ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 10 ▪ N° 24 (2015)

(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication
Mamadou Saliou Diallo
Rédacteur en chef
Namory Keita
Rédacteur en chef adjoint
Telly Sy
Comité de parrainage
Ministre de l'ESRS
Ministre de la Santé
Recteur Université de Conakry
Doyen FMPOS
M Kabba Bah
M Kader
P Diallo
E Alihonou
F Diadhiou
MK Bohoussou
C Welfens Ekra
M M Sall (CAMES)
A Gouazé (CIDMEF)
G Osagie (Nigeria)
Comité de redaction
MS Diallo
N Keita
MD Baldé
Y Hyjazi
FB Diallo,
F Traoré (Pharmacologie)
T Sy
AB Diallo
Y Diallo
M Cissé (Dermatologie)
M Doukouré (Pédopsychiatrie)
ML Kaba (Néphrologie)
OR Bah (Urologie)
NM Baldé (Endocrinologie)
A Touré (Chirurgie Générale)
LM Camara (Pneumo-phtisiologie)
Comité de lecture
E Alihonou (Cotonou)
K Akpadza (Lomé)
M A Baldé (Pharmacologie)
G Body (Tours)
M B Diallo (Urologie)
M D Baldé (Conakry)
N D Camara (Chirurgie)
CT Cissé (Dakar)
A B Diallo (Conakry)
F B Diallo (Conakry)
M S Diallo (Conakry)
A Dolo (Bamako)
A Fournié (Angers)
Y Hyjazi (Conakry)
N Keita (Conakry)
YR Abauleth (Abidjan)
M Koulibaly (Conakry)
J Lankoande (Ouagadougou)
Lekey (Yaoundé)
JF Meye (Libreville)
JC Moreau (Dakar)
A Diouf (Dakar)
RX Perrin (Cotonou)
F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita
Maternité Donka CHU de Conakry
BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 64 45 79 50
Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy
Maternité Ignace Deen CHU de Conakry
BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30
Email : sytelly@yahoo.fr

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
- Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
- Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Médicus, par exemple :

- Pour une revue:

1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et Obstétricales du CHU Ignace DEEN**.** *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:

2. Berland M . Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 218-225

- Pour un livre:

3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.

- Pour une thèse:

4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p

- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

La prise en charge des avortements a la maternité du centre hospitalier régional de Saint Louis de 2013 a 2015
Thiam O, Cisse ML, Diouf AZ, Niang M, Gueye M, Moreau JC.....1 - 6

Intérêt de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge des avortements incomplets du premier trimestre à l'hopital de la mére et de l'enfant de N'djamena-Tchad
Foumsou L, Kainba P, Mahamat P, Damthéou S, Djongali S, Hissein A, Lokossou A, Perrin RX....7 - 12

Facteurs influençant le pronostic fœtal et néonatal de l'accouchement à terme de singleton en présentation du siège: étude rétrospective comparative cas-témoins au centre hospitalier universitaire départemental du Borgou-Nord Bénin
Houndeffo T, Adisso S, Lokossou A, Capo-chichi BM, Takpara I, Perrin RX.....13 - 17

Délais de réalisation des césariennes en urgence dans le contexte de la gratuité ciblée à la maternité du CHU de Treichville (Abidjan)
P Guié, J M Dia, E Bohoussou, Yao I, E Nguessan, M Oyelade, G Okon, S Anongba.....18 - 21

Pratiques recommandées et non recommandées au cours de l'accouchement normal au centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou (Bénin)
Hounkpatin BIB, Obossou AAA, Tshabu Aguemon C, Hounkponou FN, Aboubakar M, Otchoun UP, Perrin RX..... 27- 31

Aspects épidémiologiques, cliniques et socioculturels de l'excision dans le district de Bamako
Sylla M, Diakite FLF, Diakite AA, Toure M, Traore A, Diallo O, Diawara M, Toure A, Sidibe T...32 - 37

Les anomalies d'insertion placentaire en milieu hospitalier de Ouagadougou. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques
Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Yameogo B, Kain DP, Komboigo E, Kabore X, Sawadogo W, Lankoande J.....38 - 42

Retour précoce à domicile après accouchement normal à la maternité du CHUD/Borgou en 2015
Denakpo JL, Sidi R, Tognifode MV, Aguemon C , Kpoton SGG, Perrin RX.....43 - 50

CAS CLINIQUE

Syndrome de la queue de cheval et grossesse : analyse d'un cas et revue de la litterature
AB Bah, T Sy, J Donamou, AB Diallo, A Toure, AT Diallo, ND Camara.....51 - 53

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

The management of abortions at the maternity regional hospital of saint louis from 2013 to 2015
Thiam O, Cisse ML, Diouf AZ, Niang M, Gueye M, Moreau JC.....1 - 6

Interest of manual vacuum aspiration (MVA) for management of incomplete abortion first trimester in child and mother hospital of N'djamena.
Foumsou L, Kainba P, Mahamat P, Damthéou S, Djongali S, Hissein A, Lokossou A, Perrin RX....7 - 12

Factors influencing fetal and neonatal prognosis term delivery of singleton breech presentation: a retrospective case-control comparative study at the university hospital departmental Borgou -north Benin
Houndeffo T, Adisso S, lokossou A, Capo-chichi BM, Takpara I, Perrin RX.....13 - 17

Time of execution emergency caesarean sections in the context of free care at the maternity of teaching hospital of treichville (abidjan)
P Guié, J M Dia, E Bohoussou, Yao I, E Nguessan, M Oyelade, G Okon, S Anongba.....18 - 21

Pratiques recommandées et non recommandées au cours de l'accouchement normal au centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou (Bénin)
Hounkpatin BIB, Obossou AAA, Tshabu Aguemon C, Hounkponou FN, Aboubakar M, Otchoun UP, Perrin RX..... 22- 28

Epidemiological, clinical, socio-cultural and economic aspects, female genital cutting in the district of Bamako
Sylla M, Diakite FLF, Diakite AA, Toure M, Traore A, Diallo O, Diawara M, Toure A**,** Sidibe T....29 - 37

The placental insertion abnormalities in ouagadougou hospitals: about epidemiological, clinical and prognostic aspects.
Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Yameogo B, Kain DP, Komboigo E, Kabore X, Sawadogo W, Lankoande J.....38 - 42

Early return home delivery normal after maternity of chud / borgou by 2015
Denakpo JL, Sidi R, Tognifode MV, Aguemon C , Kpoton SGG, Perrin RX.....43 - 50

CASE REPORT

Cauda equina syndrome and pregnancy: case report and literature review
AB Bah, T Sy, J Donamou, AB Diallo, A Toure, AT Diallo, ND Camara.....51 - 53

DELAIS DE REALISATION DES CESARIENNES EN URGENCE DANS LE CONTEXTE DE LA GRATUITE CIBLEE A LA MATERNITE DU CHU DE TREICHVILLE (ABIDJAN)

TIME OF EXECUTION EMERGENCY CAESAREAN SECTIONS IN THE CONTEXT OF FREE CARE AT THE MATERNITY OF TEACHING HOSPITAL OF TREICHVILLE (ABIDJAN)

P GUIÉ, J M DIA, E BOHOUSSOU, YAO I, E NGUESSAN, M OYELADE, G OKON, S ANONGBA.

Corresondances: Guié Yéré Privat Service de gynécologie Obstétrique du CHU de Treichville, BP V 13 Abidjan (RCI)
E-mail : pagyka1@gmail.com CEL : (225) 07 07 39 89

RESUME :

Introduction : Les difficultés d'accès aux médicaments du fait de leur coût, étaient dans notre service l'une des principales causes des retards de la prise en charge des patientes. Nous avons mené cette étude sur les césariennes en urgence avec pour objectif d'évaluer l'impact de la gratuité des soins sur les délais de réalisation d'une césarienne en urgence

Méthodologie : Il s'agit d'une étude de type cas-témoin comparant les délais de réalisation de la césarienne en urgence avant et après la mise en application de la gratuité ciblée

Résultats : La gratuité a permis une hausse des césariennes en urgence de 61%, et une réduction mais non significative des délais entre les indications et les incisions (le délai moyen était de 4H 28 min avant la gratuité et 3 H 25 min pendant la gratuité). Les délais de réalisation des césariennes en urgence étaient généralement supérieurs à 2 heures. Les principales causes des retards étaient l'indisponibilité du bloc (40,5%), l'attente de complément de kit (30,2%) et l'attente des résultats du bilan pré opératoire (29,3%). Quant au pronostic maternofoetal, la gratuité des soins a permis la réduction non seulement des décès maternels (qui sont passés de 2,35% à 0,83%) mais également des décès fœtaux passant de 18,63% à 9,38% (soit de moitié).

Conclusion : cette étude nous a montré que la gratuité des soins a été bénéfique sur le pronostic maternofoetal. On constate cependant que les délais de réalisations de la césarienne en urgence sont toujours longs du fait d'autres facteurs : un seul bloc opératoire (souvent occupé), la lenteur des résultats du bilan préopératoire et des kits de césarienne souvent incomplets.

Mots clés : Césarienne en urgence – Gratuité des soins - Délais

ABSTRACT

Introduction: The difficulties to pay the drugs, were in our service one of the main causes of delays in the care of patients. We conducted this study on the Caesarean in urgency with objective to evaluate the impact of the free medical care on the time of execution a Caesarean in urgency.

Methodology: it is a case-control type of study comparing the execution time of the emergency cesarean before and after the application of the free care.

Results: The care free allowed a rise of the Caesareans in urgency of 61%, and a reduction but not significant of average time between the indications and the incision (of 4:28 min before the exemption from payment at 3:25 min during the exemption from payment). Times of realization of the Caesareans in urgency were generally higher than 2 hours. The main causes of delays were the unavailability of the operating room (40.5%), pending additional kit (30.2%) and pending the results of the pre-operative assessment (29.3%). Free care also helped reduce maternal deaths (which increased from 2.35% to 0.83%) and fetal death from 18.63% to 9.38% (either of half)

Conclusion: this study showed us that the free medical care was beneficial on the health maternofoetal. But is noted that the execution time of the emergency caesarean are always long because other factors: one operating room (often busy), the slow results of preoperative and often incomplete caesarean kits

Keywords: emergency Caesarean - Free health care – Time

INTRODUCTION

Les difficultés d'accès aux médicaments du fait de leur coût, étaient dans notre service l'une des principales causes des retards de la prise en charge de nos patientes [1].L'état ivoirien dans le souci de réduire la mortalité liée à la grossesse et tendre ainsi vers l'OMD 5, a depuis 2011 instauré la gratuité ciblée des soins (destinée aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans) pour permettre l'accès aux soins des populations les plus pauvres. Après un an d'application de cette politique dans notre service, nous nous sommes proposés de mener une étude sur les césariennes en urgence. L'objectif étant de préciser l'impact de la gratuité ciblée sur les délais de réalisation d'une césarienne en urgence et leur conséquence sur le pronostic materno-foetal.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons mené une étude de type cas- témoin comparant des patientes césarisées en urgence dans le cadre de la gratuité des soins (les cas) à une population témoin césarisée dans les mêmes conditions mais avant la gratuité des soins. Le recrutement des patientes s'est fait sur 2 périodes de 1 an chacune : la 1ère période allant du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009 (avant la gratuité ciblée) a concerné la population témoin ; la 2ème période s'étendait du 1er septembre 2012 au 31 août 2013 (pendant la gratuité ciblée) et a recensé la population des cas.

Ont été incluses les patientes ayant bénéficié d'une césarienne en urgence et ayant un dossier correctement renseigné sur les délais de réalisation de la césarienne et les raisons du retard. Nous avons ainsi colligé 480 cas et 510 témoins et les données ont été analysées à partir des calculs de fréquence, calculs de moyenne et le test de Odd ratio (OR) et IC à 95%

RESULTATS

1- Nombre d'admission et de césarienne en urgence pendant les périodes d'étude

Nous avons reçu 5703 patientes en salle d'accouchement et pratiqué 1320 césariennes en urgence durant la période de la gratuité contre 4023 admissions et 870 césariennes en urgence durant la première période (soit une hausse de 42% des admissions et de 61% des césariennes en urgence).

2- Les Délais entre l'admission et l'indication de césarienne.

Tableau 1 : Répartition des patientes en fonction des délais entre l'admission et l'indication de césarienne.

Délais	Cas	Témoins	OR	IC	
< 1 heure	167	163	1,14	0,88- 1,49	NS
1heure et 2 Heures	107	125	0,88	0,66- 1,18	NS
≥ 2 heures	206	222	0,98	0,76- 1,26	NS
TOTAL	480	510			

Les délais moyens entre l'admission et l'indication de césarienne étaient de 1h 38 min (extrême 10min- 6heures) pendant la gratuité ciblée et de 1h 51 (extrême 12min- 7heures) avant la gratuité ciblée.

1- Les délais entre l'indication et l'incision.

Tableau 2 : Répartition des patientes selon les délais entre l'indication et l'incision.

Délais	Cas	Témoins	OR	IC	
< 2H	33	31	1,14	0,69 – 1,89	NS
2H- 4H	221	190	1,44	1,12- 1,86	**S**
4H- 6H	125	158	0,78	0,59- 1,04	NS
> 6H	101	131	0,77	0,57- 1,04	NS
TOTAL	**480**	**510**			

Le délai moyen entre l'indication et l'incision était de 3H25 min (extrêmes 37min- 5heures) pendant la gratuité des soins et de 4H48min (extrêmes 53min- 10heures) avant la gratuité des soins. La réalisation de la césarienne dans un délai de 2 à 4 heures a été significative pendant la gratuité.

1- Les causes des délais d'attente (retards).

Les principales causes des retards étaient le bloc opératoire occupé par d'autres urgences (40,5%), l'attente de compléments de kit (30,2%) et l'attente des résultats du bilan pré opératoire (29,3%).

2-Le pronostic materno-foetal.

Tableau 3 : Répartition selon la morbi-mortalité materno-fœtale.

Morbi- Mortalités		Cas	Témoins	OR	IC	
Mères						
- **Complications post op**	No n	405	451	0,71	0,5-1,02	NS
	Oui	75	59			
- **Décès**	Non	476	498	2,87	0,9-8,9	NS
	Oui	4	12			
Fœtus						
- **APGAR**	= 8	286	264	1,36	1,06-1,75	S
	= 7	195	246			
- **Décès**	Non	435	415	2,21	1,51-3,23	S
	Oui	45	95			

L'impact de la gratuité des soins sur les complications post opératoires et sur la mortalité maternelle n'était pas significatif. La mortalité maternelle était de 2,35% avant la gratuité et de 0,83% pendant la gratuité.
La gratuité des soins a eu un impact significatif sur la naissance de nouveau- nés sain et sur la mortalité fœtale. Il y a eu un taux de décès fœtaux de 18,63% avant la gratuité et de 9,38% pendant la gratuité.

DISCUSSION

Le bilan d'activité durant les périodes d'étude nous a permis de constater que pendant la gratuité des soins, nous avons eu une hausse des admissions, et des césariennes en urgence. Dans la sous-région dans les pays pratiquant la gratuité des soins, le même constat a été fait permettant d'affirmer que la gratuité des soins facilite l'accès des femmes indigentes au système de santé [2-4].
L'analyse des délais entre l'admission de nos patientes et l'indication de la césarienne a montré que la gratuité ciblée des soins n'a pas eu d'influence significative sur ces délais. La gratuité des soins n'a donc pas influencé nos décisions d'indiquer une césarienne, et tel n'était pas son but.
Concernant l'étude des délais entre l'indication de césarienne et l'incision, nous avons constaté que la gratuité a favorisé de façon significative la réalisation de ces césariennes dans un délai de 2 à 4 heures. Cependant ces délais restaient toujours longs : supérieurs à 2 heures**.** Dans une première étude faite avant la gratuité des soins par Bohoussou dans notre service, il avait été rapporté ces longs délais entre l'indication et l'incision [1].
Les délais séparant la décision de césarienne et l'incision dans les cas d'urgence ont fait l'objet de plusieurs publications. Dans les pays développés les différents auteurs ont rapporté des délais inférieurs à 1heure, et insisté sur le fait de les réduire au maximum [5-9]. Quand à Lucas [10], il a proposé des délais de césarienne en fonction d'une classification des urgences :
- pour les césariennes urgentes classées code rouge (cas de menace immédiate du pronostic vital maternel ou fœtal) : le délai entre l'indication et l'incision ne doit pas excéder 15 minutes ;
- pour les césariennes urgentes classées code orange (cas de menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal) : le délai ne doit pas excéder 30 minutes ;
- pour les césarienne non urgentes classées code vert (cas de nécessité d'une naissance prochaine mais sans menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal) : le délai ne doit pas excéder 1 heure.

Les principales causes des retards dans notre étude étaient le bloc opératoire occupé par d'autres urgences (40,5%), l'attente de complément de kit (30,2%) et l'attente des résultats du bilan pré opératoire (29,3%).
L'occupation du bloc opératoire par d'autres urgences a été la première raison des retards dans la réalisation de la césarienne. Le service fonctionnait avec un seul bloc des urgences 24H/24, empêchant ainsi la pratique simultanée de plusieurs interventions en urgence. Avec la gratuité il y a eu une hausse de nos activités sans mesure d'accompagnement visant à faire face à cette situation (élargir notre plateau technique et capacité d'accueil). Nous avons continué à travailler avec un seul bloc des urgences, une seule équipe de garde. En outre, les blocs opératoires des hôpitaux généraux satellites ont continué à ne pas assurer de gardes nous adressant davantage de malades en urgences.
La deuxième cause des retards était l'attente des résultats du bilan pré opératoire pouvant excédée les

2 heures. Nous ne disposions pas de tests rapides pour la réalisation de bilan simple tel que le groupe sanguin ou le taux d'hémoglobine, qui pourraient réduire les retards liés à l'attente du bilan dans les extrêmes urgences.

Quant aux kits ils, 3ème cause de retard (excédant les 6 heures), bien que devenus gratuits, ils étaient parfois incomplets. Cette situation a constitué alors un véritable problème car les parents devaient alors acheter les produits manquant dans les pharmacies privées hors de l'hôpital. Il s'agissait souvent de produits hospitaliers difficiles à trouver dans les pharmacies habituelles surtout au cours des gardes de nuit.

Concernant le pronostic des mères, la gratuité n'a pas eu d'influence significative sur les complications post op dominées par l'infection. Ces infections sont favorisées par la surexploitation du bloc opératoire en urgence. Par ailleurs les antibiotiques fournis gratuitement ne sont pas souvent adaptés à la flore microbienne présente. Néanmoins la gratuité a permis une baisse non significative de la mortalité maternelle passant de 2,35% avant la gratuité à 0,83%. Thera au Mali a constaté également une réduction progressive des taux de décès maternels entre 2004 et 2008 avec l'application de la gratuité des soins [4].

Quant au pronostic fœtal, la gratuité des soins a significativement influencé la naissance de nouveau-né sain et a baissé le taux de décès fœtaux de 18,63% à 9,38% (soit de moitié). Ceci est dû au fait que la gratuité a permis de débuter très rapidement certains traitements pré opératoires et de réaliser effectivement certaines césariennes dans des délais plus courts.

CONCLUSION :

Il ressort de notre étude que la gratuité ciblée a eu un impact sur nos activités en salle d'accouchement: augmentation de nos accouchements, réduction du délai moyen d'attente d'une césarienne en urgence, réduction du taux de décès materno-foetal. Ce constat bien que flatteur reste insuffisant car la majorité des césariennes en urgence était réalisée après 2H d'attente. Les principales causes de ces retards étaient l'indisponibilité du bloc opératoire, l'attente des compléments de kits et du bilan pré opératoire.

Ces constats nous amènent à faire des recommandations afin de rendre plus efficace cette politique de gratuité des soins: la mise à disposition de test rapide (groupe sanguin rhésus – hemocut…) en salle d'accouchement ; le renouvèlement des kits sans retard ; la mise à disposition de 2 blocs d'urgences et de 2 équipes de garde ; rendre opérationnel 24H/24 les blocs des hôpitaux généraux satellites.

REFERENCES

1- Bohoussou K P E, Tegnan J A, Abauleth Y R, Yépié M A, Gnamien H, Anongba S, Touré Coulibaly K. La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville: à propos de 203 cas (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Annales de la SOGGO 2006; 2(7): 36-41.*

2- **Olivier De Sardan JP, Ridde V**. Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger). Collection Etudes et Travaux du LASDEL n°89 Septembre 2011 www.lasdel.net.

3- Oumar M S, Loubna B, Valéry R. « Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? », *Humanitaire*, 35 | 2013, 34-43.

4-**Thera T, Teguete I, Traore Y, Kouma A, Traore B, Kokaina C, Dolo T, Samassa B, Traore M, Dolo A**. Réduction de la mortalité maternelle et néonatale par la gratuite de la césarienne à l'hôpital nianankoro fomba de Segou au Mali. Mali médical 2013 tome xxviii n°2.

5- **Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U et al.** Crash emergency cesarean section : decision to delivery interval under 30 min and its effect on APGAR and umbilical artery pH. Arch Gynecol Obstet 2005 ;273 :161-5.

6- **Nasrallah F K, Harirah H M, Vadhera R.** The 30 minutes decision to incision interval for emergency caesarean delivery : fact or fiction ? Am J Perinatal 2004 ; 21 :63-68.

7- **Spencer M K, Maclennan A H**. How long does it take to deliver a baby by emergency caesarean section ? Aust N Z J Obstet Gynaecol 2001 ; 41 :7-11.

8- **McCahon R A, Catling S.** Time required for surgical readiness in emergency caesarean section : spinal compared with general anesthesia. Int J Obstet Anest 2003 ;12 :178-82.

9- **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada**. Déclaration sur les temps d'attente en obstétrique-gynécologie. J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 3, 2008, p. 258–270.

10- **Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M, et al**. Urgency of caesarean section: a new classification. J R Soc Med 2000;93:346—50.