ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 8 ▪ N° 20 (2013)

(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

Pronostic fœtal en cas d'accouchement par le siège au centre de santé roi Baudouin de Dakar
Faye Dieme ME, Moreira PM, Thiam M, Diouf AA, Bentahir S, Diouf A, Gaye A, Moreau JC.....1 - 6

Les infections du site opératoire après césarienne a la maternité du CHUde Treichville à Abidjan. (Abidjan, Côte d'Ivoire)
Bohoussou KPE, Guié P, Dia JM, Oyeladé M, Tegnan JA, Anongba S, Touré Coulibaly K.....7 - 12

Carcinome lobulaire infiltrant du sein révélé par une métastase cervicale utérine : à propos d'un cas en Guinée.
Traore B, Dem A, Kaba ML, Keita M, Conde M.....13 - 17

Lésions traumatiques vuvlvo-vaginales non obstétricales au CHU Souro Sanon de Bobo-dioulasso, Burkina faso
Somé DA, Toure B, Ouattara S, Sioho N, Bambara M, Dao B.....18 - 22

Episiotomie versus déchirure périnéale : étude des facteurs de risque au CHU de Pointe à Pitre / Abymes Guadeloupe
Cisse ML, Abauleth R, Bonnechose L, Kadhel P, Janky E..... 23 - 26

Soins obstetricaux et neonataux d'urgence (SONU) en zone rurale Sénégalaise
Thiam O, Toure FB, Cisse ML, Niang M, Mbaye M, Moreau JC..... 27- 31

Choix contraceptifs des adolescentes gabonaises en post abortum : methodes de longue durée versus courte duree.
Mayi-Tsonga S, Mimbila M, Essomo Megnier-Mbo M, Assoumou P, Minkobame U, Ngouafo D .....32 - 37

CAS CLINIQUE

Myomectomie sur grossesse à propos d'un cas au CHU de Yopougon
Seni K, Horo A, Adjoussou S, Fanny M, Kone M.....38 - 40

Diagnostic échographique d'un jumeau acardiaque au premier trimestre : a propos d'un cas.
Diouf AA, Faye ME, Niang M, Gueye M, Diouf A.....41 - 45

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Foetal prognosis of breech presentation at roi baudouin health center of dakar
Faye Dieme ME, Moreira PM, Thiam M, Diouf AA, Bentahir S, Diouf A, Gaye A, Moreau JC.....1 - 6

Surgical site infections following caesarean section in the maternity of university teaching hospital of Treichville.(Abidjan, Côte d'Ivoire)
Bohoussou KPE, Guié P, Dia JM, Oyeladé M, Tegnan JA, Anongba S, Touré Coulibaly K.....7 - 12

Invasive lobular carcinoma of the breast revealed by uterine cervical metastasis: a case report in guinea.
Traore B, Dem A, Kaba ML, Keita M, Conde M.....13 - 18

Non obstetrical vulvovaginal injuries by traumas in souro sanou university teaching hospital, bobo-dioulasso, burkina faso
Somé DA, Toure B, Ouattara S, Sioho N, Bambara M, Dao B.....18 - 22

Episiotomy versus tear perineal: study of risk factors CHU Pointe a Pitre / Abymes Guadeloupe
Cisse ML, Abauleth R, Bonnechose L, Kadhel P, Janky E..... 23 - 26

Emergency obstetric and neonatal care (SONU) in rural Sénégal.
Thiam O, Toure FB, Cisse ML, Niang M, Mbaye M, Moreau JC..... 27- 31

Contraceptive choice of gabonese's adolescents following abortion : long acting methods versus short acting)
Mayi-Tsonga S, Mimbila M, Essomo Megnier-Mbo M, Assoumou P, Minkobame U, Ngouafo D .....32 - 37

CASE REPORT

Myomectomie sur grossesse a propos d'un cas au CHU de Yopougon
Seni K, Horo A, Adjoussou S, Fanny M, Kone M.....38 - 40

Ultrasound diagnosis of acardiac twin in first trimester: a case report
Diouf AA, Faye ME, Niang M, Gueye M, Diouf A.....41 - 45

SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE (S.O.N.U) EN ZONE RURALE SENEGALAISE.

EMERGENCY OBSTETRIC AND NEONATAL CARE (SONU) IN RURAL SENEGAL.

THIAM O[1], TOURE FB[1], CISSE ML[2],NIANG M[2], MBAYE M[2], MOREAU JC
[1]Centre Hospitalier Régional de Ndioum, Sénégal
[2]Clinique Gynécologique Et Obstétricale, C.H.U. Aristide Le Dantec, Université Cheikh Anta. Diop De Dakar, Sénégal

Correspondances : Mr **Ousmane Thiam** : Gynécologue Obstétricien au Centre Hospitalier Régional De Ndioum, SENEGAL. BP 30, PODOR. Email : cassoumane@yahoo.fr Telephone : 00 (221) 77 5085071

RESUME

Objectifs : le but de notre travail était d'évaluer les soins obstétricaux d'urgence dans une maternité périphérique de niveau II, analyser les tendances évolutives afin de proposer des solutions visant à améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence.

MATERIELS ET METHODES :

Notre étude a eu pour cadre le centre Hospitalier Régional de NDIOUM au nord du Sénégal. Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et longitudinale de 7 ans.

RESULTATS

Nous avons enregistré 6234 accouchements avec une moyenne annuelle de 890. La mortinatalité a diminuée de 60%. Le nombre de césarienne était de 989 avec un taux de 18,36%, dominé par les césariennes obligatoire dans 58%, de prudence dans 33% et de nécessité dans 9%. Les évacuations représentaient 30% des admissions. Nous avons relevé 85 cas de décès maternels soit 12,1 cas par année. Le taux de mortalité maternelle était de 1579,9 pour 100.000N.V. Les causes étaient directes dans 69% des cas et indirectes dans 31% cas.

CONCLUSION : Les résultats de ce travail confortent sur un fait : le centre hospitalier régional de NDIOUM de part sa position géographique constitue un centre de référence dans le dispositif au nord du Sénégal. La disponibilité des SONUC a permis d'améliorer les indicateurs en santé maternelle et néonatale dans la zone. Alors, il convient d'insister sur la nécessité de la décentralisation des activités obstétrico-chirurgicales en périphérie.

Mots clés : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence, mortalité matérno-fœtal, Sénégal.

SUMMARY

Objectives: The aim of our study was to evaluate the emergency obstetric care in a maternity peripheral analyze trends evolving in order to offer solutions to improve the quality of care.

MATERIALAND METHODS:

Our study was part of the Centre Hospitalier Regional Ndioum. Center at 500 km from Dakar in the region of Saint Louis in northern Senegal. This was a retrospective longitudinal descriptive and from 1 January 2005 to 31 December 2011, a period of 7 years. It took into account all patients who underwent surgical or obstetrical procedure performed in an emergency.

RESULTS:

We recorded 6,234 deliveries with a monthly average of 890. Stillbirth decreased by 60%. The number of cesarean delivery was 989 with a rate of 18.36%, dominated by caesarean compulsory in 58% of care in 33% and 9% in need. Evacuations represented 2036 cases, or 30% of obstetric admissions. We identified 85 cases of maternal deaths or 12.1 cases per year. The maternal mortality rate was 1579.9 for 100.000NV .Were direct causes in 69% of cases and 31% indirect cases.

CONCLUSION: The results of this study confirm a fact: the regional hospital Ndioum of its geographical position is a reference center in the north of Senegal device. Availability SONUC has improved indicators in maternal and newborn health in the area. So, it is important to emphasize the need for decentralization of obstetric-surgical periphery.

KEY WORDS: Emergency obstetric care, maternal and fetal mortality.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle est un grave problème de santé publique auquel sont confrontés les pays en développement. Il existe une disparité énorme entre les pays en développement et ceux dits développés. On estime ainsi le ratio de décès maternel à 1020 pour 100.000 N.V. dans les pays en développement contre 15 pour 100.000 NV dans les pays développés [10]. Au Sénégal ce taux est estimé à 392 pour 100.000 NV. [5]. Ainsi plusieurs stratégies sont proposées pour réduire cette mortalité élevée dans les pays en développement, parmi elles, les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) occupent une place incontournable [4]. L'impact de la qualité des SONU sur la mortalité et la mortinatalité fait aujourd'hui, que cette activité est surveillée de près par les prestataires de soins et les pouvoir publics. L'objectif de notre travail était d'évaluer les soins obstétricaux d'urgence dans une maternité périphérique, analyser les tendances évolutive afin de proposer des solutions visant à améliorer la qualité des soins.

I. MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et longitudinale allant du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2011, soit une période 7 ans. Elle a eu pour cadre le centre Hospitalier Régional de NDIOUM. Centre situé à 500 km de Dakar, dans la région de Saint Louis au nord du Sénégal. Il constitue ainsi le centre de référence. Il dispose d'un chirurgien généraliste depuis 1995, d'un pédiatre depuis 2003 et d'un gynécologue depuis 2009. La maternité dispose de 4 sages-femmes. Le Centre Hospitalier couvre 2 districts dans lesquels les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) sont disponibles sur 52 postes de santé. Il compte 42644 de femmes en âge de reproduction avec 15401 naissances attendues par an. Elle prenait en compte toutes les patientes ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale ou obstétricale effectuée en urgence. Les données ont été recueillies grâce aux registres de la salle d'accouchement, du bloc opératoire, de décès du service des entrées, et les rapports trimestriels
L'exploitation des données a été effectuée grâce aux logiciels Epi6inf.

II. RESULTATS

1. Les accouchements

Avec un total de 6234 accouchements enregistrés durant la période d'étude, la moyenne annuelle était de 890. Nous avons noté une différence remarquable entre 2010, 2011 et les autres années. La fréquence des extractions instrumentales a augmenté, notamment celle par ventouse s'est multipliée par 5, passant de 26 en 2006, 2007 à 100 en 2010, 2011 **(Figure 1)**

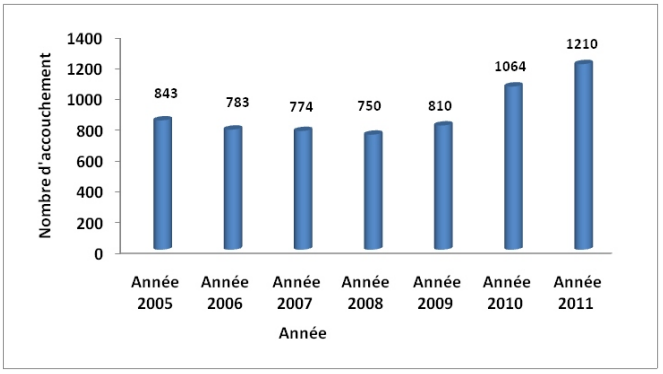

Figure1 : Evolution du nombre d'accouchements de 2005 à 2011.

2. Les naissances et mortinatalité

Depuis 2006, nous avons observé une nette diminution (60%) de la mortinatalité et une augmentation des naissances vivantes et des accouchements **(Figures 2 et 3)**.

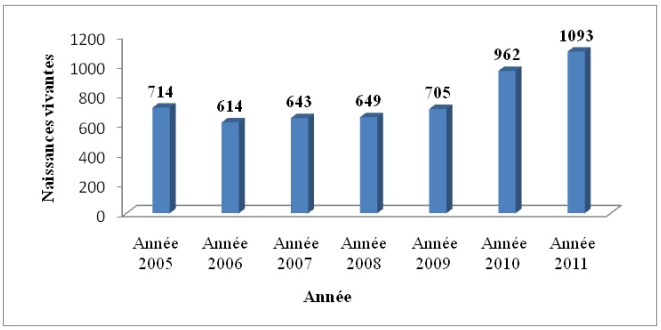

Figure 2 : Evolution du nombre de naissances vivantes de 2005 à 2011

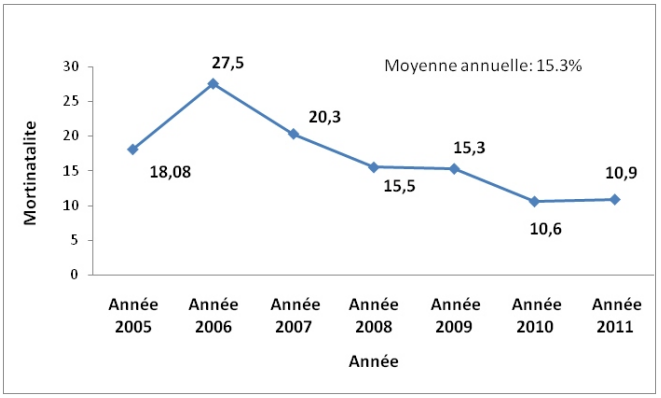

Figure3 : Evolution de la mortinatalité de 2005 à 2011.

3. Les césariennes

Durant les 7 années, 989 césariennes ont été réalisées ; ce qui donnait un taux de 18,38%. Le nombre de césarienne était stable entre 2005 et 2009 et tournait au tour de 70 à 90. A partir de 2010 le nombre était multipliait par 3.

Les indications de césarienne étaient dominées par les césariennes obligatoires (58%), suivie des césariennes de prudence (33%) et des césariennes de nécessité (9%).

4. Les évacuations

Les évacuations étaient de 2068 durant les 7 ans, soit près de 33 % des admissions obstétricales. Elles provenaient des districts de Podor dans 54% des cas, de Pété dans 43% des cas, de la région de Louga pour 2% et de celle Matam pour 1%. Nous avons noté une évolution progressive du nombre des évacuations qui passait de 190 en 2005 à 564 en 2011 soit plus de 4 fois. Trente-deux pour cent de ces évacuées avaient bénéficié d'une césarienne, 28% avaient accouché par voie basse, 11% avaient bénéficié d'une pratique de ventouse. Dix pour cent étaient hospitalisées pour une grossesse pathologique et 5 % avaient bénéficié d'une prise en charge d'un avortement. Une manœuvre obstétricale était pratiquée chez 4% des patientes évacuées **(Figure 4).**

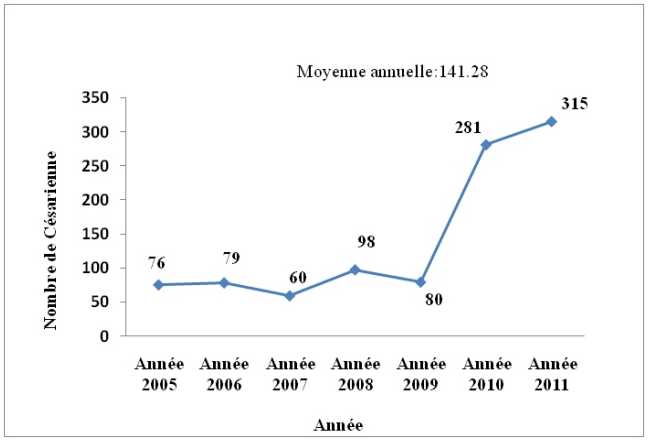

Figure 4 : Evolution du nombre de césariennes.

5. Les pathologies et mortalité maternelle

Nous avons noté 85 cas de décès maternels, soit 1579.9 pour 100.000 N.V.avec 59 cas de causes obstétricales directes soit 69%. L'hématome rétro-placentaire représentait la première cause de décès avec 21 cas (24.7%), suivie des hémorragies du post-partum (HDD : 10 et lésions cervico-vaginale : 6) avec 16 cas (18,8%). L'éclampsie et la pré-éclampsie étaient impliquées dans 13 décès (15,3%).

La rupture utérine était la cause de décès maternel dans 6 cas (7%). La grossesse extra-utérine était retrouvait dans 2 cas (2,3%). Le placenta prævia a été responsable de décès dans un cas (1,17%). Les causes indirectes étaient responsables de 26 cas de décès (30,5%). Il s'agissait de l'anémie dans 13 cas (15%), d'autres associations morbides (Cardiomyopathie du post-partum : 2 cas, cardiopathies : 1 cas, tuberculose : 3) dans 6 cas (7%). **(Tableau I**

Tableau I : Létalité par pathologies

Pathologies	Nombre total	Nombre de Décès	Létalité (%)
Hématome rétro-placentaire	460	21	4,5
Pré-éclampsie	336	0	0
Eclampsie	232	13	5,6
Placent Prævia	158	1	0,6
Rupture utérin	46	6	13
Hémorragies du Post-partum (HDD*, LCV**)	151	16	10,6
Avortement	513	0	0
Infection	188	7	3,7
Anémie	659	13	2,12
Grossesse extra-utérine	33	2	6
Autres associations morbides	170	6	3,5

*HDD : Hémorragies de la délivrance, **LCV : Lésions cervico-vaginales.

DISCUSSION

L'étude nous a permis de dresser un bilan global des activités obstétricales et leurs tendances évolutives. Depuis la disponibilité des SONU 24H/24 en 2009, l'équipe de la maternité a dû faire face à une augmentation de son activité obstétricale. Le nombre d'accouchement a presque doublé ; celui des césariennes a été multiplié par 4 (n=315), la moyenne annuelle des évacuations reçues dans la structure a été multipliée par 5 (n=564). La nécessité de la disponibilité des SONU a été évoquée par Moreau [9] et M'Baye [8] dans deux études réalisées à Rufisque.

Les indicateurs d'utilisation des services ont été améliorés. Le taux de césarienne par rapport aux accouchements est passé de 9% à 26%. L'analyse du taux de césarienne montre que l'activité chirurgicale occupe une place importante dans le service.. Ceci s'explique par la position géographique du Centre Hospitalier Régional qui couvre 52 postes de santé où les SONUB sont disponibles et que la plupart des cas référés vers ce centre sont des cas graves qui nécessitent souvent une intervention obstétricaux-chirurgicale. Néanmoins, notre taux de césarienne dépasse largement celui recommandé par l'OMS [11] qui est de 5 à 15% et reste très élevé comparé à ceux retrouvés dans certains pays d'Afrique [6,10].

Devant une évolution mal maitrisée des taux de césarienne, nous approuvons avec Boisselier [1] que le mieux est de classer les indications en trois

groupes :
- La césarienne obligatoire : elle concerne les situations où l'accouchement ne peut être réalisé que par la voie haute : disproportions foet-pelvienne, placenta prævia, présentations anormales, rupture utérine ;
- La césarienne de prudence : elle correspond à des circonstances pour lesquelles une intervention n'est pas certes pas indispensable mais peut apporter dans ces cas là un meilleur pronostic maternel mais surtout fœtal : utérus cicatriciel, présentation du siège, souffrance fœtale, enfant précieux ;
- La césarienne de nécessité : elle est pratiquée pour des pathologies en général accessible à un traitement médical préventif mais qui, en l'absence de surveillance ou de prise en charge pendant la grossesse ou l'accouchement, peuvent avoir une évolution défavorable et conduire à une intervention chirurgicale en urgence : dystocie dynamique, hypertension artérielle ou autres pathologies maternelles.

A partir de ce moment, il devient facile de comprendre que les taux de césariennes de nécessité doivent obligatoirement être amoindris par un suivi étroit de la grossesse et de l'accouchement à haut risque dans un centre de référence.

Le taux de mortalité maternelle relevé (1579/100.000 N.V.) nous semble d'autant plus élevé que le chiffre relevé au niveau national (392/100.000 N.V.) [5]. Le même constat est fait par rapport aux chiffres hospitaliers [6,8]. Les causes de décès sont dominées par les hémorragies suivies des complications paroxystiques de l'hypertension artérielle (Pré-éclampsie, Eclampsie). Ces données sont comparables à celles trouvées dans la littérature africaine [2, 3, 10, 12]. Dans notre structure, le sang et ses dérivées sont rarement disponibles en urgence ce qui explique le nombre important de décès causés par l'hémorragie.

La mortinatalité est également un facteur très utile pour la surveillance de l'activité obstétricale. Le taux est passé de 180 pour 1000 à 100 pour 1000 ; ce qui est comparable à certaines données de la littérature africaine [7,13]. Ce taux dégressif de la mortinatalité dénote des efforts importants important dans la formation de l'équipe à la réanimation néonatale.

I. CONCLUSION

Les résultats de ce travail confortent sur un fait : le centre hospitalier régional de NDIOUM de par sa position géographique constitue un centre de référence dans le dispositif au nord du Sénégal. La disponibilité des SONUC a permis d'améliorer les indicateurs en santé maternelle et néonatale dans la zone. Alors, il convient d'insister sur la nécessité de la décentralisation des activités obstétrico-chirurgicales en périphérie.

REFERENCES

1. Boisselier., Moghioracos P., et al.
Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 18505 accouchements. J. GynecolObstet Biol Reprod,1987 ;16 :251-60.

2. Cisse ML, Diop A, Cisse Cat, Faye EO, Ba Gueye M, Moreau JC: Issue et pronostic des grossesses en zone semi-rurale au Sénégal.Bull. Med.Owendo 2007 ; 11 (21) :9-12.

3. Diallo ML, Sidibe M, Keita M. La mortalité maternelle: à propos de 212 observations en sept ans (1980-1986) à la maternité Ignace Deen de Conakry (Guinée). Rev.Fr.Gynecol.Obstet. 1989 ; 84(5) :419-422.

4. Dumont A, Gaye A, Debernis L.
Gestion de la qualité des soins obstétricaux d'urgences : l'expérience du centre de santé Roi Baudouin au Sénégal.
Journal de la SAGO 2002, 1, 12-17.

5. EDSV : Enquête démocratique et de santé à indicateurs multiples 2010-2011 au Sénégal. p17.

6. Gueye SMK, Diallo D, Faye ME. SoinsObstétricaux et néonataux d'urgence à la Clinique Gynécologique et Obstétricale de Le Dantec de Dakar (Sénégal): tendances évolutives de 1996 à 2000. Journal de la SAGO 2003, 4(1) :13-19.

7. Kalenga MK, Mutach K, Kabila I, Odimbo FK. Considérations épidémiologiques sur les accouchements des mort-nés à la matérnité de GémacineSendwe de Lubumbashi RDC (ex ZAIRE). Rev .Fr.Gynecol.Obstet. 1992, 87(1) :26-29.

8. Mbaye M, Gueye SM, Gueye M, Cisse ML, Diadhiou M, Faye ME et al. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Centre de Santé niveau II de Rufisque : impact du redéploiement du personnel de la maternité du CHU Le Dantec. Journal de la SAGO, 2006, 7(1) : 5-10.

9. Moreau JC, Camara AD, Cisse ML et al. Amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins obstétricaux d'urgences dans le district de Rufisque au Sénégal. Conférence sur les résultats RPMM de la deuxième génération. Accra, Septembre 2003, p.8.

10. OMS: Revised 1990 estimates of maternal

mortality. A new approach by WHO and UNICEF. OMS, Genève, 1996.
11. OMS, FNUAP, UNICEF .Lignes directives pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. Octobre 1997,2ème édition.
12. Ouedraego C, Bouvier-Coll MH. : morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest : Comment, Combien et pourquoi ? J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2002, 31(1) :80-89.
13. Traoré M, Traore SO, Traore OM, Traore S, Dolo A. La mortinatalité dans le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de Santé de référence de la Commune V du district de Bamako. Mali Médical, 2011 ; 26 (3) :41-44.