogramme	17	13,5	33	17,7
Sans document	35	27,8	34	18,3
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

Diminution du nombre de femmes référées sans documents qui est passé de 27,8 % pendant la DAG à 18,3 % pendant la PAG.

**Tableau 11 : Répartition des patientes référées selon les antécédents chirurgicaux**

Antécédents	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Césarienne	14	6,7	19	7,63
Laparotomie	1	0,5	0	0
Sans antécédent	193	92,8	230	92,37
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

**Tableau 12 : Répartition des patientes référées selon la gestité**

GESTITE	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
G 1	32	23,7	47	30,1
G 2 – G 3	16	11,9	23	14,7
G 4 – G 6	43	31,9	44	28,2
> G 6	44	32,6	42	26,9
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

N B : **73** cas non précisés pendant la DAG et **93** cas pendant la PAG.

1 = 1 grossesse (Primigeste)

G 4 –G 6 = multi geste

G 2 - G 3 =pauci geste

> G 6 = grande multi geste.

Les pauci gestes étaient minoritaires avec 11,9 % pendant la DAG et 14,7 % pendant la PAG.

**Tableau 13 : Répartition des patientes référées selon la parité**

PARITE	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
P 0	15	12,7	55	23,9
P 1	37	31,4	37	16,1
P 2 – P 6	25	21,2	103	44,8
> P 6	41	34,7	35	15,2
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

N B : **90** cas et **19** cas non précisés respectivement pendant la DAG et pendant la PAG.

P 0 = nullipare (0 accouchement)

P 2 – P 6 = multipare

P 1 = primipare (1accouchement)

> P 6 = grande multipare

Si les nullipares ont été les moins représentés pendant la DAG avec 12,7 %, elles viennent en second rang pendant la PAG avec 23,9 %.

**Tableau 14 : Répartition des patientes référées selon le nombre d'enfants vivants.**

Nombre d'Enfants Vivants	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
0	27	24,8	4	5,1
1	17	15,6	22	28,2
2	10	9,2	16	20,5
> 2	55	50,5	36	46,2
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

N B : respectivement **84** cas et **116** cas non précisés pendant la DAG et pendant la PAG.

Si les patientes ayant plus de 2 enfants vivants (> V2) dominaient pendant la DAG avec 44,4 %, elles occupent le 2<sup>e</sup> rang en pendant la PAG après les patientes qui n'avaient aucun enfant vivant (V0).

**Tableau 15 : Répartition des patientes référées selon le nombre d'enfants décédés**

Nombre d'Enfants Décédés	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
0	36	35,0	16	20,3
1	28	27,2	28	35,4
2	23	22,3	15	19,0
> 2	16	15,5	20	25,3
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

N B : **81** cas non précisés pendant la DAG contre **115** cas pendant la PAG.

Pendant la DAG 27,2 % des femmes référées (qui ont accouchées au moins une fois) ont un antécédent d'un décès d'enfants. Ce taux était plus élevé pendant la PAG avec 35,4 %.

**Tableau 16 : Répartition des patientes référées selon le nombre d'avortements**

	<b>DAG</b>		<b>PAG</b>	
<b>Nombre d'Avortement</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>
0	83	80,6	96	88,1
1	15	14,6	10	9,2
2	2	1,9	1	0,9
> 2	3	2,9	2	1,8
<b>total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

N B : non précisés = **80** cas pendant la DAG et **114** cas pendant la PAG.

Les patientes qui ont eu au moins une grossesse et sans antécédent d'avortement (A0) furent les plus fréquentes 80,6 % pendant la DAG et 88,1 % pendant la PAG.

**Tableau 17 : Répartition des gestantes référées selon le nombre de C P N**

	<b>DAG</b>		<b>PAG</b>	
<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>
0	67	46,9	54	34,8
1	13	9,1	15	9,7
2	24	16,8	28	18,1
3	29	20,3	30	19,4
> 3	10	7,0	28	18,1
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

La couverture en CPN a augmentée au cours de notre étude passant de 53,1 % pendant la DAG à 65,2 % pendant la PAG.

**Tableau 18 : Répartition des femmes enceintes référées selon les B C F**

<b>B C F</b>	<b>DAG</b>		<b>PAG</b>	
	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Absents	54	42,5	52	35,4
Anormaux	8	6,3	7	4,8
Normaux	65	51,2	88	59,9
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

N B : non précisés = **16** cas pendant la DAG et **8** cas pendant la PAG.

Les B C F n'ont pas été perçus à l'admission dans 42,5 % des cas pendant la DAG et dans 35,4 % pendant la PAG.

**Tableau 19 : Répartition des patientes référées selon l'hémorragie**

<b>Hémorragie</b>	<b>DAG</b>		<b>PAG</b>	
	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	62	29,8	20	8,0
Non	146	70,2	229	92,0
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

**Tableau 20 : Répartition des gestantes référées selon la phase du travail**

Dilatation	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Phase active	82	68,9	82	64,1
Phase expulsive	26	21,8	34	26,6
Phase de latence	11	9,2	12	9,4
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

N B : **24** cas non précisés pendant la DAG et **27** cas pendant la PAG.

Le taux des parturientes en phase expulsive est passé de 21,8 % pendant la DAG à 26,6 % pendant la PAG.

**Tableau 21 : Répartition des gestantes référées selon la présentation**

Présentation	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Céphalique	97	82,2	110	86,6
Siège	11	9,3	13	10,2
Transversale	7	5,9	3	2,4
Irrégulière	3	2,5	1	0,8
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

N B : - pendant la DAG **25** cas non précisés ; pendant la PAG **28** cas non précisés

-présentation irrégulière = sommet + et ou pieds + mains

8,4 % de présentations anormales (transversale et irrégulière) pendant la DAG contre 3,2 % pendant la PAG.



**Tableau 22 : Répartition des Gestantes référées selon l'état de la poche des eaux**

Poche des eaux	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Intacte	30	25,0	34	28,6
Rompue	90	75,0	85	71,4
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

N B : pendant la DAG **23** cas non précisés ; pendant la PAG **36** cas non précisés

**Tableau 23 : Répartition des parturientes référées selon l'aspect du liquide amniotique**

Liquide	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Clair	27	38,0	27	42,2
Méconial	0	0,0	1	1,6
Teinté	44	62,0	36	56,3
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

N B : **19** cas non précisé pendant la DAG et **21** cas non précisés pendant la PAG  
38,0 % de liquide claire contre 42,2 % respectivement pendant la DAG et pendant la PAG.

**Tableau 24 : Répartition des patientes référées selon le diagnostic retenu au C S REF**

Diagnostic au C S Ref	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Accouchée avant ambulance	0	0,0	3	1,2
Accouchée dans ambulance	1	0,5	0	0,0
Ancienne césarienne	2	1,0	4	1,7
Anémie	2	1,0	6	2,5
Anémie / grossesse	4	2,0	8	3,3
Angine / grossesse	0	0,0	1	0,4
Avortement	31	15,1	19	7,9
Bassin rétréci	3	1,5	5	2,1
Bassin immature	1	0,5	0	0,0
Bassin normal	0	0,0	1	0,4
Circulaire du cordon	2	1,0	4	1,7
Coma / grossesse	0	0,0	1	0,4
D F P	9	4,4	14	5,8
Débris placentaire	4	2,0	2	0,8
Dilatation stationnaire	7	3,4	10	4,2
Eclampsie / grossesse	7	3,4	4	1,7
Eclampsie post partum	1	0,5	4	1,7
Fibrome /grossesse	0	0,0	1	0,4
G E U	6	2,9	5	2,1
Grossesse normale	0	0,0	2	0,8
H T A /grossesse	2	1,0	3	1,2
Hémorragie post partum	9	4,4	8	3,3
Hépatite fulminante	1	0,5	0	0,0
H R P	7	3,4	5	2,1
HTA du post partum	0	0,0	1	0,4

hypocinésie	0	0,0	1	0,4
Infection post abortum	0	0,0	2	0,8
Infection puerpérale	6	2,9	5	2,1
Mort in utero	3	1,5	5	2,1
Paludisme / grossesse	0	0,0	11	4,6
Paludisme compliqué	1	0,5	1	0,4
Péritonite appendiculaire post partum	1	0,5	0	0,0
Primipare agée	0	0,0	1	0,4
Procidence du cordon	1	0,5	3	1,2
Prolapsus / grossesse	0	0,0	2	0,8
Placenta praevia	8	3,9	3	1,2
Anomalies de présentation	11	5,4	14	5,8
Placenta acréta	1	0,5	1	0,4
Pré rupture	2	1,0	5	2,1
Pré éclampsie	5	2,0	2	0,8
Retard expulsif	3	1,5	0	0,0
Rétention placentaire	6	2,9	2	0,8
Rétention tête dernière	3	1,5	1	0,4
Rupture utérine	13	6,3	11	4,6
septicémie	1	0,5	1	0,4
Souffrance fœtale aigue	2	1,0	4	1,7
Travail prolongé	21	10,2	23	9,5
Toxoplasmose /grossesse	0	0,0	5	2,1
Travail normal	17	8,3	25	10,4
Utérus bi cicatriciel	1	0,5	1	0,4
Menace d'avortement	0	0,0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

N B : 3 cas non précisés pendant la DAG contre 8 cas pendant la PAG.

Le « travail prolongé » fut le second diagnostic le plus fréquemment retenu au cours de notre étude.

**Tableau 25 : Répartition des patientes référées selon le traitement instauré**

Conduite à tenir	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Césarienne	43	21,0	53	21,9
Craniotomie	3	1,5	2	0,8
Curage	20	9,8	5	2,1
Curetage	10	4,9	5	2,1
Délivrance arti	6	2,9	2	0,8
Episiotomie	1	0,5	0	0,0
Forceps	1	0,5	0	0,0
hospitalisation	21	10,2	17	7,0
Hystérorraphie	12	5,9	11	4,5
Laparotomie	2	1,0	1	0,4
Ocytocine+SG	48	23,4	63	26,0
Révisi. utérine	2	1,0	9	3,7
Référée	4	2,0	5	2,1
Salpingectomie	6	2,9	5	2,1
Suture col	2	1,0	1	0,4
Suture périnée	3	1,5	4	1,7
Voie basse	15	7,32	16	6,6
Ordonnance médicale	6	2,9	43	17,8
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

N B : 3 cas non précisés pendant la DAG et 7 cas non précisés pendant la PAG.

Au CSREF la perfusion d'ocytocine était la conduite la plus fréquente avec respectivement 23,4 % et 26,0 % pendant la DAG et pendant la PAG.

**Tableau 26 : Répartition des patientes référées selon le taux d'hémoglobine**

Taux d'hémoglobine	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
> = 10 g / dl	9	19,6	4	13,8
7 – 9 g / dl	13	28,3	6	20,7
< 7 g / dl	24	52,2	19	65,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

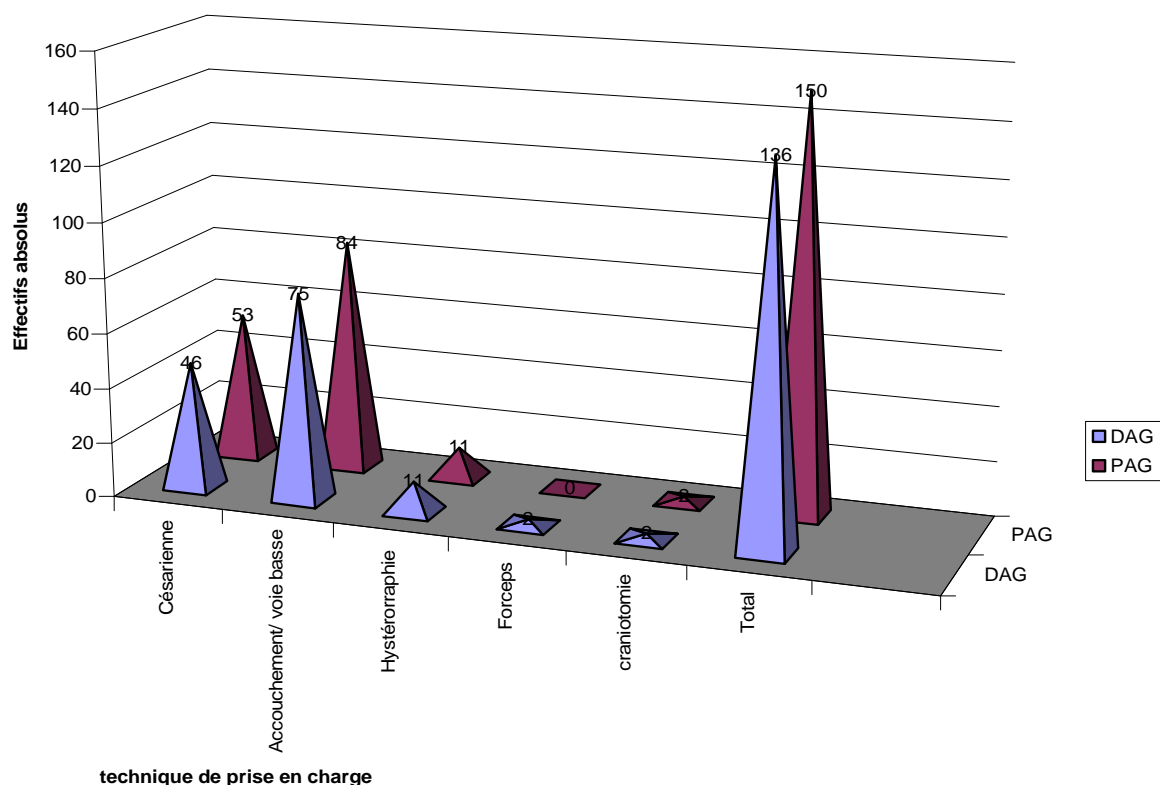
Dans 52,2 % pendant la DAG et dans 65,5 % pendant la PAG le taux d'Hb était < 7g/dl.

**Tableau 27 : Répartition des patientes référées selon la transfusion sanguine**

Nombre de poches transfusées	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
3	4	10,8	1	5,3
1	11	29,7	3	15,8
2	10	27,0	4	21,1
0 (non transfusées)	12	32,4	11	57,9
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

25/37 patientes pendant la DAG furent transfusées consommant ainsi 43 poches de sang contre seulement 12 poches consommées pendant la PAG pour 8/19 patientes transfusées.

**Graphique 4 : Répartition des parturientes selon la technique de prise en charge**



N B : 2 cas non précisé pendant la DAG et 5 cas pendant la PAG;

Les accouchements par voie basse ont représenté 55,15 % pendant la DAG contre 56,0 % pendant la PAG.

**Tableau 28 : Répartition des parturientes référées selon la manœuvre obstétricale**

Manœuvre	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Mauriceau	2	1,4	0	0,0
Version interne	0	0,0	3	1,93
Sans manœuvre	136	98,6	153	98,07
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Zéro (0) version interne contre 2 Mauriceaux pendant la DAG et inversement pendant la PAG.

**Tableau 29 : Répartition des femmes selon le temps écoulé entre l'arrivée et l'accouchement.**

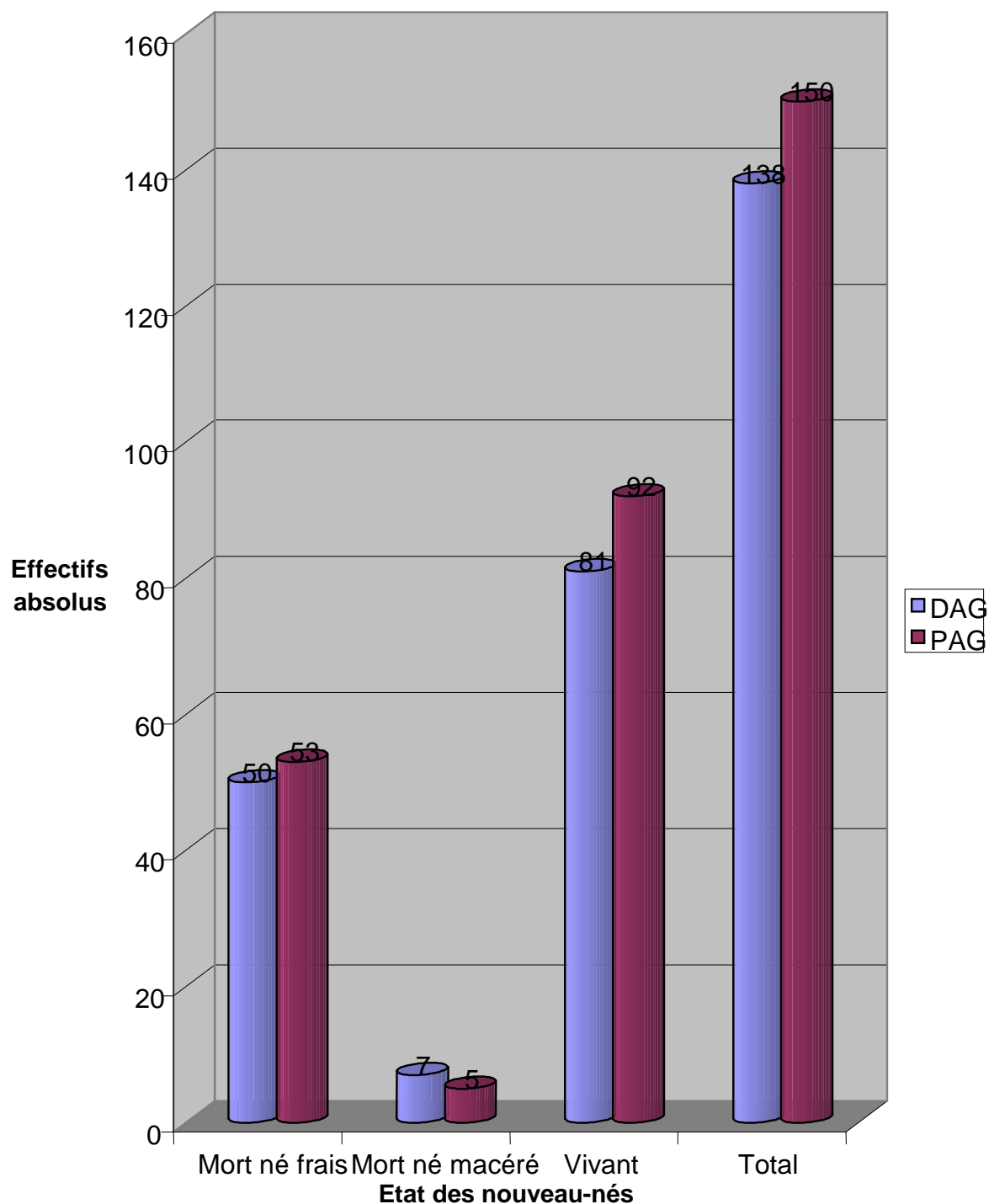
Durée	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Pourcentage (%)	Effectifs absolus	Pourcentage (%)
< 30 min	11	11.6	1	2.0
30min à 1H00	12	12.6	1	2.0
1H01 à 2H00	20	21.1	3	6.1
2H01 à 3H00	12	12.6	12	24.5
3H01 à 4H00	14	14.7	10	20.4
4H01 à 5H00	9	9.5	8	16.3
5H01 à 6H00	1	1.1	5	10.2
6H01 à 7H00	5	5.3	4	8.2
7H01 à 8H00	3	3.2	1	2.0
> 8H00	8	8.4	4	8.2
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100.0</b>	<b>49</b>	<b>100.0</b>

NB : **43** cas non précisés pendant la DAG et **106** cas non précisés pendant la PAG.

La durée moyenne entre l'arrivée de la parturiente et l'accouchement fut 3H26 pendant la DAG avec de extrêmes de 8min et 13H 09.

Pendant la PAG, La durée moyenne fut 4H 18 avec des extrêmes de 5min et 11H41.

**Graphique 5 : Répartition des femmes selon l'état des nouveau-nés**



Mort – né macéré : décès  $\geq$  72h

Mort – né frais : décès < 72h

58.70% des nouveau-nés étaient vivants pendant la DAG contre 59,3 % pendant la PAG soit une augmentation de 0.7%.



**Tableau 30 : Répartition des parturientes référées selon le poids des nouveau-nés**

	DAG		PAG	
Poids	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
< 2500 g	20	14,5	15	9,7
>3500 g	8	5,8	7	4,5
2500 – 3500g	49	35,5	69	44,5
Non pesé	61	44,2	64	41,3
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Poids > 4000g = gros foetus

Poids < 2500g = hypotrophie.

Poids = 2500g à 3500g = normal.

Les gros foetus était moins fréquent au cours de notre étude (5,8% contre 4,5% respectivement pendant la DAG et pendant la PAG).

**Tableau 31 : Répartition des parturientes référées selon l'APGAR à la 1 ère heure des nouveau-nés**

	DAG		PAG	
APGAR	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
<7	18	13,6	36	24,2
>= 7	57	43,2	55	36,9
0	57	43,2	58	38,9
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

N B : non précisés pendant la DAG = non précisés pendant la PAG = 6

**APGAR  $\geq$  7/10 = bon**

**APGAR < 7/10 = mauvais**

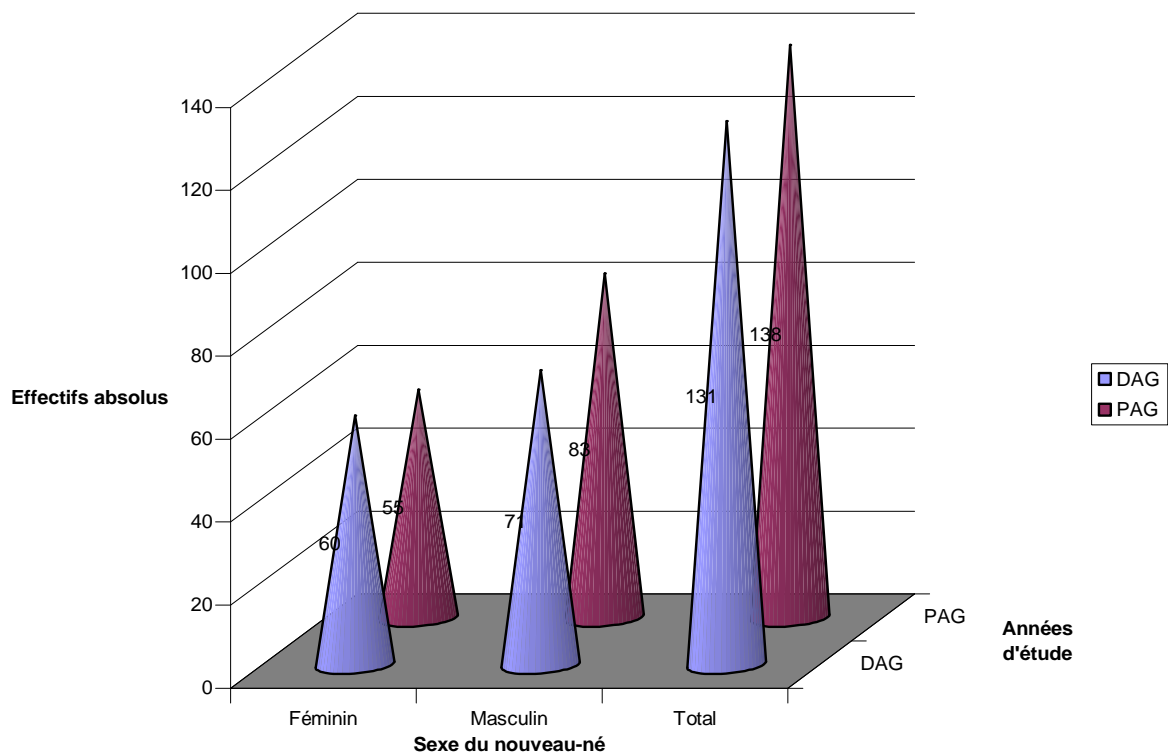
43,2 % de bon Apgar pendant la DAG contre 36,9 % pendant la PAG.

Problématique de la Référence / Evacuation au Centre de Santé de Yanfolila  
du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 30 juin 2006 par Fode SIDIBE

**Tableau 32 : Répartition des mort-nés en fonction de l'âge des parturientes**

<b>Age des parturientes</b>	<b>DAG</b>		<b>PAG</b>	
	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Fréquence (%)</b>
< 20 ans	9	15,8	9	15,5
20 à 35 ans	35	61,4	39	67,2
> 35 ans	13	22,8	10	17,2
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

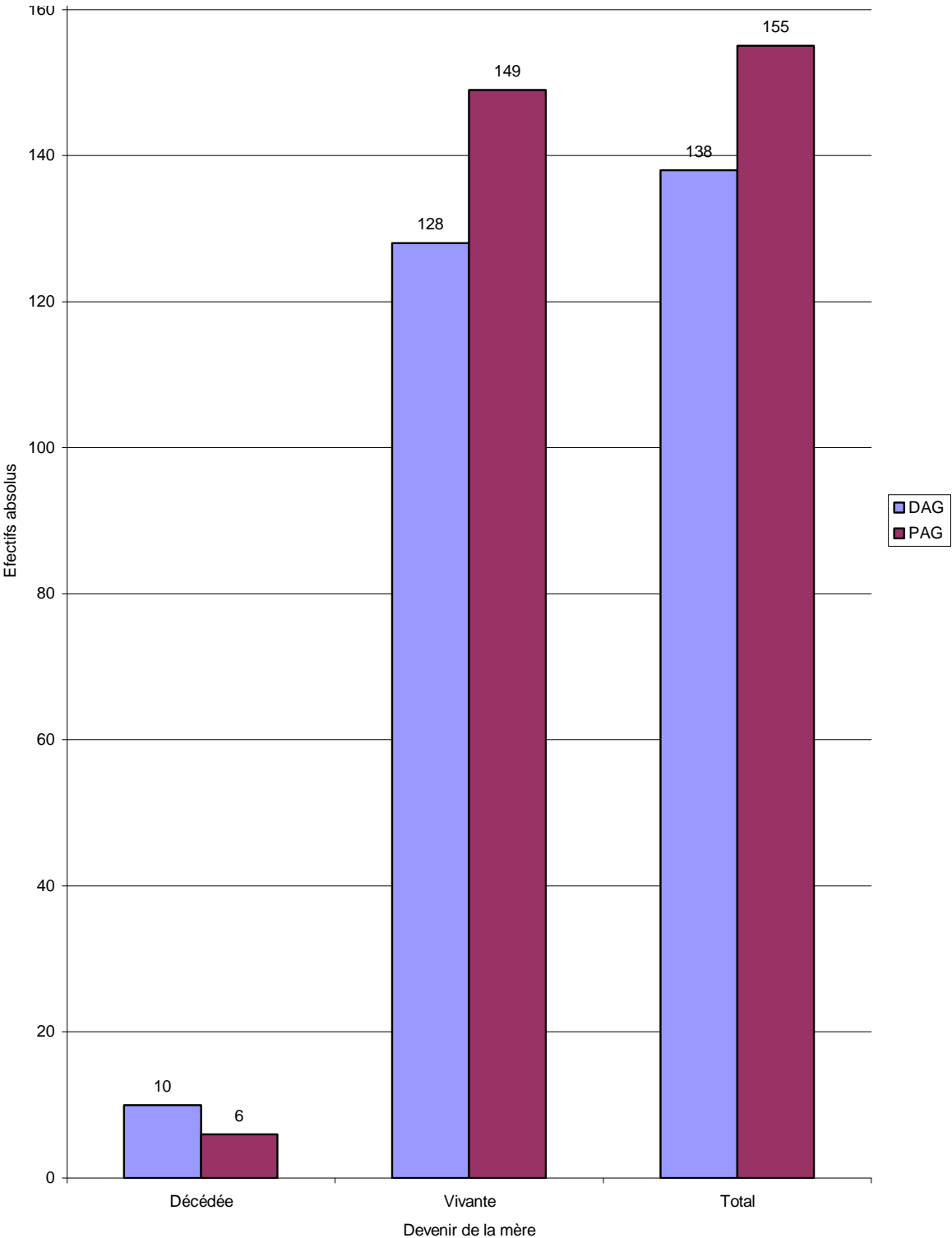
**Graphique 6 : Répartition des femmes selon le sexe des nouveau-nés**



N B : non précisés pendant la DAG = 7 et non précisés pendant la PAG =17

Plus de garçon que de fille au cours de notre étude. 54,2 % de garçon pendant la DAG et 60,1 % pendant la PAG contre 45,8 % de fille pendant la DAG et 39,9 % pendant la PAG.

**Graphique 7 : Répartition des femmes en fonction du taux de décès maternel**



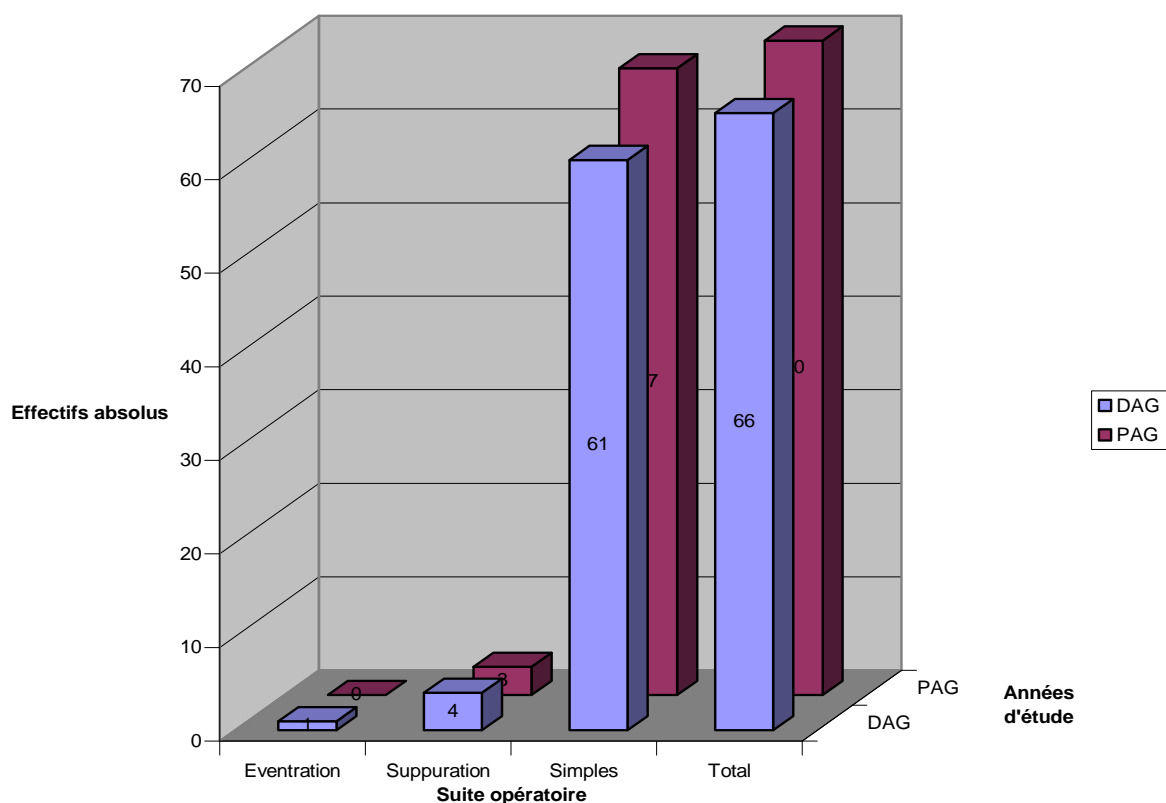
On a passé de 7812 décès pour 100 000 naissances pendant la DAG à 3871 décès pour 100 000 naissances pendant la PAG.

**Tableau 33 : Répartition des patientes référées selon les causes de décès maternel**

Causes	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Anémie	1	10,0	1	16,7
Coma / grossesse	0	0,0	1	16,7
H T A -Eclampsie	2	20,0	1	16,7
Hémorragie	3	30,0	1	16,7
Hépatite fulminante	1	10,0	0	0,0
Paludisme compliqué	1	10,0	1	16,7
Rupture utérine	1	10,0	0	0,0
Septicémie	1	10,0	1	16,7
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

3 cas de décès par d'hémorragies pendant la DAG contre 1 cas pendant la PAG

**Graphique 8 : Répartition des femmes selon l'évolution des suites opératoires**



Les complications étaient plus fréquentes pendant la DAG que pendant la PAG (respectivement 7,58 % et 4,29%).

**Tableau 34 : Répartition des patientes référées selon la concordance des diagnostics**

	DAG		PAG	
	Effectifs absolus	Fréquence (%)	Effectifs absolus	Fréquence (%)
Oui	77	37,02	98	39,36
Non	131	62,98	151	60,64
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>249</b>	<b>100</b>

Les diagnostics concordent dans seulement 37,02% pendant la DAG et un peu plus pendant la PAG 39,36% soit une augmentation de 2,34%.

En fait il s'agissait d'une différence de terminologie.

**Exemple** : œdème des membres inférieurs et anémie

**Tableau 35 : récapitulatif de la distance entre les structures de santé et le district sanitaire et du Coût d'une référence**

<b>structures</b>	<b>Distances</b>	<b>Quantité carburant</b>	<b>Coût</b>
Balanfina	33 km	16 l	8.000 F
Central	01 km	05 l	2.500 F
Doussoudianan	45 km	20 l	10.000 F
Filamana	100 km	40 l	20.000 F
Fougatie	30 km	18 l	9.000 F
Gualala	25 km		
Guelelinkoro	45 km	20 l	10.000 F
Kalana	51 km	20 l	10.000 F
Koloni	55 km	30 l	15.000 F
Lontola	20 km	10 l	5.000 F
Madina diassa	75 km	30 l	15.000 F
Niéssoumala	70 km	30 l	15.000 F
Siekorole	35 km	14 l	7.000 F
Yorobougoula	35 km	14 l	7.000 F
<b>Moyenne</b>	<b>44,29 km</b>	<b>20,54 l</b>	<b>10270 F</b>

Le coût moyen d'une évacuation est 10.270 Fcfa pour 20,54 litre de gas-oils avec une distance moyenne de 88,58 Km. Le litre de gas-oils fut estimé à cinq cent francs (500 Fcfa).

Notre étude concernait 457 patientes référées et reçues au CSRéf de Yanfolila une (1) année avant la gratuité de la césarienne et pendant la 1<sup>ère</sup> année de la gratuité de la césarienne.

- **Du 1er juillet 2004 au 30 juin 2005** : dernière année avant la gratuité (DAG). 208 cas de références gynéco obstétricales ont eu lieu dont 60,3 % de référence externe.
- **Du 1er juillet 2005 au 30 juin 2006** : première année de la césarienne gratuite (PAG), ce fut la 2<sup>ème</sup> année de notre étude. 249 cas de références gynéco obstétricales ont eu lieu dont 74,7 % de références externes (Graphique 1). Il y a une progression du taux de référence externe de 14,4%.

### **1. Le profil socio démographique :**

- ✓ La majorité des femmes avaient un âge compris entre [19 – 35 ans]. 66,8 %

pendant la DAG contre 74,7 % pendant la PAG. Cette tranche d'âge [19 – 35 ans] est la période d'activité génitale.

Le taux de la DAG est similaire à celui de I Sankare en CV de Bamako de 1997 à 1998 soit 66,8% {7}.

- ✓ La profession ménagère fut dominante au cours de notre étude (tableau2).

91,8 % pendant la DAG contre 91,6 % pendant la PAG. Le résultat montre qu'il s'agit d'une zone rurale où le taux de scolarisation est bas et particulièrement celui des filles.

- ✓ L'ethnie peulh fut majoritaire. 71,2 % pendant la DAG contre 71,9 % pendant la

PAG. Ceci trouve son explication dans les réalités historiques et géo ethniques du pays qui est le royaume peulh du Ouassoulou. La présence des Dogons date de 1986 suite à la sécheresse qui a amené les autorités à les délocaliser.

- ✓ Le pourcentage de célibataire a évolué de 6,7 % pendant la DAG à 8,4 %

pendant la PAG. Ces taux sont inférieurs à celui de I Sankare de la CV de Bamako de 1997 à 1998 soit 11% {7}.



## **2. Selon la provenance :**

Le CSCOM de Yorobougoula a référé le plus grand nombre de patientes (14,4% pendant la DAG et 24,5% pendant la PAG) ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le CSCOM de Yorobougoula prend en charge les populations de deux autres aires de santé non fonctionnelles à savoir : **Flabougoula et kôkoun**. L'inauguration du CSCOM de ce dernier vient d'être effectuée.

Par contre Guelelinkoro n'a référé aucune femme pendant la DAG. Cela serait dû à une crise de confiance entre la matrone et la population cible.

Quant à Siékorolé il est séparé de son CSRef (Sélingué) par le fleuve SANKARANI dont la traversée se fait par bac. Cet obstacle naturel détourne les références de Siékorolé de son CSRef vers le CSRef de Yanfolila. Le rattachement de Siékorolé au district sanitaire de Yanfolila est envisagé.

Ces obstacles liés à la référence (conflit entre population et personnel soignant, difficultés d'accessibilité géographique) ont aussi été décrits par la DNS / OMS {16}.

## **3. Qualification de l'agent :**

Les structures qui réfèrent disposent de personnels répondant aux normes minimales fixées : un infirmier Chef de poste médical, une Matrone, un gérant de dépôt. Mais le centre confessionnel de Gualala est dirigé par un Médecin. Quant au CSCOM de Kalana il dispose d'une Sage-femme depuis quelques mois. Le CSCOM de Kalana disposant de sage-femme depuis quelques mois, le taux de référence/évacuation a légèrement chuté de 89,68 pendant la DAG % à 88,17 % pendant la PAG. Ceci peut être le témoin d'une plus grande capacité de prise en charge par la sage-femme.

Quant à l'accueil le CSRef ne dispose que d'une Sage-femme depuis 2005 et quatre infirmières obstétriciennes. La seconde sage-femme qui était au compte de « save the children » fut recrutée au CSCOM de Kalana au terme du programme « save the children ». « Save the children » intervenait dans le district sanitaire de Yanfolila dans le cadre de son projet « Maternité sans risque ». Ceci explique la diminution du taux de réception faite par Sage-femme (57,4 % pendant la DAG contre 24,6 % pendant la PAG). Et depuis fin 2006 la seule sage-femme de Yanfolila est au Bénin pour motif de formation d'une année.

L'équipe socio sanitaire actuelle du CSRéf de Yanfolila n'est pas conforme à celle définie dans le cadre conceptuel {3} pour la réussite du système de référence / évacuation (comme décrit dans la page 12 du document).

Pendant la période d'étude le cercle a connu une instabilité de personnels ; l'évaluation externe du système de référence / évacuation au Mali {16} met l'accent sur cette instabilité du personnel.

#### **4. Motifs de Référence :**

Plusieurs termes étaient employés pour référer. C'est le reflet du niveau des agents des structures périphériques. D'une façon générale, les motifs étaient en rapport avec les urgences obstétricales. Le manque de personnel qualifié, le plateau technique limité des CSCOM en sont

les principales, explications. Les motifs suivants étaient les plus fréquents à des proportions différentes selon les années d'étude :

- L'hémorragie fut le 1<sup>er</sup> motif avec 16,7% pendant la DAG et 10,4% pendant la PAG
- CUD : 2<sup>ème</sup> motif pendant la DAG avec 7,3 % et 5<sup>ème</sup> motif pendant la PAG avec 6,12 %
- Ancienne césarienne : 4<sup>ème</sup> motif pendant la DAG avec 5,9 % et 3<sup>ème</sup> motif pendant la PAG avec 7,8 %
- Travail prolongé : 6<sup>ème</sup> motif avec 5,4 % pendant la DAG et 4<sup>ème</sup> motif avec 6,5 % pendant la PAG
- Dystocie 6,2% pendant la DAG contre 2,4% pendant la PAG
- Dilatation stationnaire 4,3% pendant la DAG et 8,0% pendant la PAG.

#### **5. Moyens de Transport :**

42,85% des femmes référées des CSCOM sont venues par Ambulance pendant la DAG contre 38,17% pendant la PAG (graphique 3). Cette régression pourrait s'expliquer par la panne du RAC du CSRéf de Janvier à Juin 2006. Certains CSCOM passaient par Bougouni ou toute autre zone disponible qui a le téléphone. Le message n'était pas toujours reçu au CSRéf. Ils finissaient par envoyer la patiente à Moto ou envoyer un parent avec une fiche de référence /évacuation pour venir chercher l'ambulance.

Signalons que les deux Aires de Santé qui disposent de téléphone (Lontola et Kalana) pouvaient être une meilleure alternative si leur RAC n'était pas aussi en panne.

Ceci montre la pertinence de la communication dans le système de référence / évacuation ; d'où la nécessité de respecter le rythme d'entretien des RAC qui sont le plus souvent endommagées par la foudre.

Le même constat fut fait par le service socio sanitaire de Yanfolila {17} et la DNS {16}.

L'ambulance a toujours été disponible. Il se déplace sans condition financière préalable. Le carburant pour l'ambulance est remboursé secondairement par la famille de la femme.

#### **6. Durée de la référence / évacuation :**

La majorité des femmes ont mis 01H01 à 2H00 min pour arriver au CSRéf (38,8 % pendant la DAG et 42,2 % pendant la PAG) voir tableau 8. Le délai moyen de transfert de la femme du

départ de l'ambulance à son retour au CSRéf fut 2H24 et 2H29min respectivement pendant la DAG et pendant la PAG pour une distance moyenne de 88 Km. Les extrêmes allaient de 8min à 7H52min pendant la DAG contre 12min à 8H45min pendant la PAG. La vitesse moyenne fut donc 36Km/heure. Cette légère augmentation du délai de transfert des référées pourrait

s'expliquer par la dégradation continue de l'état des routes. 36Km/ heure de vitesse pour une évacuation confirme que les routes sont vraiment impraticables.

#### **7. Document de référence :**

Si l'obligation faite de remplir un Partogramme pour toutes les parturientes est loin d'être respectée, il y a eu des progrès quant aux fiches de référence (tableau 10). 47,6 % de fiche de référence comme document d'accompagnement pendant la DAG contre 62,4 % pendant la PAG. La présence de la fiche de référence dans la liste des pièces à fournir pour le remboursement des kits de césarienne pourrait en être l'explication.

Quant au faible taux de Partogramme comme document d'accompagnement (13,5 % et 18,3 %) respectivement pendant la DAG et pendant la PAG pourrait s'expliquer par la non maîtrise de l'outil de surveillance de l'accouchement.

Un échantillon de 260 partogrammes a été étudié sur les 2ans :

Problématique de la Référence / Evacuation au Centre de Santé de Yanfolila  
du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 30 juin 2006 par Fode SIDIBE

31 partogrammes non retrouvés.

115 partogrammes étaient partiellement remplis

145 partogrammes étaient correctement remplis.

Est considéré comme correctement rempli, un partogramme dont les chapitres : facteurs de risque, dilatation du col et les autres paramètres de la surveillance sur la 1<sup>ère</sup> page sont bien remplis.

Un partogramme est dit complètement rempli lorsque tous les paramètres des deux pages sont remplis.

Cela permet de dire :

Le chapitre de surveillance de la mère à la 2<sup>ème</sup> heure n'est pas toujours rempli

A dilatation complète, les paramètres ne sont pas toujours évalués avant l'expulsion.

Sur certains partogrammes issus des CSCOM, la couleur du liquide amniotique n'est pas toujours appréciée lorsque les membranes sont rompues.

Dans certains cas, le motif de référence est mentionné en gros caractères sur tout le partogramme lorsque celui-ci est issu de certains CSCOM.

## **8. L'état clinique :**

- ✓ Les B C F : ils n'ont pas été perçus à l'admission dans 42,5 % pendant la DAG

contre 35,4 % pendant la PAG (tableau 18). L'absence de B C F est due à un retard à la référence. Nous constatons une régression de 7,1 %. La gratuité pourrait être à la base de cette régression.

- ✓ Hémorragie : Le taux de saignement à l'admission a diminué passant de 29,8 %

pendant la DAG à 8,0 % pendant la PAG. Ceci s'explique par la diminution de pathologies hémorragique pendant la PAG (voir tableau 24) ; et l'augmentation du taux de couverture en CPN.

- ✓ La consultation pré natale (CPN) : Si le taux de couverture en CPN a augmenté

pendant la PAG (tableau 17) ; la qualité de la CPN laisse à désirer comme attestent les cas d'éclampsies (tableau 24). L'éclampsie est un indicateur de la qualité des

CPN. Il faut retenir que tous les cas d'éclampsies (8 cas pendant la DAG et 8 cas pendant la PAG) sont issus des CSCOM.

- ✓ **?Dilatation** : À l'admission 68,9 % des femmes étaient en phase active pendant la

DAG contre 64,1 % pendant la PAG.

- ✓ Présentation : La nature de la présentation est un élément capital du pronostic

d'accouchement. La présentation du sommet est la variété la plus eutocique. Elle était la plus fréquente au cours de notre étude. 82,2 % pendant la DAG contre 86,6 % pendant la PAG. Poche des eaux : Au cours de notre étude 75,0 % de parturientes admises au C S Réf avaient la poche des eaux rompue pendant la DAG contre 71,4 % pendant la PAG (tableau 22).

- ✓ Aspect du liquide amniotique : 62,0 % de liquide teinté pendant la DAG contre 56,3 %

pendant la PAG. Un liquide teinté à la rupture des membranes signe soit une souffrance actuelle soit une souffrance ancienne. Mais tout changement d'aspect du liquide amniotique après la rupture des membranes signe une souffrance fœtale aigue.

### **9. Diagnostic retenu au CSRéf :**

Les diagnostics d'admission n'étaient pas très précis. Le manque de personnel qualifié (gynécologue obstétricien) au niveau CSRéf en est la réponse. Les diagnostics les plus fréquents étaient entre autres :

- Travail prolongé
- Travail normal
- Avortement
- Anomalies de présentation

- Rupture utérine
- Disproportion foeto pelvienne

La fréquence de ces diagnostics variait en fonction des années d'études.

La pathologie gynécologique était représentée par les grossesses extra utérines (GEU) à 2,9 % pendant la DAG contre 2,07 % pendant la PAG. La fréquence des

GEU est en rapport avec les infections sexuellement transmissibles (IST). Ce taux peut être amélioré, si les gens sont réceptifs aux IEC relatives à l'utilisation du préservatif.

#### **10. Selon la concordance des diagnostics :**

37,02 % de concordance pendant la DAG et un peu plus pendant la PAG (39,36 %). L'absence de personnels qualifiés dans les CSCOM offrant le paquet minimum d'activités comme le recommande les SSP en est l'explication. La formation continue permettra de réduire cet écart. En fait il s'agissait d'un problème de formulation, de diagnostic au travers d'une terminologie différente. Les références étaient faites à partir d'un ou de plusieurs signes cliniques.

Exemples : - Motif de référence = Dyspnée + tachycardie ; Diagnostic retenu = Anémie

- Motif de référence = Hémorragie ; Diagnostic retenu = Avortement incomplet.

#### **11. Conduite à tenir :**

Pour l'ensemble des patientes, les interventions gynéco obstétricales majeures ont dominé les actes (césarienne, hystérorraphie, salpingectomie, craniotomie/embryotomie) à des proportions différentes, suivi de la mise en place de perfusion d'ocytocine. La perfusion d'ocytocine a augmenté au cours de notre étude 23,4 % pendant la DAG et 26,0 % pendant la PAG. Par contre les accouchements par voie basse sans administration d'ocytocine ont régressé. 7,2 % à la première année ; 6,4 % à la deuxième année d'étude. Il ressort de l'analyse du Partogrammeb que toutes ces femmes ont été reçue en phase expulsive et ont accouchée sans que les accoucheuses aient le temps de poser la perfusion. De la même source ont constate que la perfusion d'ocytocine est de routine même en absence d'indication. Les femmes se sont rendues compte de l'utilisation abusive de l'ocytocine au point de la considérer comme un moyen d'augmenter le coût de l'accouchement. La césarienne fut pratiquée dans 20,7 % pendant la DAG et dans 21,3 % pendant la PAG soit une augmentation de seulement 0,6 % malgré la gratuité de la césarienne.

Les autres cas ont été constitués par l'anémie, l'avortement, les fibromes et prolapsus sur grossesse, la toxoplasmose sur grossesse qui ont motivés les

hospitalisations, les curages/curetages, et les ordonnances médicales (ordonnance abusive pour les cas de toxoplasmose et grossesse).

## **12. Suites opératoires :**

7,58 % des interventions chirurgicales avaient eu des suites compliquées pendant la DAG contre 4,29 % pendant la PAG. Ces complications avaient pour nature : suppuration pariétale et éventration (graphique 8). Cette baisse du taux de complication pourra s'expliquer par la disponibilité permanente de médicaments post opératoires au cours de la deuxième année d'étude (kits de césarienne gratuite qui a permis de réduire le délai de prise en charge, source d'infection).

En CV de Bamako le taux de complication post opératoire était de 5,7 % {7}.

## **13. Transfusion :**

Le taux de transfusion a fortement baissé au cours de notre étude passant de 12 % pendant la DAG à 3,2 % pendant la PAG. Il ne peut être que la conséquence de la grande période de rupture de stock en réactifs pour test sérologique HIV (6 mois / 12 soit le double de l'année précédente). Cette explication est valable pour les 10 % de patientes groupées contre 17,8 % groupées pendant la PAG. Car pendant la période de rupture, les prestataires ne se donnaient même pas la peine de grouper ou de faire le taux d'Hb de la patiente qui ne changera rien dans la conduite à tenir.

43 poches de sang ont été utilisées pendant la DAG contre 12 pendant la PAG. Sur 152 poches prélevées pendant la période d'étude 55 poches ont été utilisées pour les références gynéco obstétricales, soit un peu plus du 1/3.

## **14. Le délai entre la référence et la prise en charge :**

Pendant la DAG 21,1 % des parturientes ont mis 1H01 à 2H00min au CSRéf avant d'accoucher. Par contre pendant la PAG 24,5 % ont mis 2H01 à 3H00min au CSRéf avant d'accoucher soit une heure de plus (tableau 30). La durée moyenne a évolué de 3H16min à 4H18min.

## **15. Mortinatalité :**

Sur 138 accouchements enregistrés pendant la DAG il y a eu 50 mort nés frais soit 36,23 % et 13,0 % avaient un Apgar inférieur à 7/10 ( tableau 32 ). Ce taux de

mortinatalité était légèrement supérieur à ceux enregistrés pendant la PAG estimé à 34,2 % .

Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003 le taux de mortinatalité était de 39,08 % {17}

Ces valeurs peu honorables peuvent s'expliquer par :

- le manque de personnels qualifiés et compétents en périnatalité ;
- l'absence d'unité de néonatalogie ;
- l'absence de source d'oxygène dans la salle d'accouchement pour les nouveaux nés ;
- l'absence de kits gratuits de nouveau-nés malades ;
- le retard à la référence/évacuation.

### **16. Mortalité maternelle :**

Le taux de décès maternel a diminué de 7812 pour 100 000 naissances pendant la DAG à 3871 pour 100 000 naissances pendant la PAG (Graphique 7). Ce résultat fort encourageant pourra s'expliquer d'une part par la gratuité de la césarienne et d'autre part par l'augmentation du taux de CPN (tableau 17). Ces chiffres restent plus élevés que ceux de l'EDS III estimés à 582 pour 100 000 naissances.

Ce taux pouvait être amélioré si :

- la disponibilité permanente de produits pour transfusion était assurée ;
- il y avait une forte couverture en CPN;
- les conditions d'hygiènes s'amélioreraient.

Sur les 13 cas de rupture utérine enregistrés pendant la DAG il n'y a eu qu'un décès ; et sur les 11 cas de la PAG il n'y a pas eu de décès. L'hémorragie fut la cause la plus fréquente de décès avec 3 cas pendant la DAG et 1 cas pendant la PAG.

Notons qu'aucun décès maternel suite à une césarienne n'a été enregistré au cours de notre étude.

### **Cas témoin :**

Parturiente de 27 ans G3P2V2 avec antécédent de césarienne à la deuxième grossesse. Le 1<sup>er</sup> enfant déficient mental. A l'admission :

Bon état général, TA = 10/6, nombre de CPN = 3, H U =35 cm, pas de C U, pas de BDCF, hémorragie minime, dilation complète, pôles foetaux non perçus.



Le diagnostic d'une rupture utérine sur utérus cicatriciel fut posé. Pourtant il lui avait été conseillé lors des CPN d'habiter une ville où il existe un centre chirurgical au dernier mois de la grossesse pour l'épreuve utérine. Elle ne l'a pas fait. Elle fut interrogée pour savoir la raison. Sa réponse fut la suivante :

C'est mon mari. Il a refusé sous prétexte que la femme de Tièfing césarisée à la grossesse précédente a accouché par voie basse l'autre jour de retour au champ. Il ajoute : Tu te leures si tu penses qu'une femme césarisée n'accouche plus par voie basse.

C'est pour dire qu'au delà de l'aspect financier, le manque d'IEC pour la santé constitue aussi un autre problème à prendre en compte pour la réussite des actions.

### **Obstacles liés à la référence :**

- Conflit entre population et personnel soignant ;
- Insuffisance de personnels qualifiés et mauvaise répartition du personnel ;
- Instabilité du personnel ;
- Difficulté d'accessibilité géographique ;
- Absence de maintenance des RAC ;
- Impraticabilité de certaines routes ;
- Manque de consommables de laboratoire aux besoins de la référence ;
- Insuffisance d'infrastructure et d'équipement pour les nouveau-nés ;
- Manque d'éducation sur la santé ;
- L'extrême pauvreté de la population.

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 30 juin 2006 au CSRéf de Yanfolila. Elle a porté sur 457 cas de références/évacuations. L'analyse des résultats a permis d'établir les forces et faiblesse du système de référence / évacuation et l'impact de la césarienne gratuite sur la santé de la population au CSRéf de Yanfolila.

Il existe deux blocs opératoires équipés, mais il en est autrement pour la maternité qui n'a que 10 lits et la salle d'accouchement qui manque de table chauffante, d'aspirateur, de sonde d'aspiration et de source d'oxygène pour le nouveau né.

L'ambulance a toujours été en bon état, les kits de césarienne permanemment disponible, ce fut le contraire quant aux RAC (6 mois de panne pour le RAC du CSRéf) et réactifs pour transfusion (9 mois de rupture sur 24 mois). Les ruptures de réactifs et de sang posent un problème de prise en charge en cas d'hémorragie. Certains comportements peuvent nuire aussi tels que l'utilisation abusive de l'ocytocine.

A tout ceux-ci s'ajoute l'insuffisance et l'instabilité du personnel surtout de sage-femme ;

l'absence d'unité de néonatalogie. Sans faire d'évaluation exhaustive on pourra dire que « les conditions de réussite du système de référence / évacuation » comme définies dans le cadre conceptuel version finale bis ne sont pas pérennes au CSRef de Yanfolila.

Le nombre de référence / évacuation a augmenté (208 cas pendant la DAG contre 249 cas pendant la PAG), le nombre de référence interne a diminué (82 cas pendant la DAG contre 63 cas pendant la PAG) de même le taux de mortalité maternelle (7812 décès pour 100 000 naissances pendant la DAG contre 3871 décès pour 100 000 naissances pendant la PAG). Le taux de césarienne et de mortinatalité sont resté presque stables (respectivement 21 % et 36 %).

La gratuité de la césarienne est une bonne et courageuse initiative, prise par les autorités du pays. Elle suscite beaucoup d'espoirs quand à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Cet objectif principal ne serait atteint que si seulement si la gratuité est couplée à un système de référence / évacuation bien réussi.

Au terme de cette étude les problèmes rencontrés suscitent des recommandations à l'endroit :

### **1 Des gestantes et parturientes :**

Utiliser à bonne échéance les services de santé de la reproduction

### **2 Du personnel de Santé des Structures périphériques (CSCOM)**

- référer à temps et selon les normes ;
- remplir correctement le partogramme ;
- prendre la TA lors des CPN.

### **3 Des responsables des ASACO**

- sensibiliser la population pour une utilisation optimale des services sur place au niveau des aires pour que cesse les Consultations de 1<sup>er</sup> niveau au CSRef ;
- gérer correctement les ressources de l'ASACO ;
- sensibiliser les populations pour les dons de sang ;
- payer ses quottes parts dans le financement du système de référence / évacuation.
- tenir régulièrement les réunions de comite de gestion

### **4 Du Médecin Chef du CSRef**

- assurer la formation continue des agents et des CSCOM et du CSRef en périnatalité en vue de renforcer la compétence des prestataires.
- assurer l'approvisionnement correct du CSRef en support de gestion; réactifs et poche de sang

### **6 Du ministère de la Santé :**

- renforcer les capacités fonctionnelles du CSRef de Yanfolila conformément aux normes définies par le cadre conceptuel version finale bis Juillet 2005 ;
- renforcer les compétences des prestataires de soins pour une prise en charge efficace des références/évacuations obstétricales au niveau du CSRef de Yanfolila ;
- veiller à la stabilité du personnel ;
- mettre à la disposition des agents de Santé des moyens matériels ;;
- ouvrir une unité de néonatalogie et même de pédiatrie au CSRef de Yanfolila et par extension dans tous les CSRef du Mali ;

- recruter des gynécologues obstétriciens au niveau des structures de références des cercles.
- doter les centres en RAC et en assurer la maintenance;
- recruter des sages femmes au niveau du CSRef de Yanfolil

**[1] Direction Nationale de la Santé :**

Cadre conceptuel premier

**[2] Direction Nationale de la Santé :**

Atelier de réorientation sur le système de référence / évacuation au mali

**[3] Direction Nationale de la Santé :**

Cadre conceptuel version finale bis

**[4] Organisation Mondiale de la Santé :**

OMS 2004 l'année en brève

**[5] Organisation Mondiale de la Santé :**

Maternité sans risque n°29 -2002 (1)

**[6] Organisation Mondiale de la Santé :**

Bureau régional pour l'Afrique Brazzaville septembre 2004

**[7] I Sankare :**

Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako thèse med 2000 N° 39

**[8] atelier des communicateurs spécialisés en santé des pays d'Afrique de l'ouest Bko –Mali 15 – 19 mars 1999**

**[9] DRS ,2003**

Les SOU au Mali

**[10] banque mondiale :**

Région Afrique département du développement humain série document de travail N°87

**[11] déclaration d'Almata 1978**

**[12] ministère de la santé 2004**

**[13] UNICEF :**

Rapport du forum sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest et du centre 7, 8 mai 2001

**[14] UNICEF /OMS / FNUAP :**

Ligne directrice pour surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux 1997

**[15] Direction Nationale de la Santé :**

Approche des besoins obstétricaux non couvert au mali décembre 2000

**[16] Direction Nationale de la Santé / O M S :**

Evaluation externe du système de référence / évacuation

[Problématique de la Référence / Evacuation au Centre de Santé de Yanfolila du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 30 juin 2006 par Fode SIDIBE](#)

**[17] service socio sanitaire de Yanfolila :**

Evaluation du système de référence / évacuation du service socio sanitaire de Yanfolila du 01 janvier au 31 décembre 2003

**[18] centre de conseil communale de Yanfolila : CCC**

Monographie sommaire du cercle

**[19] centre de conseil communale de Yanfolila : CCC**

Population actualisée des C T du cercle de Yanfolila janvier 2007 – DRPSIAP/Sikasso.

**[20] CPL-Santé MLH/LG Mars 2004**

Table ronde des bailleurs de fonds sur le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

Expérience et résultat du PRODESS

**[21] Direction Nationale de la Santé :**

Programme de Développement sanitaire et Social (PRODESS II)

**[22] Lansac J, Berger c, Magnin G**

Obstétrique pour le praticien, 3ème édition

**[23] Merger R, Levy J, Melchior J,**

Précis d'obstétrique, 6ème édition, Paris, Milan, Barcelon 1995

**[24] Emile Papiernik, Dominique, Cabrol, Jean-claude Pons**

Obstétrique, Médecine sciences, Flammarion

**[25] Magnin, Pierre**

Accouchement normal et pathologique, Précis d'obstétrique tome II

**[26] J – R. Giraud, A. Brémond, D. Rotten**

Abregers gynécologie , 3ème edition Masson

**[27] Direction Nationale de la Santé :**

S I S 2005

**Fiche d'enquête :**

**Date :**

**Numéro :**

**I. Données socio-démographiques :**

**Age :** ans.

**Profession :** 1. Ménagère 2. Vendeuse 3. Autres.

**Ethnie :** 1. Peulh 2. Malinké 3. Zomono 4. Bambara 5. Autres

**Statut matrimonial :** 1. Marié 2. Divorcé 3. Veuve 4. Célibataire.

**II. Données par rapport à la référence/ évacuation :**

**Provenance :**

**Qualification de l'agent qui évacue :** 1. Matrone 2. Infirmier(e) 3. Sage femme  
4. Autres

**Qualification de l'agent qui reçoit :** 1. Médecin 2. Sage femme 3. Infirmier(e)  
4. Autres.

**Motif de référence/ évacuation :**

**Moyen de transport :** 1. Ambulance 2. Moto 3. Vélo 4. Transport en commun  
5. Autres

**Date et Heure de départ :**

**Date et Heure d'arrivée :**

**Traitement reçu au CSCOM**

**Voie veineuse :** 1. Oui 2. Non .

**Itinéraire :**

**III. Antécédents :**

**Obstétricaux :** 1. Gestité : 2. Parité : 3. Vivants : 4. décédés :  
5. avortements :

a. Spontané b. Provoqué c. curetage.

**Accouchement antérieur par Forceps :** 1. Oui 2. Non 3. Nombre :

**Accouchement antérieur par césarienne :** 1. Oui 2. Non Si Oui, Nombre :

**Médicaux :** 1. HTA 2. Diabète 3. Drépanocytose 4. Asthme 5. Autres

**Chirurgicaux :** 1. Césarienne 2. GEU 3. Myomectomie 4. Plastie 5. Autres

**IV. Examen à l'entrée :**

**A- Examen général :**

**Etat général :** 1. Poids : Kg 2. Taille : mètre.

**Œdème :** 1. Oui 2. Non Tension artérielle : mmHg

**B- E. obstétrical :**

**DDR :** 1. Connue 2. Inconnue

**CPN :** a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. > 3

**Lieu :**

**Auteur :** a. Matrone b. Infirmière c. Sage femme d. Autres

**HU :** cm

**BCF :** mm

**Hémorragie :** 1. Oui 2. Non



**Dilatation** : 1. phase de latence 2. phase active 3. phase expulsive

**Présentation** :

a- Type : 1. céphalique 2. siège 3. transversale 4. irrégulière

b- engagée : 1 oui 2 non

**Poche des eaux** : 1.intact 2.pompue Date : /Heure

**Aspect du liquide amniotique** : 1.claire 2.Teinte 3.Méconial

**V. Diagnostic à l'admission :**

**VI. Conduite à tenir :**

**Groupage rhésus en urgence** : 1.Oui 2.Non **GS** :

**Taux d'hémoglobine** : 1.Oui 2.Non **Tx d'HB** :

**Type d'accouchement** : 1 Normal 2 Césarienne

**Manœuvres obstétricales** :

**VI. VII Résultat**

**A- Enfant :**

Vivant : 1 oui 2 non Mort né : 1 frais 2 macéré

Poids : g Sexe : 1 masculin 2 féminin

APGAR : 1 : à 5mn 2 : à 10mn

**B- Mère** : 1 : vivante 2 : décédée

Si décès causes : 1. hémorragie 2. infections 3. rupture utérine 4. Autre

**VIII- A la sortie :**

**Mère** : 1 : vivante 2 : décédée

**Durée d'hospitalisation** : J

**Suite opératoire** : 1 : simple 2 : complications 3 : décès

Nature de la complication : 1. Suppuration 2. éventration 3. Eviscération

4. endométrite 5. Autre

Causes si décès : 1. hémorragie 2. infections 3. Autre

**Enfant** : 1 : vivant 2 : pathologie 3 : décédé

Causes si décès : 1. détresse respiratoire 2. infection 3. Autre

**IX Coût :**

Transport : FCFA

Soins d'urgence : FCFA

Soins au cours de l'hospitalisation : FCFA

**Fiche signalétique :**

**Titre :** problématique de la référence / évacuation au centre de santé de Yanfolila du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 30 juin 2006

**Auteur :** Fodé Sidibé

**E-mail :** malifode@yahoo.fr

**Année de soutenance :** 2008

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie obstétrique, Santé Publique

**Résumé :** l'objectif de notre étude est d'évaluer le système de référence / évacuation relatif aux pathologies gynéco obstétricales au niveau du district sanitaire de Yanfolila avant et pendant la gratuité de la césarienne. Notre étude s'est étalée sur 24 mois (la dernière année avant la gratuité et la première année de la gratuité). Il s'agit d'une étude rétrospective, prospective et comparative ; portant sur une série de 457 cas remplissant tous nos critères d'inclusions. Le résultat a permis de noter :

- des obstacles liés à la référence / évacuation,
- une insuffisance des conditions de réussite de la référence / évacuation,
- une augmentation de la fréquence de références / évacuées passant de 208 à 249,
- une régression des complications post opératoire de 7,58 % à 4,29 %,
- une baisse du taux de décès maternel allant de 7812 pour 1000 000 naissances pendant la DAG à 3871 pour 100 000 naissances pendant la PAG,
- une mortalité élevée (42 %),
- un profil socio démographique de zones rurales (91,7 % de ménagère, 92,45 % de mariées, 70 % entre [19 – 35 ans],
- des paramètres de références relativement passables.

**Mots clés :** Référence / évacuation, césarienne gratuite, Yanfolila

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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