



FACULTE
DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2005/2006

N°...../2006

Thèse

LA REFERENCE/EVACUATION
DANS LE CONTEXTE
DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008

Par: Mr Idrissa TANGARA

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

JURY:

Président:	Pr. Sanoussi	KONATE
Membre:	Dr Mamadou Namory	TRAORE
Co-Directeur:	Dr Hamadoun	SANGHO
Directeur:	Dr Adama	DIAWARA

Dédicace

Je dédie ce travail :

A Dieu le tout Puissant l'Omniscient et l'Omnipotent, qu'il nous assiste et nous guide dans toutes nos démarches scientifiques.

A mon père feu Tinzan TANGARA pour qui les études ont toujours été une priorité, je retiens de toi toute l'énergie que tu ne cessais de déployer pour la réussite de tes enfants.

Reposes-toi en paix.

A ma mère Fanta DIARRA : je ne saurais exprimer ici tout ce que je ressens pour toi merci d'avoir partagé avec moi le souci permanent et l'intérêt pour le bon acheminement de ce travail. Puisse sa fin être un soulagement pour toi.

A mes tantes Mariam et Djeneba TANGARA : Vous m'avez toujours couvert de bénédictions que Dieu exhausse toutes vos prières et nous réserve une longue vie.

A tous mes frères et sœurs : Boubacar GANDEGA, Amidou TANGARA, AOUA TANGARA, Cheick Tidiane TANGARA, Diariatou TANGARA, Yacouba TANGARA, Oumar TANGARA, Assetou TANGARA, Ousmane TANGARA.

C'est l'occasion pour moi de vous témoigner toute ma reconnaissance pour votre soutien sans faille tout le long de mes études, et particulièrement à toi grande sœur DIATOU ta générosité, la pureté de ton cœur et l'amour des tiens ont fait de toi plus qu'une sœur pour moi : je dirais une seconde mère.

Que Dieu te bénisse.

Remerciements

A tous mes maîtres de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako. Pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation.

A mon beau frère Mamadou KONE : pour toute l'assistance, la considération et la générosité que tu as témoigné pour ce travail.

Aux personnels du centre de santé de référence de San :

- Dr COULIALY Issouf : Ton dévouement pour le travail bien fait et surtout ton ambition de progresser dans le domaine de la science médicale ont fait de toi un homme remarquable, merci de m'avoir donné l'essentiel dans l'exercice de la médecine : la responsabilité et la confiance en soi.
- Dr TAPO Ousmane : Ton intelligence, ton savoir faire et surtout ta largesse d'esprit ont fait de toi un homme adroit. Merci grand frère pour vos conseils judicieux.
- Dr TRAORE Ibrahim : Chirurgien du centre de santé de référence de San, la finesse, l'habileté et l'aisance avec lesquelles tu travailles ont fait de toi un homme admirable.
- A toutes les sages femmes, infirmières et matrones de la maternité du centre de santé de référence de San en vous, j'ai trouvé des tantes et des sœurs, mais surtout des amies. Ces moments passés en votre compagnie font partie de mes meilleurs souvenirs
- A mes camarades du CSREF de San :
Sekou TRAORE, Sory CISSE, brehima DAOU, Mariam COULIBALY, Aminata TRAORE

-A mes camarades et amis de la faculté de médecine :

Dr TRAORE Madou, Bakary BAGAYOKO, Dr KONATE Noel, Dr COULIBALY Adaman, Dr CAMARA Boubacar, Dr TRAORE Bakary , Dr Moussa somita KEITA, Dramane TRAORE , Dr Ibrahim PAMANTA, Gaoussou Mariko, Dr Bayiri KONATE.

-A mes amis et compagnons d'enfance pour les multiples encouragements et le soutien permanent a l'égard de ce travail:

Amadou KOUYATE dit Lalas, Nfallé COULIBALY dit Naf, Mohamed S TRAORE, Boubacar DIAKITE dit Boubin, Ahmed DIARRA dit Hello, Alfousseini Sidi, Alassane Sidibé.

Enfin a tout ceux qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES PARTICULIERS AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre maître, président du jury

Professeur Sanoussi KONATE

- ❖ Professeur en santé publique à la faculté d Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie.
- ❖ Chef d DER en santé publique à la FMPOS.

Honorable maître vous nous faites un grand honneur, en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous avons apprécié la chaleur de votre accueil, votre disponibilité, et surtout la qualité de votre esprit scientifique.

Soyez assuré honorable maître de notre profonde gratitude.

A notre Maître et CO-directeur de thèse :

Docteur Hamadoun SANGHO

❖ Maître assistant en santé publique à la Faculté de Médecin, de Pharmacie et d'odontostomatologie.

❖ Directeur du centre de recherche, d'étude de documentation à la survie de l'enfant (C.R.E.D.O.S)

Votre courtoisie, votre sérénité, votre esprit communicatif et votre culture scientifique font de vous un maître apprécié de tous.

Cher maître qu'il nous soit permis ici de vous témoigner notre estime et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et juge :

Docteur Mamadou Namory Traoré

❖ Spécialiste en santé Publique

**❖ Directeur Général Adjoint de la Direction Nationale
de la santé**

En acceptant de venir juger ce modeste travail, malgré vos multiples occupations

Vous nous faites un grand honneur.

Votre courtoisie, le sens développé des relations humaines font de vous une personne distinguée.

Cher Maître permettez moi de vous présenter ma profonde gratitude.

A notre Maître, et Directeur de thèse :

Docteur Adama DIAWARA

- ❖ Maître assistant en santé Publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'odontostomatologie.
- ❖ Chef de Division Control de la Qualité et Economie du Médicament à la Direction de la Pharmacie et du Médicament (D.P.M)

La rigueur scientifique, l'assiduité, le savoir faire et la modestie font de vous un grand homme dont les qualités sortent du commun. Sachez que je vous suis très reconnaissant, ce travail sans vous aurait souffert d'un savoir faire qui vous est propre.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de nous faire bénéficier d'avantage de vos immenses connaissances scientifiques.

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	= Aide soignant
ASACO	= Association de Santé Communautaire
AT	= Accoucheuse Traditionnelle
BG	= Bassin généralement rétréci
CC	= Consultation Curative
CPM	= Chef de Poste Médical
CPN	= Consultation Prénatale
CPON	= Consultation Postnatale
CSA	= Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	= Centre de Santé de Cercle
CSCOM	= Centre de santé Communautaire
CSREF	= Centre de santé de Référence
DFP	= Disproportion fœto-pelvienne
DRAS	= Direction régionale de l'Action Sociale
DRC	= Dépôt Réparateur du Cercle
DRSP	= Direction Régionale de la Santé Publique
DV	= Dépôt de Vente
EDS	= Enquête Démographique et de Santé
EDSM	= Enquête Démographique et de Santé du Mali
ESSC	= Equipe Socio-Sanitaire de cercle

FELASCOM	= Fédération Locale des Associations Communautaire
FMPOS	= Faculté de Médecine de Pharmacie et 'Odontostomatologie
GEU	= Grossesse Extra Utérine
HGT	= Hôpital Gabriel Touré
HPG	= Hôpital du Point G
HRP	= Hématome rétro-placentaire
ICPM	= Infirmier Chef de Poste Médical
OMS	= Organisation mondiale de la santé
PP	= Placenta Praevia
RPM	= Rupture Préaturée des Membranes
SFA	= Souffrance fœtale Aiguë
TSS	= Technicien Supérieur de Santé

Plan

I : Introduction

II : Objectifs

III : Généralités sur la référence / évacuation

IV : Méthodologie

V : Résultats

VI : Commentaires et discussions

VI : Conclusion et recommandations

VIII : Références bibliographiques

IX : Annexes

Sommaire

I-	INTRODUCTION.....	p 6-8
A-	Objectifs.....	p 9
A1-	Objectif général.....	p 9
A2-	Objectifs spécifiques.....	p 9
II-	Généralités sur la référence /évacuation.....	p 10
1-	Définition opérationnelle de la référence/ évacuation.....	p 10
1-a-	Définition selon le module de périnatalité.....	p 10
2-	Politique et organisation du système de référence/évacuation-....	p 11
2-1-	Système de santé de district.....	p 12
3 -	Organisation du système de référence /évacuation dans le cercle de San.....	p 13
3-1-	Mécanismes de financement du système de référence/ évacuation du cercle de San.....	p14
3-1-1-	Mode de partage du coût imputé à la caisse de solidarité.....	p 15
3-1-2-	Mode de recouvrement.....	p 16
III-	METHODOLOGIE.....	P 17
1-	Cadre d'étude.....	p 17
1-1	Description physique du cercle de San.....	p 17
1-2-	Le centre de santé de référence de San.....	p 18
a-	Infrastructures.....	p 18
b-	le personnel.....	p 18
1-3-	Structures de santé encadrées par le CSREF de San.....	p 19
1-4-	Les activités du CSREF de San.....	p 19
1-5-	La maternité du centre de santé de référence de San.....	p 19
1-6-	Le bloc opératoire.....	p 20
2 -	Population d'étude.....	p 20
3 -	Type d'étude.....	p 21
4 -	Echantillonnages.....	p 21

a-	critères d'inclusions.....	p 21
b-	critères de non inclusions.....	p 21
5-	Période d'étude.....	p 21
6-	Plan de collecte des données.....	p 21
7-	Plan d'analyse des données.....	p 22
IV-	RESULTATS.....	p 23
1-	Caractéristiques de l'échantillon.....	p 23
2-	Fréquence.....	p 24
3-	Phase d'évacuation.....	p 26
4-	Phase de prise en charge.....	p 27
5-	Pronostics.....	p 27
5-1-	Complications.....	p 27
5-2-	Mortalité maternelle.....	p 28
5-3-	Mortalité fœtale	p 29-31
V-	Commentaires et discussions.....	p 32
A-	Fréquence.....	p 32
B-	Age.....	p 32
C -	Provenance.....	p 32
D-	Distances parcourues.....	p 33
E-	Prise en charge.....	p 33
F-	Pronostics.....	p 34-35
VI-	Conclusion.....	p 36
	Recommandation.....	p 37
VII-	Références bibliographiques.....	p 38-41
VIII-	Annexes.....	p 42-45

I/ Introduction

La mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique dans les pays en développement où surviennent 99% des décès maternels mondiaux.

[1]

Avec un taux de mortalité maternelle estimé à 1020 décès pour 100 000 naissances vivantes l'Afrique occidentale représente la région la plus touchée par ce fléau. [2]

Au Mali la mortalité maternelle et infantile reste encore très élevée, en dépit des efforts techniques organisationnels et financiers fait par le ministère de la santé et les donateurs durant ces dix dernières années ; Les données fournies par les trois EDS sont éloquentes à cet égard : La mortalité infantile qui était de 108 pour 1000 (EDSM-I 1982-1987) a atteint 123 pour 1000 (EDSM-II 1996) pour se stabiliser 113 pour 1000 (EDSM-III 2001).

La mortalité maternelle est passée de 577 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDSM- II 1996) à 582 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDSM- III 2001) et de 470 décès pour 100000 naissances vivantes (EDSM-IV).

L'accès insuffisant aux services de santé en général et la faible utilisation des services de santé de reproduction contribuent à maintenir un niveau élevé de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. [3]

En Afrique intertropicale plusieurs facteurs aggravants le pronostic obstétrical ont été identifiés dont la carence des consultations prénatales, le retard aux soins et les mauvaises conditions d'évacuations.[5] IL est établi qu'une forte proportion des complications obstétricales vitales de la grossesse et de l'accouchement ne peuvent être ni prévues ou prévenues par les consultations prénatales, ni prise en charge correctement dans un centre de santé de 1^{er} échelon, si bien que lorsque ces complications surviennent le décès ne peut être

évité que par une prise en charge en urgence au niveau d'un centre de santé de première référence doté d'un plateau technique humain et matériel lui permettant de prodiguer des soins obstétricaux d'urgence(SOU) et notamment de pratiquer si besoin transfusion sanguine et césarienne.

C'est dans cette optique que les autorités sanitaires du Mali ont mis en place un système de référence/évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux en prenant en compte les aspects techniques, organisationnels de communication logistique et financiers pour faciliter l'accès aux soins des populations.

Dans le district sanitaire de SAN ce système a été mis en place en janvier 2003 avec la participation effective de la communauté, et la césarienne est au centre de ses activités.

Le temps est un facteur vital pour la survie des femmes présentant des complications. Trois types de retard peuvent avoir une incidence sur les chances d'une femme de survivre à une urgence obstétricale : Le retard dans la décision de consulter un prestataire de santé quand les signes d'alarmes apparaissent ; Le retard à atteindre un établissement de santé ; Et les retards qui surviennent une fois que la femme arrive à l'établissement. [5]

L'objectif du système de référence /évacuation est de réduire ces trois types de retard.

Dans les stratégies pour une maternité sans risque, la césarienne est l'un des moyens préconisés. Des taux optimaux de césarienne compris entre 5 et 15% ont été définis dans les pays occidentaux de manière à obtenir une mortalité maternelle minimale, ces taux ne sont pas validés dans les pays en voies de développement [5]. Au Mali ce taux est très faible 0,8%. Le coût de l'opération semble être le facteur dissuasif. [6]

C'est pour cette raison que le gouvernement de la république du Mali a décidé d'instaurer la gratuité de la césarienne (l'acte chirurgicale et les examens opératoires, le kit pour l'intervention chirurgicale et le traitement post-opératoire à l'hospitalisation) à partir du 27 juillet 2005 dans tous les établissements publics hospitaliers et les centres de santé de référence.

La situation sanitaire et sociale dans le cercle de San est caractérisée par une morbidité et une mortalité élevée. Selon les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant 2003-2004, la mortalité est élevée avec les besoins obstétricaux non couverts à 36%.[7]

Il nous a donc semblé utile dans ce travail d'étudier un certain nombre de facteurs qui déterminent les enjeux de la gratuité de la césarienne sur les prestations des services obstétricaux d'urgence au CSREF de San avec des objectifs bien précis.

II- Objectifs :

1-Objectif général :

Evaluer l'impact de la gratuité de la césarienne sur les soins obstétricaux d'urgence au centre de référence de San.

2-Objectifs Spécifiques :

- ✓ Déterminer l'évolution de la fréquence des évacuations au centre de santé de référence de San du 1^{er} Août 2004 au 31 juillet 2006 avant et après le démarrage de la gratuité.
- ✓ Déterminer les complications post-opératoires immédiates des césariennes pratiquées avant et après le démarrage de la gratuité au CSREF de San dans la période du 1^{er} Août 2004 au 31 juillet 2006.
- ✓ Déterminer les circonstances de survenues des décès materno-fœtaux au cours des activités de référence /évacuation au CSREF de San du 1^{er} Août 2004 au 31 juillet 2006 avant et après le démarrage de la gratuité.

III-GENERALITES sur la référence /évacuation.

1-Definition opérationnelle de la référence/évacuation :

- Définition selon le module de périnatalité :

La référence : C'est le 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.

L'évacuation : C'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation d'urgence.

- Définition de la société africaine de gynécologie obstétrique (SAGO).

La référence concerne une parturiente pendant sa grossesse avant le début du travail pour un motif nécessitant soit une hospitalisation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de santé de référence), suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse. Par définition une femme non suivie en CPN ne peut être référée elle est évacuée.

L'évacuation concerne une parturiente en travail évacuée en urgence ou non, en travail mais pour une complication grave nécessitant une hospitalisation urgente.

Les évacuations obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que fœtal est réservé.

Ce pronostic est aggravé par :

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

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

- Pour résoudre ces problèmes le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Dans cette optique, la mise en place des systèmes de référence/évacuation entre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

2-Politique et organisation du système de santé au Mali

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement de la république du Mali prend en compte les réalités socio-économiques et culturelles du pays tout en restant conforme aux grands principes de L’OMS dont le Mali est membre. Elle accorde une priorité au milieu rural et périurbain et s’oriente vers la prévention des maladies socio-sanitaires et le bien être de la famille.

L’objectif de cette politique vise a :

- Réduire la morbidité et la mortalité dues aux principales maladies.
- Réduire la mortalité maternelle et infantile.

Pour y parvenir elle préconise :

- d’étendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles a la population tant économiquement que géographiquement.
- d’organiser la participation de l’état, des collectivités, des individus et des partenaires au développement à la prise en charge du système de santé.

La politique sectorielle de santé et de population a mis en place un système national de soin qui peut être schématisé sous la forme d’une pyramide, constitué de centre de santé communautaire (CSCOM), de centre de santé de référence (CSREF), et hôpitaux régionaux et nationaux.

A la base de la pyramide se trouve les CSCOM qui constituent le premier niveau de contact ; Les centres de santé de cercle (CSC) constituent la première référence (CSREF) au niveau du district sanitaire, il organisent la référence évacuation en vue d’une prise en charge efficace des urgences

obstétricales ; Les hôpitaux régionaux constituent le niveau de la deuxième référence et les hôpitaux nationaux le niveau de la troisième référence.

Dans le but de renforcer les efforts déjà déployés pour réduire le taux de mortalité maternel et néonatal, le gouvernement de la république du Mali conscient du fait que la césarienne pratiquée dans de bonne condition peut contribuer fortement à réduire ce phénomène a décidé d'instituer la gratuité de la césarienne dans les établissements publics hospitaliers et les centres de santé de référence. L'objectif est de porter le taux de césarienne de 0,8% à 5%.L'application de ces mesures et la fixation des modalités ont été arrêtées le 27 juillet 2005.

2-1-Système de Santé de District

La déclaration de la politique sectorielle de santé du Mali retient parmi ses principes la gestion décentralisée du système de santé de cercle (le cercle est l'équivalent du district sanitaire de L'OMS).

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

Le premier échelon représenté par les CSOM offrant un paquet minimum d'activité (PMA) curative, préventive, et promotionnel dont les médicaments essentiels.

Les CSCOM sont gérés par les associations de santé communautaires (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie.

Le deuxième échelon le centre de santé de cercle ou hôpital du district pour les soins de santé de référence.

3-Organisation du système de référence /évacuation dans le cercle de San

Le cercle de San est couvert par un système de santé à deux échelons conformément à la politique nationale de santé : les CSCOM au niveau des aires de santé et un CSREF au chef lieu de cercle. IL existe actuellement 27 CSCOM fonctionnelles.

Les CSCOM sont dirigés pour la plupart par une équipe comprenant un Infirmier, une matrone et un gérant de dépôt de médicaments essentiels. Chaque CSCOM fonctionne sous l'autorité d'un conseil d'administration et d'un comité de gestion composé par les représentants des différents villages de l'aire de santé.

Le CSREF constitue le deuxième échelon de la pyramide sanitaire. Il est chargé de gérer en plus des activités menées par le premier niveau, la planification, la coordination des activités, la formation continue et la supervision du personnel.

Le système de référence/évacuation est fonctionnel depuis janvier 2003 grâce à la disponibilité d'une équipe socio-sanitaire complète, d'infrastructures adéquates (blocs opératoires, Maternité équipée, pavillon d'hospitalisation chirurgie et médecine, stock de médicaments essentiels, laboratoire d'analyse etc.), et de moyens logistiques (RAC fonctionnel, téléphone, ambulance fonctionnelle).

Ainsi qu'un système de partage des coûts.

Depuis le démarrage du système de référence /évacuation dans le cercle de San, les évacuées suivent un itinéraire bien défini par le circuit suivant :

Dans leur village après une décision familiale, elles sont transportées par des moyens locaux le plus souvent par charrette, ou par motocyclette au centre de santé communautaire CSCOM ou la prise en charge est assurée par la matrone appuyée par le chef de post médical.

Lorsque le CSCOM rencontre des difficultés dans la prise en charge de la patiente il fait recours à la première référence (CSREF). La décision est prise

par le chef de poste médical du CSOM concerné qui remplit une fiche de référence/évacuation adressée au centre de santé de référence (CSREF).

Le chef de poste saisit le centre de santé de référence par RAC ou par téléphone afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le chef de poste dans son message RAC donne des précisions sur la nature de la pathologie. Le CSREF informe aussitôt la maternité du centre de l'arrivée de la malade dans les prochaines heures. La malade est évacuée directement au CSREF. A l'arrivée de la parturiente un examen obstétrical est effectué par la sage femme qui gère la situation avec ou sans appui du médecin responsable de la maternité. Lorsque la sage femme n'arrive pas à gérer la situation elle fait appel au médecin d'urgence de la semaine qui vient réexaminer la patiente. Si il y a nécessité d'intervention chirurgicale le médecin d'urgence prend la décision et envoie le chauffeur d'ambulance ou le manoeuvre réunir le reste de l'équipe (anesthésiste et aide chirurgien). la femme est directement conduite au bloc opératoire après l'arrivée de l'équipe. Le kit d'urgence est au niveau du bloc opératoire sous la garde de l'anesthésiste.

Le médecin responsable de la maternité remplit la fiche de retro-information qui sera transmise au chef de poste du CSOM concerné.

3-1-Mécanisme de financement du système de référence /évacuation de San

Le cadre conceptuel du système de référence/évacuation a recommandé un système de solidarité entre les aires de santé afin d'assurer une prise en charge correcte des urgences en général et les urgences obstétricales en particulier. Ce système repose sur la mise en place d'une caisse de solidarité et un partage des coûts entre les différents partenaires du système qui sont : la patiente, les ASACO et le CSREF.

La caisse de solidarité est gérée par un comité de gestion le coût de la prise en charge de l'évacuée est assurée par la caisse de solidarité.

Tableau I Répartition du coût imputé a la caisse de solidarité

Rubrique	Désignation	Coût en FCFA
Transport	Carburant véhicule	9100
	Entretien véhicule	1800
	Prime chauffeur	2000
	Prime sage-femme accompagnante	2000
	Carburant moto	400
	Entretien moto	85
Sous total transport		15385
Intervention	Médicaments et consommables	62750
	Groupage sanguin	1000
	Carburant groupe électrogène	1520
	Entretien groupe électrogène	300
	Boite de chirurgie	2520
Sous total intervention		68090
Suivi post opératoire	Hospitalisation	3000
Communication	Entretien RAC	100
	Total	86575

3-1-1 Mode de partage du coût imputé a la caisse de solidarité

Le coût imputé à la caisse de solidarité est partagé entre l'évacuée, l'ASACO et le CSREF. Le malade assure 40% de la prise en charge soit 34 630 f

L'ASACO assure 40% de la prise en charge soit 34 630 f

Le CSREF assure 20% de la prise en charge soit 17 315 f

3-1-2 Mode de Recouvrement :

Le recouvrement est mensuel pour le CSREF et trimestriel pour l'ASACO, la patience paye son argent après son arrivé au CSREF.

Au stade actuel, la caisse de solidarité ne fonctionne plus. Aucune ASACO ne contribue financièrement.

IV/ METHODOLOGIE

1) Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de San

1-1- Description physique du cercle de SAN

Le cercle de San est situé au Sud - Est de la région de Ségou.

Il couvre une superficie de 7262 km².

Limité au Nord par les cercles de Macina et de Djenné, au Sud par les cercles de Koutiala et Yorosso, à l'Est par le cercle de Tominian, à l'Ouest par les cercles de Bla et de Ségou.

Le cercle est arrosé par le fleuve Bani et ses affluents comme le Koni et le Banifing le climat est de type soudanais tropical humide.

Le cercle de San est composé de 421 localités ou villages/quartiers repartis entre 24 Communes rurales et une Commune urbaine.

La population est estimée en 2007 à 312 660 habitants. Les principales ethnies rencontrées sont les Bambara, les Bobos, les Minianka, les Peulhs et les bozos.

- Les principales Voies routières :

Le réseau routier est composé de :

- la Route Nationale N°6 (RN6) goudronnée reliant d'une part San à Mopti sur une distance de 214 km et d'autre par San à Bla sur 107 km.
- la Route Nationale N°13 goudronnée San – Koutiala : 125 km
- la Nationale RN° 14 goudronnée Kimparana – Zamblala – Kouri : 80 km

A côté de ces routes goudronnées il existe un réseau intérieur composé de routes bitumées et de pistes qui relient d'une part le chef lieu de cercle aux communes et d'autre part les communes entre elles.

Tous les Chefs lieux de communes sont accessibles en toute saison sauf celles de Ouolon et Tinéni et cela pendant l'hivernage.

1-2-Le centre de santé de référence de San

Situé dans la ville de San (ancien hôpital de San) en 2007 ce centre a servi une population de 312660 habitants dont la majorité sont des femmes. Les malades y consultent directement ou sont référés ou évacués à partir d'autres structures du cercle.

a- Infrastructures:

La structure de l'hôpital comprend :

- Un bloc abritant l'administration le dépôt de médicaments.
- un bloc abritant le service de médecine, de chirurgie, d'ophtalmologie et d'odontostomatologie ;
- Un bloc pour la maternité ;
- un bloc pour la pédiatrie ;
- un bloc abritant le laboratoire, la radiologie et les salles d'opérations.

b-Le personnel

Le personnel socio-sanitaire du CSREF de San se chiffre à 45 dont 31 sont impliqués dans le système de référence/évacuation, il s'agit de :

Quatre médecins à compétence chirurgicale ;

Quatre sages femmes

Trois infirmières obstétriciennes

Quatre matrones

Un technicien de l'hygiène du bloc

Un anesthésiste

Un technicien de l'action social

Un gestionnaire

Une comptable

Trois chauffeurs

Cinq manoeuvres

1-3- Structures de santé encadrées par le CSREF

Le district sanitaire de San renferme actuellement 27 CSCOM répartis entre les différentes aires de santé. Le CSCOM le plus éloigné se situe à 95 kilomètres du CSREF et le plus proche à moins d'un kilomètre du CSREF de San. Chaque CSCOM est doté d'au moins un RAC ou un téléphone servant de moyen de communication avec le CSREF au cours des références/évacuations.

1-4- Les activités du centre de santé de référence de San.

Le centre assure les activités de 1^{er} niveau de référence

- les consultations externes
- les accouchements
- le suivi des malades hospitalisés
- les interventions chirurgicales
- les activités de laboratoire
- les activités de radiographie
- la kinésithérapie

1-5- La maternité du centre de santé de référence de San

La maternité est située au centre des services, limité à l'est par la pédiatrie, à l'ouest par le bloc abritant l'administration le dépôt de médicament et la pharmacie, au nord par la porte d'entrée des engins et au sud par le bloc abritant le laboratoire, la radiologie et les salles d'opérations.

Le personnel comprend : un médecin quatre sages femmes trois infirmières obstétriciennes et quatre matrones.

Le service est un bâtiment unique avec : un bureau pour le médecin généraliste servant fonction de gynécologue , un bureau pour les sages femmes une salle de garde pour les matrones , une salle de garde pour les

sages femmes , une salle d'accouchement avec deux tables d'accouchements , une salle d'observation avec un lit servant souvent de table d'accouchement lorsque les deux tables d'accouchement sont déjà occupées, une salle d'hospitalisation pour les gestantes malades , une salle de suivie des femmes accouchées , une salle de suivi des femmes césarisées , une salle de suivi des gestantes a haut risque .

Les activités dans le service sont programmées comme suite :

- Pour le médecin : Il assure les consultations curatives dans la journée et est appelé chaque fois que la sage femme a besoin d'un appui par rapport a une parturiente.
- pour les sages femmes : elles assurent les activités d'accouchement de vaccination, d'enregistrement des naissances, et de causerie débat sur la santé de la reproduction.
- les infirmières et les matrones viennent en appui aux sages femmes au cours des accouchements et assurent les soins des mères et des nouveaux nés ainsi que des malades hospitalisés.

1-6 Le bloc opératoire :

IL est constitué d'un grand salon donnant issue à quatre salles :

Deux salles d'intervention chirurgicales aseptiques et équipées, une salle de décontamination des matériaux, et une salle de préparation des malades avant l'intervention.

2) Population d'étude :

Toutes les parturientes évacuées admises à la maternité du CSREF de San du 1^{er} Août 2004 au 31 juillet 2006.

3) Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale à la maternité du CSREF de San du 1^{er} Août 2004 au 31 juillet 2006.

4 échantillonnages :

L'étude a concerné :

- Toutes les parturientes évacuées admises à la maternité du CSREF de San du 1^{er} Août 2004 au 31 juillet 2006, soient 262 parturientes.

a- Critères d'inclusion :

-Les parturientes évacuées par un CSCOM encadrées par le CSREF à la maternité du CSREF de San.

b- Critères de non inclusion :

- Les cas d'évacuations autres que gynéco-obstétricales.

-Les parturientes venant d'elle-même au CSREF sans faire l'objet d'une évacuation.

5) Période d'étude :

l'étude s'est déroulée sur huit mois du 1^{er} juin 2007 au 31 janvier 2008.

6) Plan de collecte des données :

Les données ont été collectées à partir des anciens dossiers (cahiers de référence /évacuation, registres d'accouchement, de protocole opératoire de décès ainsi que les partogrammes)

Les renseignements ainsi recueillis ont été portés sur des fiches d'enquêtes.

7- Plan d'Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur logiciel Epi info version 3.3.2 et Excel. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et/ou de graphiques, et exprimés en pourcentage.

V- Résultats

1-Characteristiques de l'échantillon

Notre étude a porté sur 262 parturientes évacuées au centre de santé de référence de San du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006.

Sur les 262 parturientes évacuées :

- ✓ 113 ont été enregistrées pour la période du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2005 soit 12 mois (période avant le démarrage de la gratuité de la césarienne).
- ✓ 149 ont été enregistrées pour la période du 1^{er} août 2005 au 31 juillet 2006 soit 12 mois (période après le démarrage de la gratuité de la césarienne).

Au total 143 césariennes ont été enregistrées durant la période du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 dont 53 avant la gratuité, et 90 après la gratuité.

L'âge de nos patientes a varié entre 14 et 45 ans.

Les adolescents (14-19) ont représenté 52 sur 262 soit 19,8 % de l'effectif total.

La tranche d'âge de 20 -35 ans a représenté 153 sur 262 soit 58,4 % de l'effectif total.

La tranche d'âge de 35 ans et plus 57 sur 262 soit 21,8 % de l'effectif total.

La majorité de nos femmes étaient mariées 237 femmes contre 25 femmes célibataires.

Les motifs d'évacuation ont été dominés par la dilatation stationnaire pour 79 femmes sur 262, les hémorragies du troisième trimestre pour 30 femmes sur 262 et disproportion fœto-pelvienne pour 19 femmes sur 262.

2-fréquence

Tableau II

Evolution de la fréquence des césariennes en fonction des évacuations du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006.

ANNEE	Nombre d'évacuation	Nombre de césarienne	Fréquence%
Août 2004	12	5	41,7
sept-04	15	6	40
oct-04	9	5	55,6
nov-04	9	6	66,7
Décembre 2004	8	5	62,5
janv-05	7	3	42,8
Février 2005	7	4	57,1
mars-05	8	2	25
avr-05	12	3	25
mai-05	9	4	44,4
juin-05	9	5	55,6
juil-05	8	5	62,5
Août 2005	12	4	33,3
sept-05	16	10	62,5
oct-05	13	6	46,1
nov-05	17	7	41,2
Décembre 2005	8	4	50
janv-06	8	5	62,5
Février 2006	12	5	41,6
mars-06	16	15	93,7
avr-06	10	7	70
mai-06	13	11	84,6
juin-06	10	7	70
juil-06	14	9	64,3
Total	262	143	54,6

Tableau III. Evolution de la fréquence de la césarienne au CSREF de San du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006.

Fréquence %	Nombre d'évacuation	Nombre de césarienne	
Avant la gratuité	113	53	47
Après la gratuité	149	90	60,4

47% des femmes évacuées avant le démarrage de la gratuité ont été césarisées contre 60,4% des femmes après le démarrage de la gratuité.

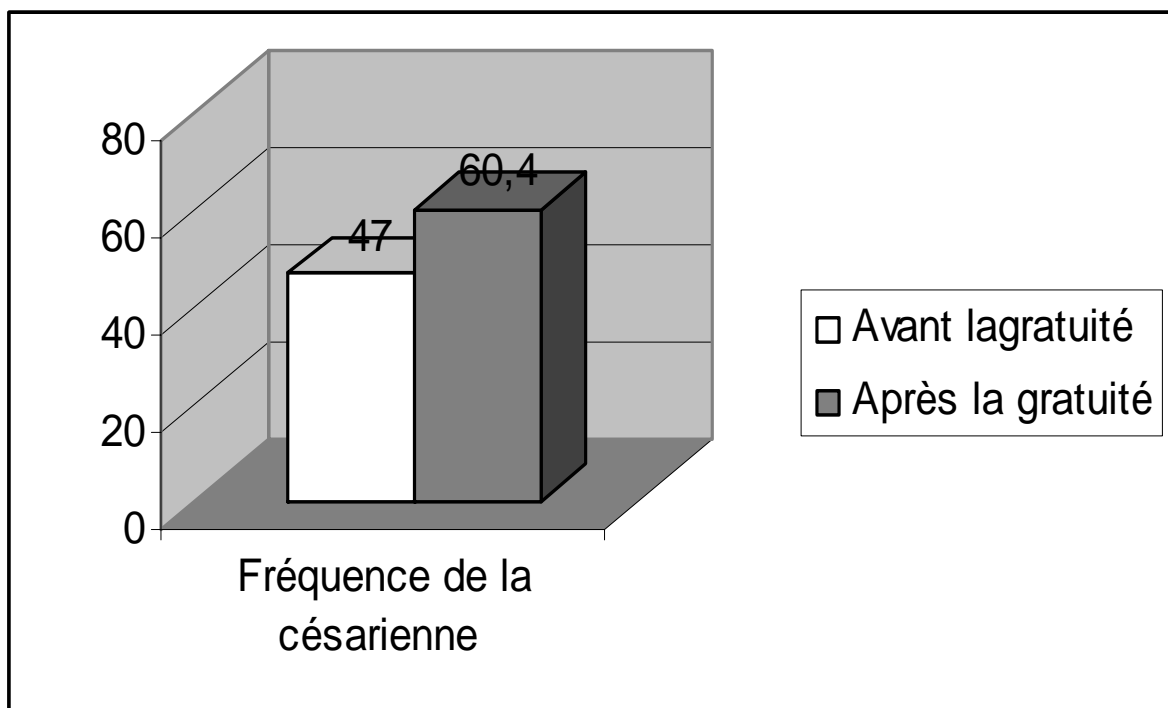


Figure 1 : Fréquence de la césarienne avant et après le démarrage de la gratuité de la césarienne dans la période du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006.

3-Phase d'évacuation

Tableau IV

Répartition des parturientes évacuées au CSREF de San avant et après le démarrage de la gratuité de la césarienne du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 en fonction de leur provenance.

		Effectif absolu	Pourcentage (%)
Avant la gratuité	Ville de San	16	6,1
	Autres localités	97	37,0
Après la gratuité	Ville de San	29	11,1
	Autres localités	120	45,8

82,8% des parturientes proviennent des CSCOM périphériques dont 37% avant le démarrage de la gratuité et 45,8% après le démarrage de la gratuité.

Tableau V

Répartition des parturientes évacuées au CSREF de San du 1^{er} Août 2004 au 31 juillet 2006 en fonction de la distance parcourue.

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
-1 km	47	17,9
20- 50 km	115	43,9
>50 km	100	38,2
Total	262	100,0

38,2% des femmes évacuées au cours de la période du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 ont fait plus de 50 kilomètres pour rejoindre le CSREF.

4- Phase de prise en charge

Du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 113 parturientes ont été enregistrées avant le démarrage de la gratuité dont 53 césariennes réalisées, 149 parturientes ont été enregistrées pour la période de la gratuité dont 90 césariennes réalisées

5-Pronostics

5-1- Complications

Tableau VI

Répartition des parturientes évacuées au CSREF de San en fonction des complications post-opératoires avant et après le démarrage de la gratuité de la césarienne du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006.

		Nombre	Pourcentage (%)
Avant la gratuité	Infection	14	35,9
	Hémorragie	4	10,3
	Fistule vesico - vaginale	2	5,1
	Thrombophlébite	1	2,5
Après la gratuité	Infection	11	28,2
	Hémorragie	3	7,7
	Fistule vesico - vaginale	4	10,3
	Total	39	100,0

Nous avons enregistré 39 cas de complication post -césariennes soit 27,3% des césariennes dont 25 cas de complication infectieuses soient 64,1% des complications :

- 35,9% avant le démarrage de la gratuité.

-28,2% après le démarrage de la gratuité.

5-2-Mortalité maternelle

Nous avons relevé 6 cas de décès maternels au cours des évacuations dont 2 décès par suite d'accouchement par voie basse : une par anémie aigue, et l'autre par insuffisance rénale aigue.

Les suites opératoires ont abouti à 4 décès, dont 3 avant la gratuité de la césarienne, et 1 après le démarrage de la gratuité.

Tableau VII.

Répartition des parturientes évacuées au CSREF de San avant et après le démarrage de la gratuité de la césarienne du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 en fonction de la circonstance de survenue des décès post - opératoires.

	Age de la patiente	Motif d'évacuation	Distance parcourue	Diagnostic per opératoire	Cause du décès
Avant la gratuité	42 ans	Gros fœtus	40 kilomètres	Rupture utérine	Choc hypovolemique
	32 ans	Rupture utérine	42 kilomètres	Rupture utérine	Choc hypovolemique
	15 ans	Disproportion fœto-pelvienne plus altération de l'état général	50 kilomètres	Bassin immature	Septicémie
Après la gratuité	26 ans	Hémorragie	62 kilomètre	Hématome rétro-placentaire	Choc hypovolemique

3 décès post-opératoires sur 4 sont survenus dans un contexte d'hémorragie ; Dont 3 avant le démarrage de la gratuité contre 1 après le démarrage de la gratuité.

5-3-Mortalité fœtale.

Tableau VIII

Répartition des parturientes évacuées au CSREF de San du 1^{er} Août 2004 au 31juillet 2006 en fonction du pronostic foetal.

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Vivant	161	61,5
Mort né	101	38,5
Total	262	100,0

Nous avons enregistré 38,5 % de morts nés.

Tableau IX :

Evolution de la fréquence des mortinaissances du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006.

	Nombre de nouveau né	Nombre de mort né	
Fréquence%			
Avant la gratuité	113	71	62,8
Après la gratuité	149	30	20,1

62,8% des femmes évacuées avant le démarrage de la gratuité ont accouchées d'un mort né contre 20,1% après le démarrage de la gratuité.

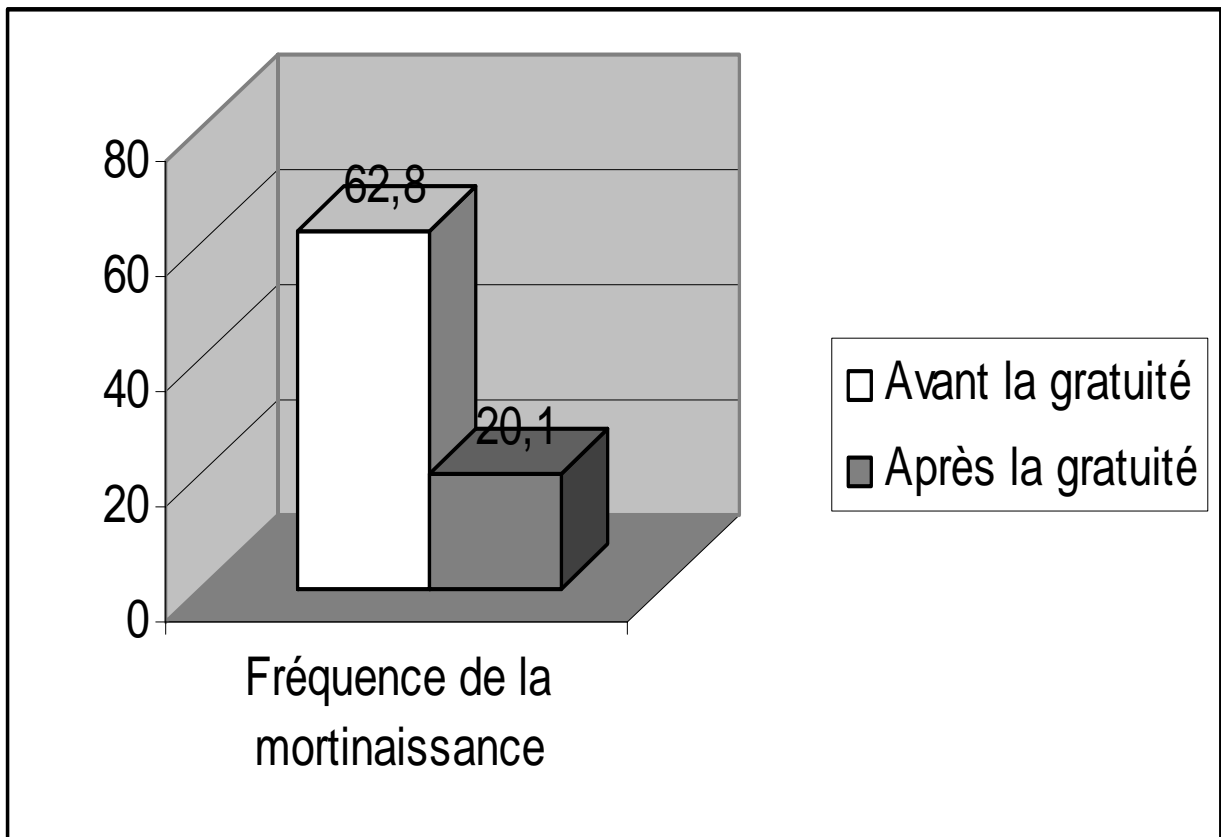


Figure 2 :

La fréquence de la mortinaissance avant et après le démarrage de la gratuité de la césarienne.

Tableau X

**Répartition des parturientes évacuées au CSREF de San du 1^{er} Août 2004
au 31 juillet 2006 en fonction des circonstances de morti-naissance**

	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Disproportion fœto- pelvienne	19	18,8
Procidence du cordon	12	11,9
Hématome rétro-placentaire	12	11,9
Présentation du bras	12	11,9
Présentation transverse	9	8,9
Syndrome de Pré rupture	9	8,9
Rupture utérine	8	7,9
Bassin généralement rétréci	8	7,9
Placenta praevia	7	6,9
Bassin limite	4	4
Eclampsie	1	1
Total	101	100,0

18,8% des mortinaissances sont liées à la disproportion fœto-pelvienne

VI- Commentaires et discussions

A- Fréquence :

Du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 nous avons enregistré 262 parturientes évacuées dont 149 césariennes soit une fréquence de 54,6% des parturientes évacuées à la maternité du CSREF de San.

Sur les 262 parturientes évacuées :

- 113 parturientes ont été admises avant le démarrage de la gratuité de la césarienne dont 53 césariennes soit une fréquence de 47% des parturientes évacuées avant le démarrage de la gratuité.
- 149 parturientes ont été césarisées après le démarrage de la gratuité soit une fréquence 60,4% des parturientes évacuées après le démarrage de la gratuité.

On constate une légère élévation de la fréquence de la césarienne chez les femmes évacuées après le démarrage de la gratuité.

Le coût élevé de cette opération était un obstacle pour beaucoup de femmes. En répondant en grande partie à l'accessibilité financière des populations aux soins obstétricaux essentiels, la gratuité a contribué à une augmentation de la fréquence des césariennes chez les évacuées.

B- Age :

L'âge de nos parturientes a varié entre 14 et 45 ans. La tranche d'âge la plus représentative a été celle de 20-35 ans 58,8%, âge optimal à la procréation. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de MACALOU. B [18] 53,9% et de THIERRO [17] 55,6%.

C- Provenance

Le cercle de San compte 27 CSCOM rattachés au CSREF dont deux situés dans la ville de San.

Du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 82,8% de nos parturientes évacuées proviennent des CSCOM périphériques dont 37% avant le démarrage de la gratuité de la césarienne, et 45,8% après le démarrage de la gratuité.

La sollicitation du centre de santé de référence de San devient de plus en plus fréquente après le démarrage de la gratuité de la césarienne.

D- Distance parcourue.

Pour la période du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 38,2% de nos femmes ont fait plus de 50 kilomètres pour rejoindre le CSREF de San.

La rapidité de la prise en charge d'une femme présentant des complications obstétricales dépend d'une part à la distance qui la sépare au centre de santé de référence qui l'accueille, d'autre part au moyen de transport emprunté pour rejoindre le centre de santé de référence.

Le transport est un élément clé dans l'accessibilité géographique des patientes aux centres de santé de référence donc au bon fonctionnement du système de référence /évacuation .Par manque de support matériel pour connaître les moyens de transport empruntés par les parturientes évacuées au cours de la période du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 cet aspect n'a pas pu être étudié.

E- Prise en charge

Du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 54,6% des parturientes ont été césarisées. Ce taux se rapproche de celui de THIERO [17] 50,6% mais supérieur à celui de ALTANA [4] 25,3%.

Les évacuées sont plus exposées à la césarienne, ceci est souvent lié aux retards de décision à l'évacuation, aux conditions d'évacuation et surtout à l'état des patientes à la réception.

F- Pronostic

- Complications maternelles :

S'agissant des complications maternelles post-opératoires :

L'infection a occupé le 1^{er} rang avec 64,1% des complications dont 35,9% avant le démarrage de la gratuité de la césarienne et 28,2% après le démarrage de la gratuité. La gratuité a donc contribué à une diminution des complications post-opératoires.

Cela peut s'expliquer par le fait que, avec la gratuité aucun retard n'est accusé pour l'achat des médicaments utilisés en post-opératoire.

- Mortalité maternelle

Nous avons relevé 6 cas de décès maternels au cours des évacuations dont 2 décès par suite d'accouchement par voie basse : une par anémie aigue, et l'autre par insuffisance rénale aigue.

Les suites opératoires ont abouti à 4 décès dont 3 avant la gratuité de la césarienne, et 1 après le démarrage de la gratuité, et 3 décès sur 4 sont survenus dans un contexte d'hémorragie.

L'hémorragie quelque soit sa cause constitue une urgence absolue et demande la disponibilité constante de sang pour une éventuelle transfusion.

.

- Mortinatalité

Nous avons enregistré 101 morts nés soit 38,5% des nouveaux nés de mères évacuées. Cet taux se rapproche de celui de THIERO [17] 37,5% mais supérieur à celui de MACALOU [18] 31,44% et de SANKARE 17,0%. Ces mortinaissances étaient liées à la disproportion foeto-pelvienne dans 18,8% des cas, à la procidence du cordon dans 11,9% des cas, à l'Hématome rétro-placentaire dans 11,9% des cas.

Des facteurs tels que le retard à la sollicitation d'un centre de santé, la mauvaise surveillance du travail d'accouchement dans les centres qui évacuent, le retard dans l'évacuation, le retard aux soins dans le CSREF, contribuent à augmenter le taux de mortalité néonatale.

Nous avons constaté une amélioration du taux de mortalité après l'instauration de la gratuité de la césarienne. Sur 161 nouveaux nés de mère prise en charge au cours de la période de la gratuité nous avons enregistré 32 morts nés contre 71 morts nés sur 113 nouveaux nés de mère non prise en charge au cours de la période de la gratuité.

1- Conclusion

L'avènement de la gratuité de la césarienne a contribué à une augmentation progressive de la fréquence des évacuations et des césariennes dans le cercle de San.

Sur un effectif de 113 femmes évacuées avant le démarrage de la gratuité 53 sont césarisées soit 47% des parturientes évacuées durant cette période.

Sur un effectif de 149 femmes évacuées après le démarrage de la gratuité on a 90 femmes césarisées soit 60,4% des parturientes évacuées après le démarrage de la gratuité.

Aussi les suites opératoires sont de moins en moins imprégnées de complication 35,9% avant le démarrage de la gratuité contre 28,2% après le démarrage de la gratuité.

Les décès surviennent pour la plupart dans un contexte d'hémorragie.

2- Recommandations

Au terme de cette étude et au regard des résultats obtenus nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires :

- Le renforcement et la formation continue du personnel sanitaire de la maternité du CSREF de San et des CSCOM de son aire de santé.
- la dotation du service d'une table de réanimation pédiatrique.
- La mise à la disposition de sang pour la prise en charge des cas hémorragiques.

Aux personnels socio-sanitaires :

La mise en application systématique des expériences acquises au cours des formations des soins obstétricaux d'urgence.

La promotion d'un suivi prénatal de qualité afin de dépister précocement les facteurs de risques.

L'amélioration de la qualité des soins en post-opératoire.

Le bon remplissage et le tenu correct des documents hospitaliers

A la population du cercle de San :

La fréquentation des centres de consultation dès les premières semaines de la grossesse pour un meilleur suivi et un diagnostic précoce d'une complication

Le respect des consignes données par le personnel soignant

VIII- Références bibliographiques

1. **S Robitol, S. Gorde, K. Barrau, S. Tremouille et M. Belec.** Quel est le coût d'une césarienne à Madagascar ? .Aspect socio- économiques et taux de couverture des césariennes à Toamacina 1999-2007-143p.
2. **CISSE Seybou :** La césarienne de qualité au centre de santé de référence de la commune VI à propos de 400 cas. Université de Bamako thèse de médecine, FMPOS 2006. 108p.-Annexes
3. **Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées :** Plan stratégique de développement socio- sanitaire du Mali 2002-2004.
4. **ALTANA Sidi A :** Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako de novembre 2003 à octobre 2004 a propos de 371 cas : Université de Bamako, Thèse de médecine FMPOS 2005-69p-Annexes.
5. **M.Mathai M.M Sanghvi- Dr Guidolle RJ-et-al .**
Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement guide destiné aux sages femmes et aux médecins -63p.
- 6-**Ministère de la santé. Direction régionale de la santé .**Guide pour la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, 2005-2009..
7. **Ministère de la santé. Direction régionale de segou.** Plan de développement sanitaire et social du cercle de San
8. **KEITA Hanine.** Relations fonctionnelles entre village, CSCOM et centre de santé de référence dans le district sanitaire de kolokani (système de référence évacuation sanitaire). Université de Bamako Thèse de médecine FMPOS 2006-75p-Annexes.
9. **SANKARE Ibrahim :** Organisation du système référence/évacuation au centre de santé de référence de la commine V du district de Bamako. Université du Mali, Thèse de médecine Bamako FMPOS 2001-92p-Annexes.

10. Ministère de la santé, .Direction nationale de la santé. Division santé familiale et communautaire.

Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence : évacuation au Mali. Mai 2000

11. 24. Diallo FB. ; Diallo MS ; Bangoura S. AB Camara : Césarienne facteur de réduction de la mortalité et de la morbidité fœto-maternelle au centre de santé IGNACE DEEN de Konakry (guinée) Médecine d'Afrique noir

12. DEBORAH Maine ET Col : Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence, guide destiné aux responsables des services obstétricaux -123p.

13. Patrick Holfld, François Marty.Ostétrique pathologie, diagnostic, thérapeutique 3^{ème} édition Paris Flammarion, 2004 XX- 36p : ill ; 20 cm ISBN 2-257-12159-7.

14. Jean Marie Thoulon, Jean Charles Pasquier, Philippe Audra.

La surveillance du travail d'accouchement .Paris Masson 2003 - 366p.ill ; 24 cm – ISBN 2-225-83845-3.

15. Caron C. Complications maternelles des césariennes résultats d'une étude multicentrique. Thèse de médecine 1986, marseille -87p.

16. HUGUIER. M, H. Maisonneuve : la rédaction médicale de la thèse à l'article original 4^{ème} édition 2003-XII- 176p :ill ; 24 cm – ISBN 2-7040-1137-0.

17. THIERO M : les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital GT à propos de 160 cas. Université de Bamako, Thèse de médecine FMPOS 1995- 72p-Annexes.

18. Macalou B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional fousseyni DAOU de kayes. Université de Bamako, Thèse de médecine Bamako FMPOS 2002 -79p. Annexes.

19. KEITA Yousouf. étude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Université de Bamako, Thèse de médecine Bamako FMPOS 2006 161p- Annexes.

20. COULIBALY Hamadou. Étude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune de Koulikoro du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005 –Université de Bamako, Thèse de médecine. FMPOS 2006 -196p-Annexes.

21. B blanc, P Monnier, Barbarino, B Carbonne. Gynécologie et obstétrique pour les médecin généraliste 28^{ème} journée nationale du CNGOF, Paris 2004 ; -123p. : Ill. ; 21 cm ISBN 2-7114-68197-2.

22. CISSE Ibrahima : La césarienne à la maternité régionale de Kayes à propos de 215 cas. Université du Mali, Thèse de médecine FMPOS, 2001-71p-Annexes.

23. KEITA Alexandre : Les accouchements à domicile pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Université d Bamako, Thèse de médecine. FMPOS 2006 49p- Annexes.

24. COULIBALY Salif DICKO Fatoumata. TRAORE Seydou Moussa - - [et al]. Enquête démographique et de santé, Mali 1995-1996 Bamako direction nationale de la statistique et d l'informatique, 375p – 28X22 cm- Annexe .

25. DIALLO Mamadou .Bassery, TRAORE Seydou Moussa---et [al.]

Enquête démographique et de santé, Mali 2001. Direction nationale de la statistique et de l'informatique, 2002 450p ; 28x22 cm- annexes.

IX- Annexes

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TANGARA

Prénom : Idrissa

Titre de la Thèse : La référence /évacuation dans le contexte de la gratuité de la césarienne au CSREF DE SAN

Ville de soutenance : BAMAKO

Année de soutenance : 2008

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Résumé :

La césarienne est un facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, et néonatale. Cependant dans notre contexte actuel cette prise en charge est limitée par un système de référence/évacuation défaillant, plateau technique défectueux, insuffisance et instabilité du personnel qualifié.

L'avènement de la gratuité de cette intervention par le gouvernement de la république du mali, en juillet 2005 sur toute l'étendu du territoire rentre dans les stratégies de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Par le présent travail, nous avons voulu faire le point sur les impacts de cette gratuité sur les prestations des services obstétricaux d'urgence au centre de santé de référence de San

Résultats :

Du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 nous avons enregistré 262 parturientes évacuées dont 149 césariennes soit une fréquence de 54,6% des parturientes évacuées à la maternité du CSREF de San.

Sur les 262 parturientes évacuées :

- 113 parturientes ont été admises avant le démarrage de la gratuité de la césarienne dont 53 césariennes soit une fréquence de 47% des parturientes évacuées avant le démarrage d la gratuité.
- 149 parturientes ont été césarisées après le démarrage de la gratuité soit une fréquence 60,4% des parturientes évacuées après le démarrage de la gratuité.

L'âge de nos parturientes a varié entre 14 et 45 ans. La tranche d'âge la plus représentative a été celle de 20-35 ans 58,8%.

L'infection a occupé le 1^{er} rang des complications avec 64,1% des complications dont 35,9% avant le démarrage de la gratuité de la césarienne et 28,2% après le démarrage de la gratuité.

Nous avons relevé 6 cas de décès maternels au cours des évacuations dont 2 décès par suite d'accouchement par voie basse : une par anémie aigue, et l'autre par insuffisance rénale aigue.

Les suites opératoires ont abouti à 4 décès dont 3 avant la gratuité de la césarienne, et 1 après le démarrage de la gratuité, et 3 décès sur 4 sont survenus dans un contexte d'hémorragie.

Sur 161 nouveaux nés de mère prise en charge au cours de la période de la gratuité nous avons enregistré 32 morts nés contre 71 morts nés sur 113 nouveaux nés de mère non prise en charge au cours de la période de la gratuité.

Conclusion :

L'avènement de la gratuité de la césarienne a contribué à une augmentation progressive de la fréquence des évacuations et des césariennes dans le cercle de San.

Sur un effectif de 113 femmes évacuées avant le démarrage de la gratuité 53 sont césarisées soit 47% des parturientes évacuées durant cette période.

Sur un effectif de 149 femmes évacuées après le démarrage de la gratuité on a 90 femmes césarisées soit 60,4% des parturientes évacuées après le démarrage de la gratuité.

Aussi les suites opératoires sont de moins en moins imprégnées de complications 35,9% avant le démarrage de la gratuité contre 28,2% après le démarrage de la gratuité.

Les décès surviennent pour la plupart dans un contexte d'hémorragie.

Mots clés : évacuation – césarienne – gratuité.

Fiches d'enquête : Femmes évacuées

Année : /_____/ mois : _____

N° d'ordre : _____/

Informations sur la femme :

Nom et prénom : _____/

Statut matrimonial : /___/ mariée, /___/ célibataire, /___/ divorcée, /___/ veuve

Age: /___/ans Ethnie : _____/ Profession : _____/

Résidence : _____/

Antécédents :

Parité : _____/ Gestité : _____/

Avortement : ___/ (oui/non) si oui spontané : ___/ provoqué : ___/

Nombre d'enfants vivants : ___/ Nombre d'enfants décédés : ___/

Accouchement antérieur (nature et nombre) : naturel : ___/ césarienne : ___/

Manœuvre obstétricaux : _____/

Évacuation

Provenance (structure sanitaire de départ) : _____/

Motifs d'évacuations : _____

Date et heure de départ du centre : _____/ (mois/jour/heure)

Moyen d'évacuation : _____ Distance parcourue : _____/

Situation obstétricale à l'entrée

CPN : _____/ (oui/non) lieu : _____/

Age gestationnel : _____/

Qualification de l'agent qui reçoit : _____/

Diagnostic retenu au CSRéf : _____

Soins reçus :

Type d'accouchement : naturel : ____/ césarienne : ____/

Autres à précisé : _____/

Si CESARIENNE OUI :

Indication de la césarienne : _____

Heure de prise de décision : ____/ **heure d'entrée au bloc :**

____/ **heure de sortie du bloc :** ____/

RESULTATS :

Mère :

Etat sortie: /____/ (1 =satisfaisant, 2 =non satisfaisant)

Si complication type : _____

Si décédée causes : _____

Durée de séjour après césarienne : /_____/

Enfant :

Poids : /____/ (g)

Sexe : /____/ (1= masculin, 2= féminin)

Apgar : /____/

Devenir : /____/ (1= satisfaisant, 2 = non satisfaisant, 3 = mort né)