

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNÉE : 2018

N° 39

BILAN DES EVACUATIONS SANITAIRES AU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE DU 1^{er} JANVIER 2016 AU 30 SEPTEMBRE 2016: A PROPOS DE 1164 CAS

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 28 /02/2018

Par

Mme Banel WARDINI

Née le 13 Janvier 1989 à DAKAR (SENEGAL)

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT : M Alassane DIOUF Professeur

MEMBRES : M Mamadou CISSE Professeur
M Magatte MBAYE Maître de Conferences-Agrégé

DIRECTEUR DE THESE : M Alassane DIOUF Professeur

CO-DIRECTEUR DE THESE: M Moussa DIALLO Maître-Assistant

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE
PHARMACIE
ET D'ODONTOLOGIE

DECANAT & DIRECTION

DOYEN

M. AMADOU DIOUF

PREMIER ASSESSEUR

M. ABDOULAYE SAMB

DEUXIEME ASSESSEUR

M. MALICK FAYE

CHEF DES SERVICES

M. EI HADJ BOUBACAR BALL

ADMINISTRATIFS

DAKAR, LE 30/10/2016

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015–2016

I. MEDECINE

PROFESSEURS TITULAIRES

| | | | |
|------|----------------------|--------------|-----------------------------------|
| M. | Mamadou | BA | Urologie |
| Mme | Mariame GUEYE | BA | Gynécologie-Obstétrique |
| M. | Serigne Abdou | BA | Cardiologie |
| M. | Seydou Boubakar | BADIANE | Neurochirurgie |
| M. | Mamadou Diarra | BEYE | Anesthésie-Réanimation |
| M. | Boubacar | CAMARA | Pédiatrie |
| M. | Cheikh Ahmed Tidiane | CISSE | Gynécologie-Obstétrique |
| §M. | Jean Marie | DANGOU | Anatomie et Cytologie Patho. |
| M. | Ahmadou | DEM | Cancérologie |
| M. | Abdarahmane | DIA | Anatomie-Chirurgie Générale |
| Mme. | Anta TAL | DIA | Médecine Préventive |
| + * | M.Ibrahima | DIAGNE | Pédiatrie |
| M. | Bay Karim | DIALLO | O.R.L |
| * M. | Babacar | DIAO | Urologie |
| M. | Maboury | DIAO | Cardiologie |
| M. | Madieng | DIENG | Chirurgie Générale |
| *M. | MameThierno | DIENG | Dermatologie |
| M. | Amadou Gallo | DIOP | Neurologie |
| M. | Mamadou | DIOP | Anatomie |
| M. | Saliou | DIOP | Hématologie Clinique |
| Mme. | Sokhna | BA DIOP | Radiologie |
| M. | Alassane | DIOUF | Gynécologie-Obstétrique |
| M. | Boucar | DIOUF | Néphrologie |
| Mme. | Elisabeth | DIOUF | Anesthésiologie-Réanimation |
| M. | Mamadou Lamine | DIOUF | Hépatologie / Gastro- Entérologie |
| M. | Raymond | DIOUF | O.R.L |
| M. | Saliou | DIOUF | Pédiatrie |
| Mme | Awa Oumar | TOURE FALL | Hématologie Biologique |
| M. | Babacar | FALL | Chirurgie Générale |
| M. | Papa Ahmed | FALL | Urologie |
| Mme. | Sylvie | SECK GASSAMA | Biophysique |
| Mme. | Gisèle | WOTO GAYE | Anatomie Pathologique |
| M. | Oumar | GAYE | Parasitologie |
| § M. | Lamine | GUEYE | Physiologie |
| *M. | SerigneMaguèye | GUEYE | Urologie |
| +*M. | Mamadou Mourtalla | KA | Médecine Interne |
| M. | Ousmane | KA | Chirurgie Générale |
| M. | Abdoul | KANE | Cardiologie |
| M. | Assane | KANE | Dermatologie |

| | | |
|-----------------------------|-----------|------------------------------|
| M. Oumar | KANE | Anesthésie-Réanimation |
| Mme. Fatimata | LY | Dermatologie |
| M. Mamadou | MBODJ | Biophysique |
| M. Jean Charles | MOREAU | Gynécologie-Obstétrique |
| M. Claude | MOREIRA | Pédiatrie |
| M. Abdoulaye | NDIAYE | Anatomie-Orthopédie-Trauma |
| M. Issa | NDIAYE | O.R.L |
| M. Mouhamadou vasculaire | NDIAYE | Chirurgie Thoracique&Cardio- |
| M. Mouhamadou Mansour | NDIAYE | Neurologie |
| M. Moustapha | NDIAYE | Neurologie |
| M. Ousmane | NDIAYE | Pédiatrie |
| M. Papa Amadou | NDIAYE | Ophtalmologie |
| *M. Cheikh Tidiane | NDOUR | Maladies Infectieuses |
| M. Alain Khassim | NDOYE | Urologie |
| M. Oumar | NDOYE | Biophysique |
| M. Gabriel | NGOM | Chirurgie Pédiatrique |
| *M. Abdou | NIANG | CM / Néphrologie |
| M. El Hadji | NIANG | Radiologie |
| Mme. Suzanne Oumou | NIANG | Dermatologie |
| *M. Youssoupha | SAKHO | Neurochirurgie |
| M. Niama | DIOP SALL | Biochimie Médicale |
| M. Abdoulaye | SAMB | Physiologie |
| M. Moussa | SEYDI | Maladies Infectieuses |
| *M. Masserigne | SOUMARE | Maladies Infectieuses |
| M. Ahmad Iyane | SOW | Bactériologie-Virologie |
| +* M. Papa Salif | SOW | Maladies Infectieuses |
| M. Mouhamadou Habib | SY | Orthopédie-Traumatologie |
| §M. Cheickna | SYLLA | Urologie |
| M. Mamadou Habib | THIAM | Psychiatrie |

— + Disponibilité

* Associé

§ Détachement

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | | |
|---------------------------|-------------|------------------------------------|
| Mme. Fatou Diallo | AGNE | Biochimie Médicale |
| M. Abdoulaye | BA | Physiologie |
| Mme. Aïssata LY | BA | Radiologie |
| M. EL HadjAmadou | BA | Ophtalmologie |
| M. Momar Codé | BA | Neurochirurgie |
| M. Amadou Gabriel | CISS | Chirurgie Thoracique&Cardio. Vasc. |
| M. Mamadou | CISSE | Chirurgie Générale |
| § M. Mamadou Lamine | CISSE | Gynécologie-Obstétrique |
| M. Mamadou | COUME | Médecine Interne |
| M. Daouda | DIA | Hépatologie / Gastro-Entérologie |
| M. Djibril | DIALLO | Gynécologie-Obstétrique |
| M. Saïdou | DIALLO | Rhumatologie |
| § M. Alassane | DIATTA | Biochimie Médicale |
| M. Charles Bertin | DIEME | Orthopédie-traumatologie |
| *Mme. Marie Edouard Faye | DIEME | Gynécologie - Obstétrique |
| M. Ibrahima Bara | DIOP | Cardiologie |
| M. Papa Saloum | DIOP | Chirurgie Générale |
| M. Saïd Norou | DIOP | Médecine Interne II |
| M. Amadou Lamine | FALL | Pédiatrie |
| M. Lamine | FALL | Pédopsychiatrie |
| M. Adama | FAYE | Santé Publique |
| § M. Babacar | FAYE | Parasitologie |
| § Mme. Mame Awa | FAYE | Maladies Infectieuses |
| M. Oumar | FAYE | Parasitologie |
| M. Oumar | FAYE | Histologie-Embryologie |
| M. Papa Lamine | FAYE | Psychiatrie |
| M. Pape Macoumba | GAYE | Radiothérapie |
| M. EL Hadj Fary | KA | Néphrologie |
| Mme. Yacine Dia | KANE | Pneumophtisiologie |
| M. Abdoulaye | LEYE | Endocrinologie |
| M. Alassane | MBAYE | Cardiologie |
| Mme. Ndèye. Maïmouna | NDOUR MBAYE | Médecine Interne |
| * M. Mouhamadou | MBENGUE | Hépatologie / Gastro-Entérologie |
| M. Philipe Marc | MOREIRA | Gynécologie |
| Mme. Fatou Samba Diago. | NDIAYE | Hématologie Clinique |
| M. Mor | NDIAYE | Médecine du Travail |
| Mme. NdèyeFatou Coulibaly | NDIAYE | Orthopédie-Traumatologie |
| + * M. Papa | NDIAYE | Médecine Préventive |
| * M. Souhaïbou | NDONGO | Médecine Interne |
| M. Oumar | NDOUR | Chirurgie Pédiatrique |
| M. Jean Marc Ndiaga | NDOYE | Anatomie |
| Mme. Marie | DIOP NDOYE | Anesthésie-Réanimation |
| M. Lamine | NIANG | Urologie |
| M. Abdoulaye | POUYE | CM / Médecine Interne |
| Mme. Paule Aïda | NDOYE ROTH | Ophtalmologie |
| M. André Daniel | SANE | Orthopédie-Traumatologie |

| | | |
|------------------------|---------|---------------------------------------|
| Mme. Anne Aurore | SANKALE | Chirurgie plastique et reconstructive |
| Mme. Anna | SARR | Médecine Interne |
| * M. Ibrahima | SECK | Médecine Préventive |
| M. Mohamed Maniboliot | SOUMAH | Médecine légale |
| Mme. Aïda | SYLLA | Psychiatrie |
| M. Assane | SYLLA | Pédiatrie |
| M. Abdourahmane | TALL | O.R.L |
| M. Roger Clément Kouly | TINE | Parasitologie Médical |
| Mme. Nafissatou Oumar | TOURE | Pneumologie |

+ Disponibilité

* Associé

§ Détachement

MAITRES-ASSISTANTS

| | | | |
|------------|-----------------------|-------------|---------------------------------|
| M. vasc. | Papa Salmane | BA | Chirurgie Thoracique & Cardio – |
| Mme. | Marie Louise | BASSENE | Hépato-gastroentérologie |
| M. | Malick | BODIAN | Cardiologie |
| M. | El Hadj Souleymane | CAMARA | Orthopédie-Traumatologie |
| Mme. | Mariama Safiétou KA | CISSE | Médecine Interne |
| M. | Mouhamadou Moustapha | CISSE | Néphrologie |
| M. | André Vauvert | DANSOKHO | Orthopédie-Traumatologie |
| M. | Richard Edouard Alain | DEGUENONVO | O-R-L |
| M. | Mouhamadou Lamine | DIA | Bactériologie-Virologie |
| M. | Chérif Mouhamed M. | DIAL | Anatomie Pathologique |
| M. | Abdoulaye Séga | DIALLO | Histologie-Embryologie |
| M. | Demba | DIEDHIOU | Médecine Interne II |
| M. | Pape Adama | DIENG | Chirurgie Thoracique & Cardio- |
| Vasculaire | | | |
| * M. | Mamadou Moustapha | DIENG | Cancérologie |
| Mme. | Seynabou FALL | DIENG | Médecine Interne I |
| Mme. | Evelyne Siga | DIOM | O.R.L. |
| Mme. | Abibatou | SALL FALL | Hématologie Biologique |
| M. | Boubacar | FALL | Urologie |
| Mme. | Mame Coumba | GAYE FALL | Médecine du Travail |
| M. | Mohamed Lamine | FALL | Anesthésie-réanimation |
| * M. | Papa Moctar | FAYE | Pédiatrie |
| Mme. | Louise | FORTES | Maladies Infectieuses |
| * M. | Abdoul Aziz | KASSE | Cancérologie |
| M. | Amadou Ndiassé | KASSE | Orthopédie-Traumatologie |
| Mme. | Aminata | DIACK MBAYE | Pédiatrie |
| M. | Aïnina | NDIAYE | Anatomie |
| M. | Maodo | NDIAYE | Dermatologie |
| M. | Mouhamadou Bamba | NDIAYE | Cardiologie |
| M. | Papa Ibrahima | NDIAYE | Anesthésie Réanimation |
| M. | Boucar | NDONG | Biophysique |
| Mme. | Ndèye Dialé Ndiaye | NDONGO | Psychiatrie |
| M. | Ndaraw | NDOYE | Neurochirurgie |
| Mme. | Marguerite Edith D. | QUENUM | Ophtalmologie |
| M. | Ndéné Gaston | SARR | Biochimie Médicale |
| M. | Yaya | SOW | Urologie |
| M. | Alioune Badara | THIAM | Neurochirurgie |
| M. | Silly | TOURE | Stomatologie |

ASSISTANTS

| | | |
|-----------------------------|---------|------------------------------|
| μ Mme. Nafissatou Ndiaye | BA | Anatomie Pathologique |
| μ M. Nfally | BADJI | Radiologie |
| μ M. El Hadji Amadou Lamine | BATHILY | Biophysique |
| μ Mme. Fatou | CISSE | Biochimie Médicale |
| μ M. Boubacar Samba | DANKOKO | Médecine Préventive |
| μ M. Sidy Akhmed | DIA | Médecine du Travail |
| Mme. Mama SY | DIALLO | Histologie-embryologie |
| μ M. Mor | DIAW | Physiologie |
| Mme. Marie Joseph | DIEME | Anatomie Pathologique |
| μ M. Abdoulaye Dione | DIOP | Radiologie |
| μ Mme. Aïssatou Seck | DIOP | Physiologie |
| M. Amadou | DIOP | Bactériologie-Virologie |
| M. Ndiaga | DIOP | Histologie- Embryologie et |
| Cytogénétique | | |
| μ M. Ousseynou | DIOP | Biophysique |
| M. Blaise Félix | FAYE | Hématologie |
| M. Abdou Magib | GAYE | Anatomie Pathologique |
| μ M. Magaye | GAYE | Anatomie |
| μ Melle. Mame Vénus | GUEYE | Histologie- Embryologie |
| μ Melle. Salimata Diagne | HOUNDJO | Physiologie |
| μ M. Mamadou Makhtar Mbacké | LEYE | Médecine Préventive |
| μ M. Magatte | NDIAYE | Parasitologie Médicale |
| μ M. El Hadji Oumar | NDOYE | Médecine Légale |
| μ M. Khadim | NIANG | Médecine Préventive |
| μ M. Abdourahmane | SAMBA | Biochimie Médicale |
| M. Moussa | SECK | Hématologie |
| Mme. Ndèye Marème publique | SOUGOU | Médecine Préventive et Santé |
| μ M. Abdou Khadir | SOW | Physiologie |
| μ M. Doudou | SOW | Parasitologie Médicale |
| μ M. Khadime | SYLLA | Parasitologie Médicale |
| μ M. Ibou | THIAM | Anatomie Pathologique |
| Melle Maïmouna | TOURE | Physiologie |

CHEFS DE CLINIQUE-ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

| | | |
|-----------------------------------|----------|--|
| M. Léra Géraud Cécil Kévin | AKPO | Radiologie |
| μ M. Abou | BA | Pédiatrie |
| μ Mme. Aïssatou | BA | Pédiatrie |
| * M. El Hadji Makhtar | BA | Psychiatrie |
| μ M. Idrissa | BA | Pédopsychiatrie |
| μ M. Idrissa Demba | BA | Pédiatrie |
| μ Mme. MameSanou Diouf | BA | O.R.L. |
| μ M. Mamadou Diawo | BAH | Anesthésie-Réanimation |
| M. Djibril | BOIRO | Pédiatrie |
| μ M. Momar | CAMARA | Psychiatrie |
| μ Mme. MaïmounaFafa | CISSE | Pneumologie |
| μ M. Abdoulaye | DANFA | Psychiatrie |
| M. Hamidou | DEME | Radiologie |
| M. Souleymane | DIAO | Orthopédie-Traumatologie |
| M. Mohamed Tété Etienne | DIADHIOU | Gynécologie-Obstétrique |
| μ M. Jean Pierre | DIAGNE | Ophtalmologie |
| μ Mme. Nafissatou | DIAGNE | Médecine Interne |
| μ M. NgorSide | DIAGNE | Neurologie |
| Mme. Salamata Diallo | DIAGNE | Hépatologie / Gastro-Entérologie |
| M. Moussa | DIALLO | Gynécologie - Obstétrique |
| μ Mme. Viviane Marie Pierre CISSE | DIALLO | Maladies Infectieuses |
| M. Boubacar Ahy | DIATTA | Dermatologie |
| μ M. Souleymane | DIATTA | Chirurgie Thoracique |
| Mme MameSalimata | DIENE | Neurochirurgie |
| μ M. Assane | DIOP | Dermatologie |
| M. MomarSokhna dit SidyKhoya | DIOP | Chirurgie Thoracique&Cardio-vasculaire |
| μ M. Rudolph | DIOP | Stomatologie |
| μ M. Abdoul Aziz | DIOUF | Gynécologie-Obstétrique |
| M. Assane | DIOUF | Maladies Infectieuses |
| M. Doudou | DIOUF | Cancérologie |
| M. Mamadou Lamine | DIOUF | Pédopsychiatrie |
| μ M. Momar | DIOUM | Cardiologie |
| M. Boundia | DJIBA | Médecine Interne |
| Mme. Anna Modji Basse | FAYE | Neurologie |
| μ M. Atoumane | FAYE | Médecine Interne |
| μ Mme. Fatou Ly | FAYE | Pédiatrie |
| Melle. Maria | FAYE | Néphrologie |
| M. Omar | GASSAMA | Gynécologie-Obstétrique |
| M. Mamadou Ngoné | GUEYE | Hépatologie / Gastro-Entérologie |
| Mme. Mame Diarra Ndiaye | GUEYE | Gynécologie-Obstétrique |
| μ M. Mamour | GUEYE | Gynécologie-Obstétrique |
| μ M. Modou | GUEYE | Pédiatrie |
| μ M. AlyMbara | KA | Ophtalmologie |
| μ M. Daye | KA | Maladies Infectieuses |
| μ M. Ibrahima | KA | Chirurgie Générale |
| μ M. Sidy | KA | Cancérologie |

| | | |
|----------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| M. Baïdy Sy | KANE | Médecine Interne |
| μ M. Younoussa | KEITA | Pédiatrie |
| μ M. Charles Valérie Alain | KINKPE | Orthopédie-Traumatologie |
| μ Melle NdèyeAïssatou | LAKHE | Maladies Infectieuses |
| μ M. Ahmed Tall | LEMRABOTT | Néphrologie |
| μ M. Papa Alassane | LEYE | Anesthésie-réanimation |
| M. Yakham Mohamed | LEYE | Médecine Interne |
| μ Mme. Indou DEME | LY | Pédiatrie |
| Mme. FatimataBinetouRassoule | MBAYE | Pneumologie |
| μ Mme. Khardiata Diallo | MBAYE | Maladies Infectieuses |
| μ Mme. Awa Cheikh Ndao | MBENGUE | Médecine Interne |
| μ M. Ciré | NDIAYE | O-R-L |
| M. Joseph Matar Mass | NDIAYE | Ophtalmologie |
| M. Lamine | NDIAYE | Chirurgie Plastique et Reconstructive |
| M. Mouhamadou Makhtar faciale | NDIAYE | Stomatologie & Chirurgie maxillo- |
| M. Ibrahima | NDIAYE | Psychiatrie |
| μ Mme. MaguetteMbaye | NDOUR | Neurochirurgie |
| Mme. NdèyeAby | NDOYE | Chirurgie Pédiatrique |
| M. Aliou Alassane | NGAIDE | Cardiologie |
| μ M. Babacar | NIANG | Pédiatrie |
| * M. Mouhamadou Mansour | NIANG | Gynécologie-Obstétrique |
| μ M. Moustapha | NIASSE | Rhumatologie |
| μ M. Aloïse | SAGNA | Chirurgie Pédiatrique |
| μ Mme. Magatte Gaye | SAKHO | Neurochirurgie |
| M. Lamine | SARR | Orthopédie-Traumatologie |
| μ Mme. NafyNdiaye | SARR | Médecine Interne |
| μ M. Simon Antoine | SARR | Cardiologie |
| μ M. Mamadou | SECK | Chirurgie Générale |
| μ Mme. Sokhna | SECK | Psychiatrie |
| Mme. Marième Soda | DIOP SENE | Neurologie |
| μ M. AboubacrySadikh | SOW | Ophtalmologie |
| Melle AdjaraouDieynabou | SOW | Neurologie |
| μ M. Djiby | SOW | Médecine Interne |
| μ M. Abou | SY | Psychiatrie |
| μ Mme. Khady | THIAM | Pneumologie |
| μ M. Mbaye | THIOUB | Neurochirurgie |
| μ M. Aliou | THIONGANE | Pédiatrie |
| μ M. Alpha Oumar | TOURE | Chirurgie Générale |
| M. Mamadou Mour | TRAORE | Anesthésie-réanimation |
| M. Cyrille | ZE ONDO | Urologie |

+Disponibilité

* Associé

§ Détachement

μ Titularisation

II. PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

| | | |
|----------------------|---------|-----------------------------------|
| M. Emmanuel | BASSENE | Pharmacognosie et Botanique |
| M. Cheikh Saad Bouh | BOYE | Bactériologie-Virologie |
| M. Aynina | CISSE | Biochimie Pharmaceutique |
| Mme. Aïssatou Gaye | DIALLO | Bactériologie-Virologie |
| Mme. Aminata SALL | DIALLO | Physiologie Pharmaceutique |
| M. Mounibé | DIARRA | Physique Pharmaceutique |
| M. Alioune | DIEYE | Immunologie |
| * M. Amadou Moctar | DIEYE | Pharmacologie et Pharmacodynamie |
| M. TandakhaNdiaye | DIEYE | Immunologie |
| M. Pape Amadou | DIOP | Biochimie Pharmaceutique |
| M. YérimMbagnick | DIOP | Chimie Analytique |
| M. Amadou | DIOUF | Toxicologie |
| M. Djibril | FALL | Pharmacie Chimique & Chimie Orga. |
| M. Mamadou | FALL | Toxicologie |
| M. Bara | NDIAYE | Chimie Analytique |
| M. Daouda | NDIAYE | Parasitologie |
| Mme. Philomène LOPEZ | SALL | Biochimie Pharmaceutique |
| M. Guatayoro | SY | Pharmacologie et Pharmacodynamie |
| M. Alassane | WELE | Chimie Thérapeutique |

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | | |
|-----------------------|---------|----------------------------------|
| M. Makhtar | CAMARA | Bactériologie-virologie |
| Mme. RokhayaNdiaye | DIALLO | Biochimie Pharmaceutique |
| Melle. Thérèse | DIENG | Parasitologie |
| M. Ahmadou Bamba K. | FALL | Pharmacie Galénique |
| M. Pape Madième | GUEYE | Biochimie Pharmaceutique |
| M. ModouOumy | KANE | Physiologie Pharmaceutique |
| M. Gora | MBAYE | Physique Pharmaceutique |
| M. Augustin | NDIAYE | Physique Pharmaceutique |
| * Mme Halimatou Diop | NDIAYE | Bactériologie – Virologie |
| Mme. Maguette D.SYLLA | NIANG | Immunologie |
| M. Mamadou | SARR | Physiologie Pharmaceutique |
| M. Serigne Omar | SARR | Chimie Analytique & Bromatologie |
| M. Oumar | THIOUNE | Pharmacie Galénique |

MAITRE DE CONFERENCES

| | | |
|-----------|------|------------------------------|
| M. Matar | SECK | Pharmacie Chimique et Chimie |
| Organique | | |

MAITRES-ASSISTANTS

| | | |
|----------------------------|---------|----------------------------------|
| Melle. Aïda Sadikh | BADIANE | Parasitologie |
| M. Amadou | DIOP | Chimie Analytique |
| M. Alioune Dior | FALL | Pharmacognosie |
| M. Macoura | GADJI | Hématologie |
| M. Babacar | MBENGUE | Immunologie |
| * M. Mamadou | NDIAYE | Pharmacologie et Pharmacodynamie |
| Mme. Mathilde M. P. Cabral | NDIOR | Toxicologie |
| M. Abdoulaye | SECK | Bactériologie –Virologie |
| Mme. Awa Ndiaye | SY | Pharmacologie |
| Mme Aminata | TOURE | Toxicologie |

ASSISTANTS

| | | |
|------------------------|----------|------------------------------------|
| μ Mme Kady Diatta | BADJI | Botanique |
| Mme Fatoumata | BAH | Toxicologie |
| μ M. Mamadou | BALDE | Chimie Thérapeutique |
| * M. Frimin Sylva | BARBOZA | Pharmacologie |
| M. Oumar | BASSOUM | Epidémiologie et Santé publique |
| μ Mme. Awa Ba | DIALLO | Bactériologie-Virologie |
| M. William | DIATTA | Botanique |
| μ M. Adama | DIEDHIOU | Chimie Thérapeutique & Organique |
| M. SerigneIbraMbacké | DIENG | Pharmacognosie |
| μ M. Cheikh | DIOP | Toxicologie |
| μ M. Moussa | DIOP | Pharmacie Galénique |
| μ M. Louis Augustin D. | DIOUF | Physique Pharmaceutique |
| M. Alphonse Rodrigue | DJIBOUNE | Physique Pharmaceutique |
| * M. Babacar | FAYE | Biologie Moléculaire et cellulaire |
| μ M. Djiby | FAYE | Pharmacie Galénique |
| μ Melle Rokhaya | GUEYE | Chimie Analytique & Bromatologie |
| μ Mme. Rokhaya Sylla | GUEYE | Pharmacie Chimique et Chimie |
| Organique | | |
| * M. Moustapha | MBOW | Immunologie |
| M. Youssou | NDAO | Galénique & Législation |
| μ Mme Arame | NDIAYE | Biochimie Médicale |
| μ M. Mouhamadou | NDIAYE | Parasitologie |
| M. El Hadji Malick | NDOUR | Biochimie Pharmaceutique |
| M. Idrissa | NDOYE | Pharmacie Chimique et Chimie |
| Organique | | |
| * M. Mame Cheikh | SECK | Parasitologie |
| μ M. Mbaye | SENE | Physiologie Pharmaceutique |
| μ M. Madièye | SENE | Pharmacologie |
| μ M. Papa Mady | SY | Physique Pharmaceutique |
| μ Mme. FatouGuèye | TALL | Biochimie Pharmaceutique |
| Melle. Khadidiatou | THIAM | Chimie Analytique & Bromatologie |
| μ M. Yoro | TINE | Chimie Générale |

* Associé

§ Détachement

µ Titularisation

III. CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEURS TITULAIRES

| | | | |
|----|---------------|---------|---------------------------|
| M. | Henri Michel | BENOIST | Parodontologie |
| M. | Falou | DIAGNE | Orthopédie Dento-Faciale |
| M. | Papa Demba | DIALLO | Parodontologie |
| M. | Papa Ibrahima | NGOM | OrthopédieDento-Faciale |
| M. | Babacar | TOURE | Odontologie Conservatrice |
| | Endodontie | | |

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | | | |
|-------|----------------------|-------------|-----------------------------------|
| Mme | Khady | DIOP BA | Orthopédie Dento-Faciale |
| Mme. | FatouLèye | BENOIST | O.C.E. |
| M. | Daouda | CISSE | Odontologie Prév. et Sociale |
| Mme. | Adam Marie | SECK DIALLO | Parodontologie |
| M. | Abdoulaye | DIOUF | Parodontologie |
| Mme | Aïssatou | TAMBA FALL | Pédodontie-Prévention |
| M. | Babacar | FAYE | Odontologie Cons. Endodontie |
| M. | Daouda | FAYE | Odontologie Préventive et Sociale |
| M. | Malick | FAYE | Pédodontie |
| M. | Cheikh Mouhamadou M. | LO | Odontologie Prév. Sociale |
| M. | El Hadj Babacar | MBODJ | Prothèse Dentaire |
| § Mme | Charlotte | FATY NDIAYE | Chirurgie Buccale |
| M. | Paul Débé Amadou | NIANG | Chirurgie Buccale |
| M. | Mouhamed | SARR | Odontologie Cons. Endodontie |
| Mme | Soukèye | DIA TINE | Chirurgie Buccale |

MAITRES ASSISTANTS

| | | | |
|------|--------------------|------------|------------------------------|
| M. | Khaly | BANE | O.C.E. |
| Mme. | Binetou C. GASSAMA | BARRY | Chirurgie Buccale |
| * M. | Lambane | DIENG | Prothèse Dentaire |
| Mme | Fatou | DIOP | Pédodontie-Prévention |
| M. | Joseph Samba | DIOUF | OrthopédieDento-Faciale |
| M. | Massamba | DIOUF | Odontologie Prév. et Sociale |
| * M. | Moctar | GUEYE | Prothèse Dentaire |
| M. | Cheikh | NDIAYE | Prothèse Dentaire |
| Mme | Farimatayouga | DIENG SARR | Matières Fondamentales |
| M. | Babacar | TAMBA | Chirurgie Buccale |

ASSISTANTS

| | | |
|------------------------------|-------------|----------------------------------|
| μ Mme. Adjaraatou Wakha | AIDARA | O.C.E. |
| μ M. Abdou | BA | Chirurgie Buccale |
| μ M. Alpha | BADIANE | OrthopédieDento-Faciale |
| Mme Khady | BADJI | Prothèse Dentaire |
| M. Ahmad Moustapha | DIALLO | Parodontologie |
| M. Mamadou Tidiane | DIALLO | Odontologie Pédiatrique |
| μ M. Mamadou | DIATTA | Chirurgie Buccale |
| * M. Khalifa | DIENG | Odontologie Légale |
| Mme. Mbathio | DIOP | Santé Publique dentaire |
| μ M. Abdoulaye | DIOUF | Odontologie Pédiatrique |
| μ Mme. Ndèye Nguiniane Diouf | GAYE | Odontologie Pédiatrique |
| * M. Mouhamadou Lamine | GUIRASSY | Parodontologie |
| M. Pape Ibrahima | KAMARA | Prothèse Dentaire |
| M. Mouhammad | KANE | Chirurgie Buccale |
| μ Mme. Aïda | KANOUTE | Santé Publique Dentaire |
| μ M. Alpha | KOUNTA | Chirurgie Buccale |
| μ M. Papa Abdou | LECOR | Anatomo- Physiologie |
| μ M. Edmond | NABHANE | Prothèse Dentaire |
| μ Mme. Diouma | NDIAYE | Odontologie Conservatrice- |
| Endodontie | | |
| μ M. Mamadou Lamine | NDIAYE | Radiologie Dento maxillo-Faciale |
| μ M. Seydina Ousmane | NIANG | Odontologie Conservatrice- |
| Endodontie | | |
| μ M. Oumar Harouna | SALL | Matières Fondamentales |
| Melle. Anta | SECK | Odontologie Conservatrice- |
| Endodontie | | |
| M. Sankoung | SOUMBOUNDOU | Odontologie Légale |
| M. Diabel | THIAM | Parodontologie |
| μ Mme. Soukèye Ndoye | THIAM | Odontologie Pédiatrique |
| μ Mme. Néné | THIOUNE | Prothèse Dentaire |
| μ M. Amadou | TOURE | Prothèse Dentaire |

+ Disponibilité

* Associé

§ Détachement

μ Titularisation

DEDICACES

Je rends grâce à Allah Le Tout-Puissant Le Tout-Miséricordieux et

Au Prophète Sayyidina Muhammad (paix et salut sur lui)

Pour m'avoir guidée, éclairée

Dans les cieux,

Sur la terre,

Dans les eaux majestueuses

Dans les eaux miraculeuses

Ar Rahmane demeure,

Ar Rahim accompagné de Raoufoun Rahimoun

Déverse une pluie torrentielle de miséricorde et de paix

Muhammad Hamidoullah

Muhammad Abdoullah

Muhammad Habiboullah

Muhammad Kalimoullah

Al Muhayminou

Al Azizou

Al Ghafurou

Al Adlou

Lumière des lumières

Guide-nous vers An Nour

À mes grands-parents feus Georges Wardini, Soukeyna Gueye, Amadou Faye,

Déthié Sarr, Mapaté Fall

Qu'Allah Fasse de Janatul Firdaws votre demeure éternelle.

À ma grand-mère, feue Aita Ndoye Sarr

Tu resteras à jamais gravé dans nos cœurs. Repose en paix grand-mère chérie, fille de Mame Birame, petite fille de Mbangua, le pêcheur qui, le soir au couchant, lançait sa barque à l'affût du mérour, poisson des rois, pour ton courage, ta bonté et tout ton amour.

À feue Tata Samira Wardini et à feu Tonton El Hadji Ndao ;

À feu Tonton Habib Wardini ;

À mon Papa adoré, Fouad Wardini,

Tu es ma plus grande motivation et aussi ma force secrète.

Tu m'as appris à faire face aux obstacles. Tu es resté à mes côtés à chaque instant de ma vie. Ton soutien permanent m'a été d'un apport considérable tout au long de mon cursus scolaire et universitaire. Je ne saurais te remercier assez pour toute ton affection, ton amour et ton soutien. J'espère, un jour, te rendre au centuple sinon plus tous tes bienfaits. Pour tout ce que tu as enduré par amour pour tes enfants, je te rends hommage en ce jour solennel. Je t'aime Papa qu'Allah le Tout-Puissant le Tout-Miséricordieux te comble et te protège.

À ma douce maman Fatou Yelly Faye,

*Ma belle sérère de Djilor Djidjack au sourire écarlate, à la noirceur d'ébène,
aux yeux de biche. Ma mère est une belle rose qui parfume tous les jours le
jardin de mon cœur endolori, chacune de ses paroles pansen mon cœur.*

*Ma mère est comme la sève nourricière d'un arbre qui vivifie et fortifie les
ramifications de mes artères. Ma mère c'est ma force, mon courage, c'est une
battante, d'une bonté sans nul égal, d'une générosité exquise qui tarit tous mes
maux, je t'aime Maman. Les mots me manquent pour te glorifier ; depuis ma
naissance, tous mes tracas sont devenus les tiens. Durant toutes mes années
d'études, tu as su dissiper mon stress, mes angoisses, mes peines par ta douceur
tranquille, ta sérénité et ta foi en Allah Le Tout-Puissant, Le Très
Miséricordieux. Tu m'as appris la dignité dans l'adversité, le sens de l'honneur et
des valeurs. À la veille de mes examens, tu ne cessais d'égrenner ton chapelet. À
toutes mes veillées, tu m'assistais en étant sur ton tapis de prière. Tu demeures
ma seule et unique amie, celle qui ne me blessera jamais car tu es mon autre.
Cette réussite est la tienne pour tous tes conseils, pour toute ton affection et ton
amour. Je t'aime, Maman ; qu'Allah t'accorde une longue vie de paix et de
santé auprès des êtres qui te sont chers.*

À mon cher époux, ma douce moitié, Ousmane Diagne

Merci mon amour pour ta tendresse enchanteresse, ta douceur infinie, ta délicatesse, ta sagesse ainsi que tes prières qui n'ont cessé de cheminer avec moi tout au long de ce périple. Tu es le paravent que le Tout-Puissant, le Tout-Miséricordieux a choisi pour moi. Puisse ce travail être à la hauteur de ton espérance et de ta dévotion pour sa réalisation. Qu'Allah nous Protège ! Je t'aime.

À ma petite sœur Samira Wardini,

Petite sœur chérie, celle qui partage mes délires, mes joies et peines.

Tu n'as cessé de me témoigner ton affection et ton soutien inconditionnels. J'espère que tu trouveras ici l'expression de ma sincère fraternité et de ma profonde gratitude.

À mon petit frère chéri Mohamed Abdallah Wardini,

Puisses Le Tout-Puissant te protéger et te guider dans toutes tes entreprises.

À mes frères James, Seydina Alioune, Ibrahima, Fatima,

Je vous dédie ce travail.

À Tata Rose,

Ton sens du partage et de l'entre-aide fait de toi une icône incontestée.

Tu as su être présente aux moments opportuns en nous couvant de cadeaux.

Toute jeune, nous t'admirions pour ta détermination, ainsi nous avons suivi tes traces naturellement. J'espère que ce travail sera une fierté pour toi.

Qu'Allah te bénisse pour tous tes bienfaits à l'égard des nécessiteux mais aussi de ta famille. En espérant être à la hauteur de tes attentes, reçois ces mots en guise de reconnaissance.

Au Colonel Antoine Wardini,

Affectueusement nous te surnommons tonton Tony car tu es à « l'image de l'aiguille du rassembleur », et tu es toujours présent dans nos vies à semer la joie et le bonheur dans nos cœurs. Tu es un modèle de persévérance, d'abnégation et de bonté. Reçois cette dédicace en signe de mon affection pour toi.

À ma tatie Suzanne chérie,

Tu es une maman pour moi car tu as toujours cru en mes capacités. Tu n'as cessé de m'encourager et de me soutenir sur tous les plans. Que ce travail pour lequel tu n'as cessé de prier soit une grande satisfaction pour toi. Merci pour ton affection et la tendresse que tu me portes depuis mon enfance.

À Papa Assow,

Auprès de toi, j'ai retrouvée l'affection paternelle et j'ai appris à apprécier la simplicité de la vie. Puisses Le Tout-Puissant te protéger et te combler.

À Maman Ndeye fatou,

Tu n'as cessé de prier et de m'encourager. Merci pour la délicatesse avec laquelle tu m'as toujours traité. Qu'Allah le Tout Puissant te gratifie de ses bienfaits.

À Mame Bineta Ndoye,

À l'image de la grande royale, tu es pétri de valeurs et de principes qui m'ont poussé à persévérer dans l'effort. Reçois cette dédicace en signe de reconnaissance.

À Ndoura,

En souvenir de nos années universitaires remplies de joie et d'une amitié sincère. Merci pour ces moments précieux qui nous lient. Que Le Tout-Puissant berce ta vie et ceux de tes petits anges d'un bonheur éternel.

À Oureyratou, Nina, Siré,

Pour votre gentillesse, votre soutien inconditionnels. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

À ma belle-famille,

Vous m'avez toujours soutenue par vos prières et conseils, je vous dédie ce travail, mention spéciale à papa Assane , maman Aita, grand-père Babacar Ndoye, tonton Pape Ibrahima, tata Gnagna, tonton Tapha, tonton Daouda, tonton Dame ,tata Maguette Sylla ,tata Mana, tata Mamy, Yacine, Mémé, Mame Maodo, Zeyna, Bamar, Abou, Aminatou et Yandé. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

À mon homonyme Fatou Banel Sow,

Tu demeures omniprésente dans ma vie, par tes conseils, tes prières et ton affection ; pour ton sens de l'honneur et des valeurs. Puisses-tu trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon admiration.

À ma cousine chérie Samira El Wardini,

Petite sœur, tu incarnes la bonté et la générosité dans toute sa splendeur. Qu'Allah Le Tout-Puissant, Le Tout-Miséricordieux te protège des vicissitudes de la vie et qu'Il t'accorde une longue vie bénie.

À mon Ami Mohamed Abdoulaye Cissé,

Ces années universitaires passées ensemble ont fait de toi le grand-frère et l'ami inconditionnel qui n'a cessé de me tendre la perche. Qu'Allah Préserve ta noblesse d'âme afin que tu puisses gravir les échelons vaillamment.

À mon amie Fatou Bintou Fall,

Tu es comparable à une belle colombe qui a sillonné les rivages de ma vie, mes états de détresse. Grâce à ta volonté chevaleresque, j'ai toujours su me relever.

Reçois cette dédicace en signe de mon amitié et de mon affection pour toi.

À mes amis Gilo, Amadou Badji, Abdoulaye Mody Cissé, Amadou Ndiaye, Ousmane Fall, Mariam Ba, Simone Ntap, Edina Ntap, Yannick Nzalé, Papisco Sagna, Adama Doucouré, Carine Bassène, Fatoumata Doucouré, Diélia Ka, Khalifa Fall, Siré yaya Wane, Rosa,

Pour le stress que vous avez su extirper en moi et pour tout votre soutien, veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

À Tonton Emile

Merci pour toute cette affection que tu me portes, ton soutien et tes précieux conseils ;

À tous mes oncles paternels ;

À mes Taties d'amour Tata Coumba, Tata Soham, Tata Solange ;

À Tonton Vieux, Tata Mame Coumba, Tonton Abdoulaye Dianko,

Vos prières sont ma lanterne, merci d'avoir été toujours présents.

À Tonton Ndiaga Samb,

Par la splendeur de ton verbe, tu as su réconforter, motiver et encourager.

À toi l'étaillon majestueux de Yoff Ndeugagne, je te dédie ce travail.

À ma grande famille de Yoff, Mame Moussé Sarr, Pape Assane Sarr.

À ma grande famille sérère du Sine, de Djilor Djidjack à Youndoum koto (Gambie), à mes grands-parents, Ibrahima Diène Faye, Alioune Faye, François Gomis, Bachir Gomis, Amadou Wéllé, khardiata Wéllé.

À tous mes cousins et cousines ;

À Tonton Alpha Amadou Sy, Tata Mariama Ndoye Mbengue, Tata Oumou Kalsoum Sy, Tonton Ismaila Diop ; Tonton Ibrahima Diop, Tonton Pape Abdoulaye Seck, Tonton Vieux Mar, Tonton Samba Sarr.

Aux Docteurs Abdou Aziz Diouf, Anna Dia Diop ,Codou Sène Seck & Espérance Gombet;

À Mme Seck

Votre courtoisie, votre discrétion ainsi que vos encouragements m'ont énormément inspiré. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et tout mon respect.

*À l'ensemble du personnel de la maternité du Centre Hospitalier National de Pikine : mention spéciale à **Mme Paye, Mme Thiaw, Mme Yade** ;*

À Monsieur Guissé du CEFOREP ;

Au Corps enseignant de la FMPO ;

À mon Professeur de Sciences Physiques Monsieur François Dione ;

Pour avoir cultivé en nous l'amour du travail sans relâche.

À toutes ces belles personnes qui de près ou de loin, par des mots chaleureux ont contribué à la réalisation de ce travail.

*À NOS MAITRES ET
JUGES*

À notre Maître ; Président de Jury, Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Alassane Diouf

Cher Maître, nous vous remercions de la confiance que vous avez placée en nous pour faire ce travail. Nous avons vite apprécié vos immenses qualités humaines et votre sens du devoir social élevé ;

Professeur émérite, vous avez guidé nos premiers pas vers la Gynécologie-Obstétrique. Votre sagesse, votre rigueur nous ont fait prendre conscience que la Médecine est un sacerdoce. Vos compétences avérées ainsi que votre humanisme à l'égard des malades nous ont profondément séduits.

Cher Maître, veuillez recevoir notre profonde gratitude, notre plus haute admiration et tout notre respect.

Que ce travail soit le témoignage et le symbole de notre plus profonde estime.

À notre Maître et juge,

Monsieur le Professeur Mamadou CISSE,

Cher Maître, vous nous faites l'honneur de siéger au jury de cette thèse. Nous avons apprécié votre humilité, votre courtoisie ainsi que vos qualités scientifiques et humaines. Cher Maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et juge,

Monsieur le Maître de Conférence Agrégé, Magatte MBAYE

Vous avez aimablement et spontanément accepté d'être de nos juges. En effet, nous avons lu avec beaucoup d'intérêt vos travaux sur ce sujet. Nous retenons de vous votre rigueur et vos qualités intellectuelles et humaines. Cher Maître, veuillez recevoir notre profonde gratitude et notre respectueuse reconnaissance.

À notre co-directeur de thèse, le Docteur Moussa Diallo

Cher Maître, vous avez fait preuve d'une détermination sans faille tout au long de ce travail. Votre humanisme, votre modestie et votre disponibilité, nous ont profondément touchée. Dévoué, infatigable, respectueux, nous avons admiré votre simplicité et votre attachement à notre formation. Cette thèse est le couronnement de votre indéfectible attachement au travail bien fait. Veuillez recevoir toute notre reconnaissance et notre profond respect.

« Par délibération, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AG : âge gestationnel

AEIU : aspiration électrique intra-utérine

AMIU : aspiration manuelle intra-utérine

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ATB : antibiotique

ATG : antalgique

ATS : antispasmodique

AVB : accouchement par voie basse

CEFOREP : Centre Régional de Formation de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction

CPN : consultation prénatale

CHNP : Centre Hospitalier National de Pikine

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : diplôme d'étude spécialisée

DS : district sanitaire

DTM : dépassement de terme

EPS : établissement public de santé

EPS 1 : établissement public de santé de niveau 1

EPS 2 : établissement public de santé de niveau 2

EPS 3 : établissement public de santé de niveau 3

ESV : examen sous valve

FA : fœto-annexielle

GATPA : gestion active de la troisième phase de l'accouchement

HAS : Haute Autorité de Santé

HELLP: hemolysis elevated liver enzyme low platelet count

HPP : hémorragie du post-partum

HRP: hémorragie rétro-placentaire

HTA: hypertension artérielle

IADPSG: International Association of the Diabetes and Pregnancy Study

Groups

IEC : information, éducation, communication

IRA : insuffisance rénale aiguë

IVA : inspection visuelle à l'acide acétique

IVL : inspection visuelle au lugol

LST : ligature section des trompes

MFIU: mort fœtale in utero

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

OAP : œdème aigu du poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PG : pathologies gynécologiques

PPRTH : placenta prævia recouvrant total hémorragique

RAM : rupture artificielle des membranes

RM : région médicale

SA : semaine d'aménorrhée

SAGO: Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

SAMU : Service d'Assistance Médicale d'Urgence

SD : syndrome

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

SVR : syndromes vasculo-rénaux

UMH : unité mobile hospitalière

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VSAB : Véhicules de Soins aux Asphyxiés et Blessés

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I: Répartition des parturientes selon la parité..... | 45 |
| Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents pathologiques | 45 |
| Tableau III: Répartition des patientes en fonction du nombre de structures fréquentées au cours de la grossesse | 46 |
| Tableau IV: Répartition des patientes en fonction du niveau de la structure où la grossesse a été suivie..... | 47 |
| Tableau V: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel..... | 48 |
| Tableau VI: Répartition des évacuées selon le nombre de consultations prénatales | 49 |
| Tableau VII: Répartition des patientes en fonction des pathologies au cours de la grossesse | 50 |
| Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction du nombre de structures faites avant admission | 52 |
| Tableau IX: Répartition des patientes en fonction des agents ayant décidé de l'évacuation | 54 |
| Tableau X: Répartition des patientes selon les accompagnants..... | 55 |
| Tableau XI: Répartition des évacuées selon les motifs d'évacuation..... | 56 |
| Tableau XII: Répartition des parturientes présentant des syndromes vasculo-rénaux et complications avant admission..... | 57 |
| Tableau XIII: Répartition des parturientes selon les syndromes vasculo-rénaux et complications à l'admission | 58 |

| | |
|--|----|
| Tableau XIV: Répartition des parturientes selon les causes hémorragiques avant admission | 59 |
| Tableau XV: Répartition des parturientes en fonction des causes hémorragiques à l'admission..... | 59 |
| Tableau XVI: Répartition des parturientes selon les causes dystociques avant admission..... | 60 |
| Tableau XVII: Répartition des patientes selon les causes dystociques à l'admission | 60 |
| Tableau XVIII: Répartition des parturientes présentant une angustie pelvienne avant admission | 61 |
| Tableau XIX: Répartition des patientes présentant une angustie pelvienne à l'admission | 61 |
| Tableau XX: Répartition des parturientes présentant une anomalie de | 62 |
| Tableau XXI: Répartition des évacuées avec présentation vicieuse à l'admission | 62 |
| Tableau XXII: Répartition des parturientes selon les causes fœto-annexielles avant admission | 63 |
| Tableau XXIII: Répartition des évacuées en fonction des causes fœto-annexielles à l'admission..... | 64 |
| Tableau XXIV: Répartition des parturientes présentant une anomalie de la hauteur utérine avant admission | 65 |

| | |
|--|----|
| Tableau XXV: Répartition des patientes présentant une anomalie de la hauteur utérine à l'admission | 65 |
| Tableau XXVI: Répartition des parturientes présentant un utérus cicatriciel avant admission | 66 |
| Tableau XXVII: Répartition des patientes présentant une pathologie gynécologique avant admission | 67 |
| Tableau XXVIII: Répartition des patientes admises pour une raison gynécologique à l'admission | 68 |
| Tableau XXIX: Répartition des patientes en fonction des pathologies gynécologiques associées à la grossesse avant admission | 68 |
| Tableau XXX: Répartition des évacuées en fonction des pathologies gynécologiques associées à la grossesse à l'admission | 69 |
| Tableau XXXI: Répartition des évacuées en fonction des pathologies maternelles associées à la grossesse avant admission..... | 70 |
| Tableau XXXII: Répartition des patientes présentant une pathologie maternelle associée à la grossesse à l'admission | 70 |
| Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon le type de conditionnement ... | 73 |
| Tableau XXXIV: Répartition des patientes en fonction de l'issue maternelle ... | 80 |
| Tableau XXXV: Répartition des parturientes en fonction des complications maternelles..... | 81 |
| Tableau XXXVI: Comparaison des complications maternelles entre les patientes conditionnées et les patientes non conditionnées..... | 85 |

| | |
|--|----|
| Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon le troisième retard | 88 |
| Tableau XXXVIII: Comparaison des diagnostics avant et après admission | 89 |
| Tableau XXXIX: Répartition des patientes conditionnées dont l'état de gravité n'était pas conforme avec le type de transport..... | 90 |
| Tableau XL: Répartition des parturientes évacuées sans conditionnement indépendamment du type de transport | 91 |
| Tableau XLI: Répartition des évacuations abusives en fonction du niveau des structures..... | 93 |
| Tableau XLII: Répartition des évacuations justifiées en fonction du niveau des structures..... | 94 |
| Tableau XLIII: Répartition des évacuations justifiées et tardives en fonction du niveau des structures | 94 |
| Tableau XLIV: Répartition des évacuations justifiées, tardives et abusives en fonction du niveau des structures | 94 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1: Système de santé du Sénégal | 12 |
| Figure 2: Filière orientation-recours du système de référence contre référence. | 21 |
| Figure 3: Limites sanitaires de la région de Dakar | 33 |
| Figure 4: Répartition des évacuées par tranche d'âge..... | 44 |
| Figure 5 : Répartition des évacuées selon le district d'origine | 51 |
| Figure 6: Répartition des évacuées en fonction des caractéristiques des fiches de liaison conformes | 54 |
| Figure 7: Répartition des patientes selon les moyens personnels | 55 |
| Figure 8: Répartition des patientes selon le délai de prise en charge | 72 |
| Figure 9: Répartition des patientes selon la prise en charge médicale avant admission..... | 74 |
| Figure 10: Répartition des évacuées selon la prise en charge médicale après admission..... | 75 |
| Figure 11: Répartition des patientes selon la prise en charge obstétricale avant admission..... | 76 |
| Figure 12: Répartition des patientes selon la prise en charge obstétricale après admission..... | 77 |
| Figure 13: Répartition des évacuées selon la prise en charge chirurgicale post admission..... | 78 |

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE | 5 |
| I.1. Évacuations et références..... | 6 |
| 1.1. Définitions | 6 |
| 2. Les transports sanitaires | 6 |
| 2.1. Modalités des transferts..... | 7 |
| 2.2. Les classes de transport | 9 |
| 2.3. Les conséquences du transport sur l'état de la patiente | 10 |
| 3.Le système de santé du Sénégal | 10 |
| 3.1. Le Niveau Central | 10 |
| 3.2. Le Niveau Intermédiaire : La Région Médicale (RM)..... | 11 |
| 3.4.A la base | 13 |
| 3.5.Au niveau départemental..... | 13 |
| 3.6.Au niveau régional | 13 |
| 3.7.Au sommet de la pyramide sanitaire | 14 |
| 4. Rôle des différentes structures sanitaires | 14 |
| 4.1. La case de Santé et la maternité rurale..... | 14 |
| 4.2. Le poste de santé | 14 |
| 4.3. Le centre de santé | 15 |
| 4.4. L'établissement public de santé de niveau 1 (EPS 1) | 16 |
| 4.5. L'établissement public de santé de niveau 2 (EPS 2) | 16 |
| 4.6. L'établissement public de santé de niveau 3 (EPS 3) | 16 |
| 4.7. Le ratio population/structure de santé | 16 |
| 4.8. Le ratio population /personnel de santé qualifié | 17 |
| 5. Le système de référence contre-référence..... | 17 |
| 5.1. Définition..... | 17 |
| 5.2. Description du système de référence contre référence..... | 18 |
| 5.3. Identification des écarts du système de référence et de contre référence | 23 |
| 6.Organisation d'une urgence obstétricale | 26 |
| 6.1. Gestion d'une urgence obstétricale par un Service d'Assistance Médicalisée d'Urgence (SAMU)..... | 27 |
| 6.2. Organisation d'une évacuation sanitaire dans notre contexte | 29 |
| DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE..... | 31 |
| METHODOLOGIE | 32 |
| II. METHODOLOGIE | 33 |
| 1. Cadre d'étude | 33 |

| | |
|---|----|
| 1.1. Infrastructures..... | 34 |
| 1.2. Personnel | 35 |
| 1.3. Activités..... | 35 |
| 1.4. Formation théorique et pratique | 36 |
| 1.5. Recherche | 37 |
| 2. Patientes et méthodes | 37 |
| 2.1. Type d'étude..... | 37 |
| 2.2. Critères de sélection | 37 |
| 2.3. Technique et collecte des données | 38 |
| 2.4. Variables étudiées..... | 38 |
| 2.5. Définitions des variables | 39 |
| 2.6. Analyse des données | 41 |
| RESULTATS | 42 |
| III.RÉSULTATS | 43 |
| 1. Fréquence | 43 |
| 2. Caractéristiques épidémiologiques..... | 43 |
| 2.1. Âge | 43 |
| 2.2. Situation matrimoniale | 44 |
| 2.3. Niveau de scolarisation | 44 |
| 2.4. Parité..... | 44 |
| 2.5. Antécédents pathologiques..... | 45 |
| 3. Suivi de la grossesse..... | 46 |
| 3.1. Lieu du suivi de la grossesse | 46 |
| 3.2. Agents ayant suivi la grossesse | 47 |
| 3.3. Âge gestationnel | 47 |
| 3.4. Nombre de consultations prénatales..... | 48 |
| 3.5. Bilan prénatal | 49 |
| 3.6. Pathologies au cours de la grossesse | 49 |
| 3.7. Origine des évacuées | 50 |
| 3.8. Caractéristiques de l'évacuation..... | 53 |
| 3.9. Pathologies | 57 |
| 4. Prise en charge des évacuées..... | 71 |
| 4.1. Durée d'évacuation..... | 71 |
| 4.2. Délai de prise en charge | 72 |
| 4.3. État général de la patiente à l'admission..... | 72 |
| 4.4. Conditionnement de la patiente..... | 73 |
| 4.5. Prise en charge médicale | 73 |

| | |
|---|-----|
| 4.6. Prise en charge obstétricale | 75 |
| 4.8. Issue maternelle..... | 78 |
| 4.9. Pronostic | 80 |
| 5. Facteurs pronostiques | 81 |
| 5.1. Facteurs en rapport avec la décision de référence ou d'évacuation..... | 81 |
| 5.2. Facteur lié au non-respect de la pyramide sanitaire | 83 |
| 5.3. Pronostic materno-fœtal et non-respect des moyens d'évacuation..... | 83 |
| 5.4. Retards liés à la prise en charge des parturientes..... | 87 |
| 5.5. Comparaison des diagnostics avant et après admission dans le service | 88 |
| 5.6. Relation entre la conformité des moyens d'évacuation et l'état de gravité des patientes..... | 90 |
| 5.7.Évaluation de la prise en charge des patientes avant l'évacuation | 92 |
| 5.8. Justifications des évacuations..... | 93 |
| DISCUSSION | 95 |
| IV. Discussion | 96 |
| 1. Fréquence | 96 |
| 2. Facteurs sociodémographiques | 96 |
| 3. Suivi de la grossesse..... | 98 |
| 4. Origine des évacuations et respect de la pyramide sanitaire..... | 99 |
| 5. Caractéristiques de l'évacuation..... | 100 |
| 5.1. Agents ayant décidé de l'évacuation..... | 100 |
| 5.2. Conditionnement | 101 |
| 5.3. Moyens de transport | 101 |
| 5.4. Durée d'évacuation..... | 102 |
| 5.5. Pathologies objectivées avant l'évacuation..... | 102 |
| 6. Pathologies objectivées à l'admission..... | 103 |
| 7. Prise en charge des évacuées..... | 106 |
| 8. Pronostic maternel..... | 107 |
| 9. Pronostic fœtal..... | 107 |
| 10. Justifications des évacuations..... | 108 |
| CONCLUSION &RECOMMANDATIONS | 109 |
| REFERENCES | 118 |
| ANNEXES | |

INTRODUCTION

La mortalité maternelle demeure une préoccupation majeure en Afrique.

Elle est définie par le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse, ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, indépendamment de la durée ou de la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivée, mais ni accidentelle ni fortuite[40].

Dans les pays en développement, 99% des décès maternels résultent de causes pouvant être prévenues ou traitées [12]; particulièrement en Afrique Subsaharienne, où le risque encouru est de 1 sur 22, contre 1 sur 7300 pour les femmes des régions développées [24]. Au Sénégal, l'Enquête Démographique et de Santé continue révèle que le rapport de la mortalité maternelle s'établit à 392 pour 100 000 naissances vivantes [1]. Dès lors, il semblerait que les évacuations sanitaires mal conduites influent sur la majeure partie des décès maternels. En effet, les évacuations obstétricales manquées sont responsables d'une mortalité maternelle et néonatale élevée [33]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, cette mortalité maternelle est en rapport avec diverses étiologies. Il s'agit :

- des décès par cause obstétricale directe, qui résultent de complications obstétricales, d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements.
- des décès par cause obstétricale indirecte, qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui ont été aggravées par les effets physiologiques de la grossesse.

Ainsi, il apparaît que le système de référence contre référence soit indispensable pour une réduction considérable de la mortalité maternelle et néonatale. En effet, le système de référence contre référence est particulièrement important pour les soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum car il facilite l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence [52]. Il permet aux populations d'accéder aux soins qui ne sont pas susceptibles d'être administrés à la base et de prendre en charge certaines complications survenant dans des contextes d'urgences [51]. Cependant, trois retards entravent son fonctionnement :

- **le premier retard** : il s'agit du temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) [34].
- **le deuxième retard** : c'est le temps nécessaire pour se rendre à un centre de SONU [34].
- **le troisième retard** : il s'agit du temps écoulé entre l'arrivée au centre de SONU et la dispensation des soins [34].

Alors, quelle place occupe le système de référence-contre référence dans la prise en charge des parturientes ? Quelles stratégies efficientes de prise en charge doit-on améliorer pour une réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale liée aux évacuations obstétricales ?

Dans ce cadre, s'inscrit notre étude dont le principal objectif était d'évaluer le système de référence contre référence à la maternité du service de Gynécologie

et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine qui est une maternité de niveau III. Ses objectifs secondaires étaient :

- de déterminer l'itinéraire des patientes référées ou évacuées ;
- d'identifier les problèmes relatifs aux références et évacuations obstétricales;
- d'évaluer le pronostic materno-fœtal à l'admission.

Pour cela, nous allons décrire dans un premier chapitre les évacuations et références obstétricales, les transports sanitaires, le système de santé du Sénégal, et enfin, le système de référence contre référence.

Dans un second chapitre, nous allons décrire la méthodologie adoptée avant de rapporter les différents résultats de notre travail que nous essayerons de commenter et de discuter, pour ensuite terminer par des recommandations avant de conclure.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I.1. Évacuations et références

1.1. Définitions

1.1.1. La référence

Il s'agit du transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire (référence interne) ou d'un centre à un autre (référence externe) pour une prise en charge adéquate en dehors d'une situation d'urgence [19]. Il existe plusieurs façons de le faire, en considérant la voie, le moment où l'urgence. Nous pouvons donc diviser en trois catégories : les références pendant la grossesse et l'accouchement en institutionnelles ou d'autoréférence, selon l'implication ou non des services de première ligne; en référence prénatale, pendant l'accouchement ou postnatale; et en référence élective ou d'urgence [29]. Une gestante non suivie au cours de la grossesse ne peut être référée, elle est évacuée [6].

1.1.2. L'évacuation

Il s'agit du transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre ayant un plateau technique plus élevé avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation. Elle se justifie quand le pronostic vital de la patiente est en jeu et réclame une prise en charge rapide à un échelon supérieur [19].

2. Les transports sanitaires

Les transports sanitaires regroupent l'ensemble des moyens de transports (terrestre, maritime, aérien), qui vise à transférer la patiente vers une structure sanitaire mieux adapté à sa prise en charge. La décision de transfert par

prudence dépend avant tout des conditions locales (plateau technique, compétence des équipes présentes, possibilités de renfort éventuel, facteur temps) [3]. Le choix de la structure d'accueil repose sur deux critères : la disponibilité du plateau technique et d'une unité de réanimation post-interventionnelle avec la présence d'une équipe obstétricale à proximité. Le facteur temps est primordial, car la mise en condition préalable ne doit pas retarder le transport et la structure adaptée la plus proche doit être privilégiée [3].

2.1. Modalités des transferts

2.1.1. Définition du transfert

Un transfert maternel est défini comme le transfert, médicalisé ou non, d'une femme enceinte (transfert in utero), ou d'une jeune accouchée, (transfert post-partum) dans un contexte d'hospitalisation, pour assurer pour elle ou pour son nouveau-né des soins dans un type de maternité correspondant à leur état de santé [26].

2.1.2. Le transfert primaire

Il s'agit d'une intervention médicale d'urgence pour une patiente non hospitalisée et souvent pas encore pris en charge par un médecin. C'est le cas des patientes à domicile ou non (lieu de travail, voie publique, cabinet médical) [27].

2.1.3. Le transfert secondaire

C'est le transport entre services hospitaliers, d'où les termes plus précis de transfert inter-hospitalier et de transfert intra-hospitalier (dans une même structure), parfois appelé secondaire par opposition au primaire et parce que la distance et le délai sont plus longs [27].

2.1.4. Le transfert in utero

Le transfert in utero vise à transférer la gestante dans une maternité disposant d'une structure d'hospitalisation néonatale capable de prendre en charge le nouveau-né [27]. L'orientation d'une femme enceinte, ayant un risque avéré de complication de sa grossesse, est une procédure complexe qui consiste à identifier, ainsi qu'à coordonner l'action des praticiens, des acteurs de santé, des structures médicales et du plateau technique adaptés à l'état de santé de la mère et de son fœtus [27].

2.1.5. Le vecteur de transport sanitaire

C'est le moyen utilisé pour le transport sanitaire. Il peut s'agir de [27]:

- véhicule sanitaire léger (taxi avec un ambulancier et du matériel secouriste) ;
- ambulance privée (catégorie A « fourgon », ou C « véhicule léger type break ») ;
- ambulance de réanimation (véhicule du type catégorie A avec une équipe médicale spécialisée : médecin anesthésiste-réanimateur ou urgentiste, infirmier, ambulancier) ;

- aéronef : hélicoptère, avion.

2.2. Les classes de transport

La classe de transport est définie par le niveau de surveillance et de soins nécessaires au cours d'un transport sanitaire [27].

2.2.1. La classe 1

Le transport de classe 1 représente le transport par ambulance. L'ambulancier n'est pas accompagné par un personnel soignant. Il assure le transfert des patientes en état stable confirmé [27].

2.2.2. La classe 2

Il s'agit d'un transport para médicalisé. Elle correspond au transfert de patientes dont l'état est stabilisé dans le cadre d'une pathologie bien identifiée en termes de risques, de charge de soins et d'évolutivité. Le transfert est fait en présence d'une sage-femme pour les transferts in utero ou d'un infirmier habilité ayant bénéficié d'une formation complémentaire pour assurer les transports. L'équipement doit comporter un monitorage de base, des pousses seringues électriques entre autres [27].

2.2.3. La classe 3

Il s'agit d'un transport médicalisé qui est assuré par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur ou urgentiste, d'un infirmier, et d'un ambulancier [27].

2.3. Les conséquences du transport sur l'état de la patiente

Le transport d'une patiente en état grave peut avoir des effets délétères.

La mobilisation modifie la répartition du volume sanguin circulant et aggrave une instabilité hémodynamique. Les accélérations et décélérations, plus importantes par voie terrestre qu'aérienne, majorent le risque hémodynamique. Les vibrations maximales, lors d'un transport héliporté, entravent la surveillance clinique et paraclinique de la patiente. De plus, ces vibrations et l'exiguïté d'une cellule sanitaire constituent une gêne à la réalisation de gestes techniques au cours du transport. Les transferts répétés majorent les risques et doivent être évités [3].

3. Le système de santé du Sénégal

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les régions médicales, et périphérique appelé district sanitaire [36].

3.1. Le Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre de la Santé, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés. Trois ordres de difficultés gênent le fonctionnement des services sur le plan institutionnel : le nombre important de services rattachés, le conflit de compétences entre services centraux partageant les mêmes missions, le manque de précision dans les missions du fait de l'absence d'arrêtés d'application [36].

3.2. Le Niveau Intermédiaire : La Région Médicale (RM)

Le Sénégal compte actuellement 14 Régions Médicales. La Région Médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Toutefois, les régions médicales jouent difficilement ce rôle en raison de l'insuffisance des capacités et des ressources humaines et logistiques [36].

3.3. Le Niveau Périphérique : District Sanitaire(DS)

Le Sénégal compte 69 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales. Les districts comme les régions médicales manquent de ressources. Cette situation explique la faiblesse des équipes-cadres [36]. La figure 1 met en exergue les trois niveaux de la pyramide sanitaire [36].

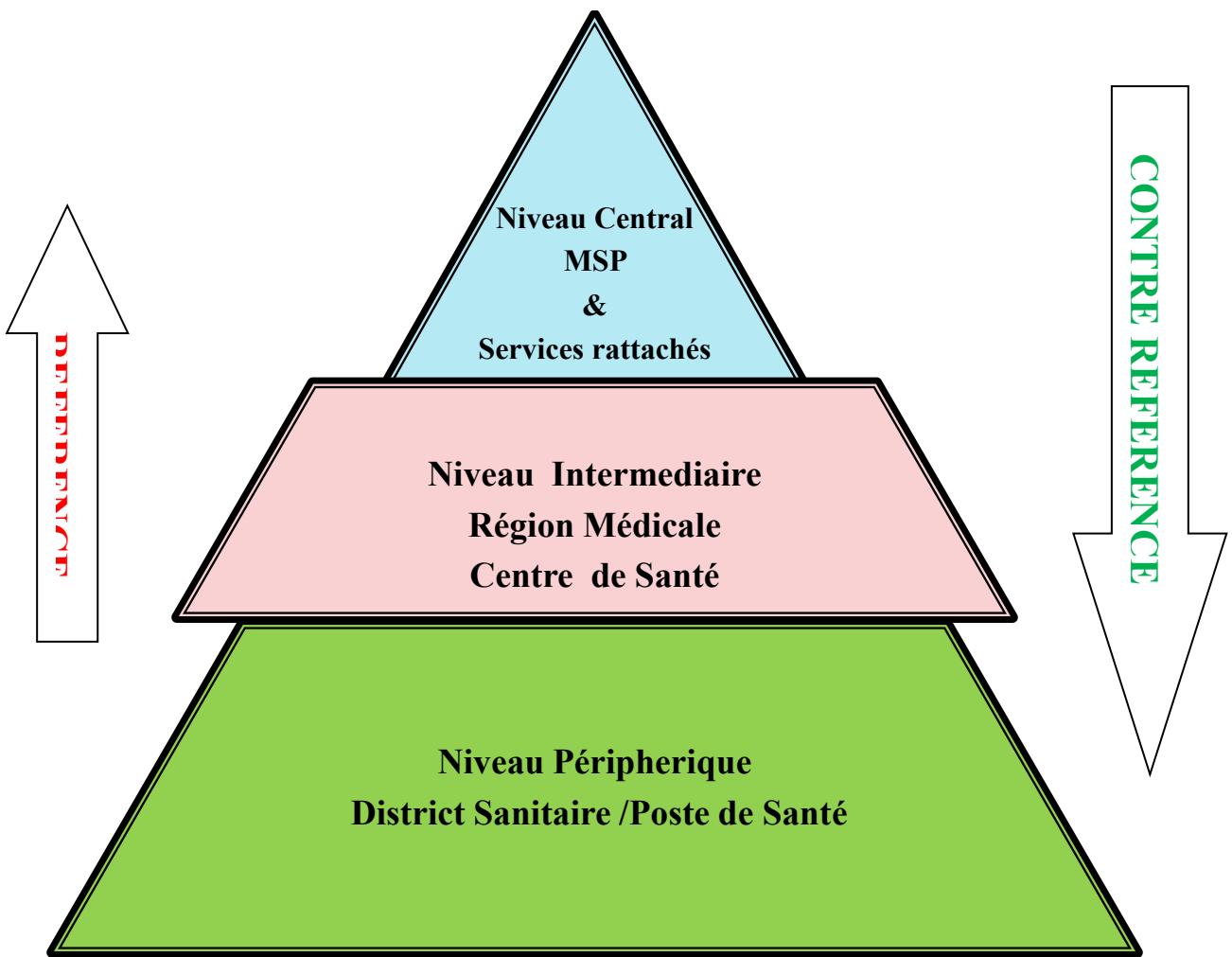


Figure 1: Système de santé du Sénégal (pyramide sanitaire)

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. Au niveau communautaire, le système est complété par les initiatives communautaires matérialisées sur le terrain, entre autres, par le

développement des cases de santé. Il faut noter, en plus, la part non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé[36].

Concernant le fonctionnement du système de référence, la subdivision des structures répond à celle du Ministère de la Santé du Sénégal avec 4 échelons : à la base de la pyramide sanitaire, au niveau départemental, au niveau régional et au niveau du sommet de la pyramide sanitaire.

3.4. A la base

Elle comprend les postes de santé implantés dans les communautés rurales ou arrondissements et dans les villes. Ils assurent les soins de base, supervisent un certain nombre de structures communautaires (cases de santé et maternités rurales) et constituent le premier recours [37].

3.5. Au niveau départemental

Les centres de santé ou hôpital de district (EPS1) sont les structures de référence des postes de santé aux plans préventif, curatif, administratif et parfois chirurgical notamment les centres de santé qui offrent des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) [37].

3.6. Au niveau régional

Il s'y trouve l'établissement public de santé de niveau 2 (EPS2) qui constitue la référence des centres de santé qui dispense des soins en médecine interne, en obstétrique, en gynécologie, en pédiatrie et en chirurgie [37].

3.7. Au sommet de la pyramide sanitaire

Les établissements publics de santé de niveau 3 (EPS3) représentent le dernier recours de la pyramide sanitaire [37].

4. Rôle des différentes structures sanitaires

4.1. La case de Santé et la maternité rurale

Leur activité est particulièrement centrée sur :

- l'information, l'éducation et la communication (IEC);
- la prévention (visites à domicile, pesées, hygiène et assainissement);
- les accouchements simples, les petits soins (pansements) ainsi que la planification familiale (distribution de condoms et réapprovisionnement en pilules);
- la référence et le suivi des référés (identification des signes de danger, référence avec outils de référence, organisation de la communauté);
- les soins curatifs : paludisme simple et diarrhée ainsi que la distribution de médicaments essentiels de la case ;
- la participation des populations à l'effort de santé (accès à l'eau potable, assainissement du milieu et mutualisation)[37].

4.2. Le poste de santé

En plus des activités de la case de santé et de la maternité rurale, il joue un rôle dans :

- la planification et la prise en charge des affections courantes ;

- les consultations pré, post natales, les accouchements normaux et dans la planification familiale (Soins obstétricaux d'urgence de base) ;
- la récupération nutritionnelle ;
- l'information, l'éducation et la communication(IEC), les visites à domicile ainsi que dans la prise en charge des avortements;
- la formation, la supervision, la recherche, et le monitoring ;
- la référence contre référence ;
- la promotion de la qualité des services ;
- la gestion : des données, de l'information, des ressources humaines, des médicaments et du matériel ;
- les examens complémentaires (crachat, goutte épaisse...) ;
- les évacuations sanitaires type VSAB (Véhicule de Soins aux Asphyxiés et Blessés) [37].

4.3. Le centre de santé

En plus des services fournis par le poste de santé, la case de santé et la maternité rurale, le centre de santé assure la prise en charge des accouchements compliqués, des urgences médicales et chirurgicales, des affections bucco-dentaires ainsi que l'aide au diagnostic (laboratoire et imagerie médicale : radiographies, échographie) et les visites à domicile (médecin sans blouse), mais également les évacuations sanitaires médicalisées [37].

4.4. L'établissement public de santé de niveau 1 (EPS 1)

Les EPS de niveau 1 sont en mesure de fournir des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) en plus de ceux précités (case de santé, poste de santé et centre de santé) [37].

4.5. L'établissement public de santé de niveau 2 (EPS 2)

Les EPS de niveau 2 assurent en plus de ceux précités pour les EPS1, les prestations de médecine, de chirurgie générale ou de psychiatrie ainsi que les activités de formation et de recherche fondamentale et opérationnelle; de médecine préventive, d'éducation pour la santé et leur coordination. Ils disposent de diverses spécialités médicales et chirurgicales [37].

4.6. L'établissement public de santé de niveau 3 (EPS 3)

Leur vocation s'étend au niveau national du fait de la haute spécialisation. Il couvre l'ensemble des soins prodigués au sein des structures de niveau inférieur [37].

4.7. Le ratio population/structure de santé

Il est de:

- un centre de santé pour 193 715 Habitants ;
- un poste de santé pour 13 086 Habitants ;
- un hôpital pour 542 403 Habitants.

Cette couverture laisse apparaître un déficit par rapport aux normes de l'OMS :

- 01 Centre de Santé/district 150 à 250.000 habitants ;
- 01 poste de santé urbain 10.000 habitants ;

- 01 poste de santé rural pour 5000 habitants ;
- 01 case de santé pour 500 habitants située à plus de 5kms du poste [37].

4.8. Le ratio population /personnel de santé qualifié

Selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), l'analyse de la couverture en personnel de santé en 2013 révèle que le Sénégal compte :

- 1 médecin pour 12 373 habitants [2] alors que l'OMS recommande 1 médecin pour 5000 à 10.000 habitants [37]);
- 1 infirmier pour 4320 habitants [2] alors l'OMS préconise 1 infirmier pour 300 habitants [37]);
- 1 sage-femme d'État pour 2426 Femmes en Age de Reproduction [2] alors que l'OMS recommande 1 sage-femme pour 300 femmes en âge de reproduction [37]. Il en ressort un déficit accru en ressources humaines dans le secteur de la santé. Le droit à la santé pour tous est fondamental et essentiel pour tout en chacun, d'où la nécessité de former suffisamment de prestataires de soins qualifiés.

5. Le système de référence contre-référence

5.1. Définition

Le système de référence contre-référence est un ensemble d'éléments organisés, interdépendants et interactifs permettant le transfert d'une patiente à l'intérieur du système de soins en vue d'une meilleure prise en charge [19].

La contre-référence constitue la réorientation et/ou le retour du patient au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l'information sur l'examen du patient, l'intervention faite et les avis pour le suivi correct [37].

5.2. Description du système de référence contre référence

Il joue un rôle important pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement en facilitant l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Le système de référence contre référence suppose l'existence de procédures claires, partagées, validées et approuvées qui décrivent les conditions dans lesquelles tout malade qui entre en contact avec le système de santé gravit les échelons selon le cas [36]. Plusieurs évaluations de la performance des structures sanitaires ont relevé des insuffisances dans l'offre et la demande des services de santé, y compris l'absence de cadre formel et d'indicateurs de suivi de la référence et de la contre référence [37]. Il s'agit:

- de la fonction de supervision de l'hôpital au sein de l'équipe-cadre de région négligée ;
- de la non-maîtrise des diverses filières et étapes qu'implique une référence contre-référence ;
- du non-respect des critères de référence vers le niveau d'appui [37].

La case de santé et le poste de santé constituent les structures de premier recours, tandis que le centre hospitalier de niveau 3 en demeure le dernier.

Ils constituent ainsi les éléments interdépendants et inter-reliés d'un système

qui se doit cohérent et efficace [37]. Divers critères permettent d'évaluer la cohérence d'un système de santé [23]. Il s'agit :

- de la pertinence des services en ce qui concerne la quantité, le niveau technique et les problèmes rencontrés par les groupes cibles ;
- de la disponibilité des ressources nécessaires pour assurer des soins de santé adéquats dans le cadre du système de santé de district ;
- de l'accessibilité des services (accessibilité géographique et abordabilité) ;
- de la qualité des soins de santé aux yeux des experts et de la population ;
- de l'acceptation des services offerts de la part des utilisateurs.

Il importe que les structures de santé des districts n'orientent sur les centres hospitaliers de recours que les patients pour lesquels des soins secondaires ou tertiaires sont essentiels [37]. De façon générale, l'orientation sur le centre hospitalier de recours devrait être réservée aux cas suivants [37] :

- patients ayant besoin de conseil d'expert ;
- patients devant bénéficier des examens techniques qui ne peuvent être effectués dans ce district ;
- patients dont les affections nécessitent une intervention technique ne pouvant être faite au niveau du district.

Cette orientation/référence est une démarche qui passe par la coopération, la coordination et le transfert d'informations entre le district et le centre hospitalier [37]. En matière de prise en charge des malades, la communication entre la communauté, les services de soins de santé primaires et les hôpitaux est

particulièrement importante lors de l'orientation ou de la référence vers le niveau supérieur, et au moment de la contre référence vers le niveau inférieur pour le suivi des patients [37]. Dans ces deux cas, l'éducation du malade et des membres de sa famille ainsi que le transfert harmonieux des informations dans les deux sens sont nécessaires pour assurer l'efficacité et la continuité des soins par une prise en compte des attentes du personnel de santé et des patients [37]. Le mauvais suivi prénatal, les insuffisances dans la prise en charge en amont des parturientes, l'accessibilité géographique des centres de référence, ainsi que le manque de moyens logistiques, matériels et financiers, sont des facteurs qui influent sur le devenir du couple mère-enfant. Ils sont généralement responsables du retard pris dans la référence/évacuation des patientes [6].

La figure ci-dessous relate ces différents faits [29].

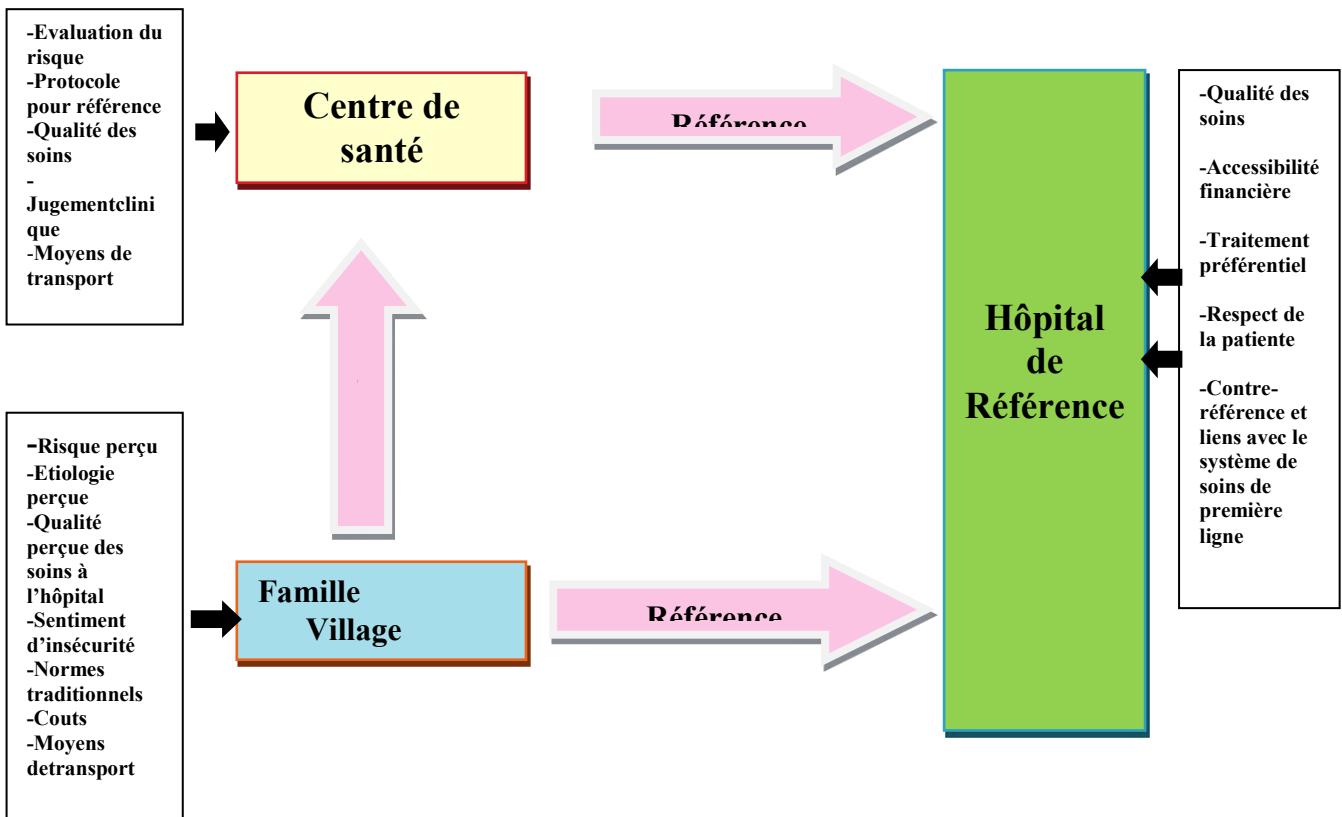


Figure 2:Filière orientation-recours du système de référence contre référence

5.2.2. Normes du système de référence contre-référence

La mise en place d'un système de référence et de contre-référence nécessite une définition claire des rôles et responsabilités de chaque niveau de la pyramide sanitaire, une bonne organisation dans les structures de santé ainsi qu'au sein de la communauté, un bon système d'information.

5.2.2.1. Rôles et responsabilités de chaque niveau de la pyramide sanitaire

Les différents échelons de la pyramide sanitaire requièrent :

- l'existence d'une carte sanitaire nationale, régionale et de district ;

- la détermination d'un paquet minimum d'activités pour chaque unité de prestation de services ;
- la continuité des soins et une complémentarité des différents niveaux de la pyramide pour la gestion des cas référés [37].

5.2.2.2. Organisation du travail dans les structures de santé

Elle suppose :

- une répartition claire des tâches par une déclinaison d'une fiche de poste pour chaque agent ;
- un personnel bien formé, connaissant les gestes à ne pas faire et maîtrisant les gestes à faire devant un cas à référer ;
- un environnement de travail adéquat pour le personnel de santé ;
- des soins continus et de qualité notamment dans les centres de santé ;
- un système de transport sécurisé des malades qui doivent être évacuées ou référées ;
- des structures de coordination internes qui fonctionnent ;
- une collaboration très étroite entre l'hôpital et les centres de santé et entre l'hôpital et la région médicale ;
- Une supervision formative régulière [37].

5.2.2.3. Un bon système d'information

- une facile communication entre les postes de santé et les centres de santé de référence, entre les hôpitaux dans le cadre de la référence horizontale et entre les centres de santé et les hôpitaux ;

- la disponibilité des outils de gestion de la référence et de la contre référence;
- une définition d'indicateurs permettant de mesurer les efforts fournis ;
- une analyse régulière des indicateurs en vue d'apporter des solutions aux problèmes survenus [37].

5.2.2.4. Une bonne organisation communautaire

L'organisation au sein de la communauté, aura pour but :

- d'identifier les personnes à référer et à évacuer ;
- de prendre la décision de les orienter dans de bonnes conditions ;
- de développer un système de solidarité qui aide à la prise en charge des cas référés [37].

5.3. Identification des écarts du système de référence et de contre référence

Plusieurs facteurs peuvent influencer le manque de performance du système de référence et de contre référence dont certains sont d'ordre comportemental, et non comportemental [37].

5.3.1. Facteurs lié au comportement

Le retard à la prise de décision, au sein des familles et de la communauté, à recourir aux soins dans les structures de santé serait liée principalement : au faible niveau économique, à la pauvreté grandissante des femmes et à leur statut ; au faible niveau de connaissances des populations sur les signes de danger liés aux complications obstétricales ; à l'analphabétisme des populations [37].

5.3.2. Facteurs d'ordre non comportemental

Il s'agit du déficit des moyens de communication et de transport, ainsi que du retard lié à la prise en charge des malades dans les structures de santé. Les résultats de l'évaluation de base sur les pratiques de la référence et de la contre-référence des structures de santé de la région de Diourbel faite, en juin 2005, confirment ces déterminants de la mortalité maternelle [37].

5.3.2.1. Déficit des moyens de communication et de transport

Le manque ou la non-disponibilité du téléphone pour une communication interne ou externe en cas d'urgence demeure une réalité en milieu rural. Ce déficit de téléphone est plus accru dans les régions de Fatick, Ziguinchor , Saint-Louis, et Kolda avec respectivement 92%, 91%, 88%, 70% de postes santé ne disposant pas de téléphone et 80%, 93%, 94%, 100% de postes sans maternité qui ne peuvent pas communiquer avec le centre de référence (carte sanitaire juin 2005) ; l'insuffisance d'ambulance ou l'existence de moyens de transport non conformes aux normes d'évacuation, les routes impraticables ou inaccessibles pendant l'hivernage constituent des problèmes majeurs [37].

5.3.3. Facteurs expliquant le retard de prise en charge

Divers facteurs pourraient expliquer les trois types de retard lié à la prise en charge des parturientes.

5.3.3.1. Le premier retard

Le premier retard qui constitue le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux Services Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) est en rapport avec

des facteurs socioéconomiques et culturels, des croyances locales sur l'enfantement, et enfin avec une perception de l'accessibilité des établissements de soins et de la qualité des soins [50]. Dans les régions qui, par exemple, valorisent le stoïcisme, où la femme qui souffre en silence est respectée, les membres de la famille peuvent avoir de la difficulté à identifier un travail prolongé. Le statut et l'autonomie des femmes peuvent aussi influencer la décision de demander des soins. Ainsi, dans certaines communautés, personne ne transportera une femme à l'hôpital sans la permission de son mari. La distance à laquelle se trouve l'établissement de santé, la disponibilité et l'efficacité du transport, son coût, ainsi que celui des soins de santé constituent des facteurs qui influent sur la décision de recourir aux SONU. La réputation de l'établissement peut aussi jouer un rôle majeur. Les gens peuvent tarder à demander une aide médicale, ou ne pas y recourir du tout, s'ils pensent que les services offerts sont de qualité médiocre [34].

5.3.3.2. Le deuxième retard

Il s'agit du temps nécessaire pour se rendre à un centre de SONU [34]. Le délai pour se rendre à l'établissement de soins est essentiellement dû à un problème d'accessibilité géographique et financière[50]. Cette accessibilité est définie par plusieurs facteurs : le coût et la disponibilité du transport, le coût et la réputation des soins que dispensent le centre, la distance à parcourir. Cette distance est fonction des services offerts aux divers paliers du système de santé. Par

exemple, elle augmente si le personnel des centres les plus proches ne peut même pas offrir les soins obstétricaux d'urgence de base [34].

5.3.3.3. le troisième retard

Il s'agit du temps écoulé entre l'arrivée au centre de SONU et la dispensation des soins [34]. Ce dernier met la lumière sur la qualité des soins offerts en matière de rapidité de prise en charge, de traitement, d'équipement médical, de disponibilité des médicaments, et enfin de l'accueil et du comportement des soignants [50]. La possibilité de fournir des soins obstétricaux d'urgence dépend de plusieurs facteurs de base : le nombre de membres du personnel, leur formation, la disponibilité des médicaments, du matériel, et l'état général des installations. Tout en ayant le personnel et le matériel nécessaire, un établissement peut dispenser des soins très médiocres. Lorsqu'on évalue la performance des établissements, il faut absolument tenir compte de ce fait et ne pas se fier à une liste de vérification du matériel et des équipements pour déterminer si des soins ont réellement été dispensés, et le délai dans lequel ils l'ont été [34].

6. Organisation d'une urgence obstétricale

En obstétrique, l'urgence demeure une situation quotidienne incontournable. Elle nécessite une implication des prestataires de soin, ainsi que des moyens diagnostiques et thérapeutiques adéquats.

6.1. Gestion d'une urgence obstétricale par un Service d'Assistance Médicalisée d'Urgence (SAMU)

6.1.1. Définitions

6.1.1.1. Service d'Assistance Médicalisée d'Urgence (SAMU)

Il s'agit d'un service public hospitalier chargé d'assurer une écoute médicale permanente et de déclencher la réponse la mieux adaptée. L'appel est traité par un Assistant de Régulation Médicale (ARM) (données administratives, motif de recours), puis régulé par un médecin (le médecin régulateur). Seul un docteur en médecine est habilité à effectuer une régulation médicale [27].

Le SAMU est en collaboration avec une équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), un ambulancier, un médecin généraliste de garde, les sapeurs-pompiers. Le SAMU gère aussi bien la réanimation extra hospitalière que la médecine générale d'urgence [27]. Le but de ce fonctionnement en réseau autour d'un SAMU est :

- d'optimiser le circuit des patients de proximité vers l'ensemble des établissements disposant des compétences et capacités d'hospitalisation nécessaires ;
- de faciliter la gestion des disponibilités en lits [27].

6.1.1.2. Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

Il s'agit d'un service hospitalier public qui est l'effecteur de la réanimation du SAMU qui est engagé lors d'une urgence de réanimation patente ou latente. C'est le médecin régulateur du SAMU qui décide de l'intervention du SMUR.

Le SMUR se déplace dans une Unité Mobile Hospitalière (UMH). Il y a obligatoirement un médecin senior dans un véhicule du SMUR [27].

6.1.2. Déroulement de la régulation obstétricale

Lors d'un appel d'une femme enceinte ou ayant accouché récemment, le Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) doit identifier le motif de recours et le terme. Un appel concernant le 3e trimestre de la grossesse ou du post-partum précoce doit être préférentiellement réglé par un médecin régulateur urgentiste [4]. Lorsque l'enfant est né ou l'accouchement en cours, l'appel doit bénéficier d'un départ réflexe d'une équipe SMUR suivi d'une régulation médicale prioritaire. Le médecin régulateur doit rechercher lors de tout appel d'une femme enceinte les signes en faveur d'un accouchement réalisé, en cours ou imminent [4]. L'utilisation des scores d'aide à la régulation est recommandée (score de Malinas, score Prédictif de l'Imminence d'un Accouchement ou SPIA et score Prémat-SPIA avant 33 semaines d'aménorrhée). Le médecin régulateur doit rechercher, en fonction du terme de la grossesse, les signes évoquant une urgence gynéco-obstétricale qui justifient l'envoi d'une équipe SMUR [4]. Lorsque l'accouchement est en cours, le médecin régulateur doit garder l'appelant au téléphone et le guider pour le bon déroulement de l'accouchement. Il faut orienter la femme enceinte ou la maman et le nouveau-né vers une maternité possédant un plateau technique adapté à leur état. En cas de grossesse à bas risque ou d'accouchement eutocique à terme, la maternité choisie par la maman est sollicitée. L'urgence vitale maternelle

impose le recours à la maternité la plus proche quel que soit le terme. L'accueil de la patiente par l'obstétricien et l'anesthésiste-réanimateur doit être organisé par le médecin régulateur [4]. Toute femme enceinte victime d'un événement aigu mais ne justifiant pas d'un transport sanitaire urgent, doit bénéficier d'un examen obstétrical systématique dans un délai adapté à son état et convenu avec elle ou son entourage [4]. Il est recommandé que les protocoles de prise en charge des urgences obstétricales soient écrits dans le cadre des réseaux en associant obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, médecins urgentistes, médecins régulateurs du SAMU, néonatalogues et radiologues interventionnels. Une femme enceinte au 2^e ou 3^e trimestre doit être transportée ceinturée en décubitus latéral, gauche ou droit. Le transport en décubitus dorsal est proscrit [4].

6.2. Organisation d'une évacuation sanitaire dans notre contexte

En pratique, les conditions préalables pour une évacuation sanitaire consistent à :

- coordonner avec la structure de référence (description du cas, préparation de l'accueil, demande d'appui technique, transport et accompagnement);
- sensibiliser et mobiliser la communauté/famille (frais de prise en charge, éventuel don de sang);
- conditionner la patiente par la mise en place d'une voie veineuse avec cathéter de gros calibre (16-18G) et d'une sonde vésicale à demeure [35].

Il faudrait estimer la glycémie capillaire à l'aide du Dextro, administrer à la patiente si nécessaire un soluté de remplissage veineux (ringer lactate ou sérum salé isotonique ou macromolécules) et l'oxygénier s'il ya lieu [35].

Lorsque la tension artérielle est basse, il faudrait surélever les membres inférieurs. En cas de grossesse, mettre la patiente sur le côté gauche, ou à défaut avec un billot (champs enroulé) sous la fesse droite, si elle est en fin de grossesse [35]. Devant des troubles de la conscience, il faudrait mettre la patiente en position latérale de sécurité, libérer les voies aériennes supérieures, mettre en place une canule de Guédel, et intuber si possible en cas de score de Glasgow inférieur à 8 [35].

Les documents de la référence (résumé du dossier, fiche de référence, registre de référence) devront être remplis rigoureusement [35].

DEUXIEME PARTIE :
NOTRE ETUDE

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) qui est un Centre de référence et de formation enregistrant en moyenne 4000 accouchements par an.

Le Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) se situe dans le District Sanitaire de Mbao. Selon le découpage administratif du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal, les districts sanitaires de la région de Dakar sont représentés sur le schéma suivant [22] :

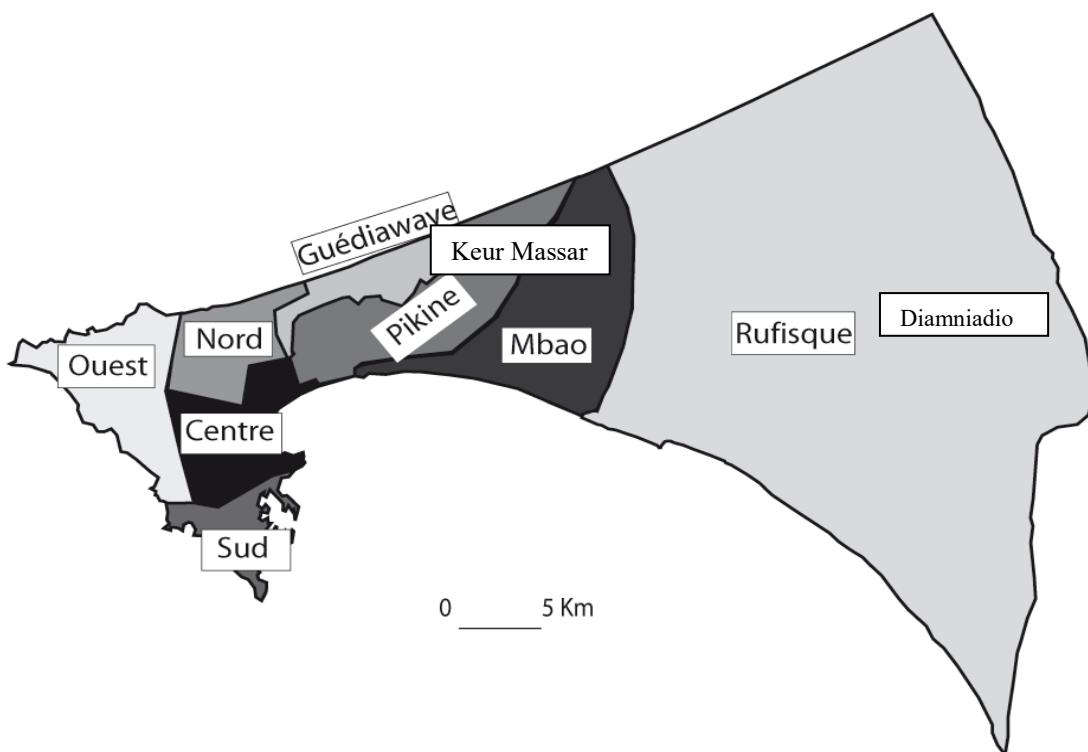


Figure 3: Limites sanitaires de la région de Dakar

1.1. Infrastructures

La maternité du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) nous a servi de cadre d'étude. Elle est composée des cinq unités suivantes :

- une unité d'accueil des urgences et de tri ;
- une salle de travail (6 lits) ;
- deux salles d'accouchement ayant 3 tables chacune et;
- une unité de néonatalogie avec 2 tables chauffantes.
- une unité d'hospitalisation

Le bloc d'hospitalisation qui comporte :

- une salle de grossesses pathologiques (4 lits) ;
- deux salles d'opérées récentes (5lits) ;
- quatre salles à deux lits de suites de couches normales et pathologiques (16 lits) ;
- deux salles de gynécologie (4 lits) ;
- et deux cabines individuelles.

Le bloc des consultations externes est constitué de 3 salles d'examens équipées pour les consultations gynécologiques et obstétricales, dont l'une est dotée d'un vidéo colposcope et d'un échographe.

Le bloc chirurgical qui est communément partagé avec les autres spécialités chirurgicales et qui dispose de trois salles d'opération, l'une pour les urgences, les autres étant réservées à la chirurgie programmée, avec notamment un appareil de cœlioscopie.

Une salle de réanimation polyvalente avec sept lits.

1.2. Personnel

Le service de Gynécologie et d'Obstétrique est sous la direction d'un Professeur Titulaire, Chef de Service, secondé par un Maître-assistant, un Assistant et deux Gynécologues-Obstétriciens praticiens hospitaliers.

Les membres du personnel sont :

- quatre internes des hôpitaux ;
- des médecins en cours de spécialisation en Gynécologie-Obstétrique (DES) ;
- quatorze sages-femmes d'État ;
- seize infirmières;
- et trois agents sanitaires.

1.3. Activités

Le service a trois vocations : les soins, l'enseignement et la recherche.

Les soins constituent une activité importante et sont essentiellement de cinq types. Il s'agit d'abord des soins obstétricaux et gynécologiques d'urgences assurés 24 heures sur 24 par des équipes constituées de médecins en cours de spécialisation et/ou d'internes des hôpitaux et de sages-femmes, effectuant des gardes avec des rotations toutes les 08 heures. Des soins généraux sont dispensés dans le secteur des hospitalisations : suivi et prise en charge des grossesses pathologiques, des accouchées, des patientes opérées et des cas gynécologiques. Des activités d'échographie gynécologique et obstétricale

assurées par le Professeur, le Maître-assistant, l'Assistant et les Gynécologues-Obstétriciens étatiques.

Les activités de consultations externes comportent des consultations pré et post-natales et des consultations gynécologiques, notamment de planification familiale, de colposcopie, d'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA/IVL), et de sénologie.

Les activités de chirurgie programmée qui sont effectuées sur le recrutement fait aux consultations externes, à raison de 3 journées opératoires hebdomadaires, sont variées, et incluent la chirurgie cœlioscopique, vaginale, mais aussi la chirurgie carcinologique gynécologique et mammaire.

1.4. Formation théorique et pratique

La formation théorique est orientée vers la promotion de la santé maternelle et infantile, et comporte des exposés illustrés, des présentations de malades, des critiques de dossiers, ainsi que l'étude de cas cliniques et des audits de décès maternels selon le cas. Elle cible les médecins en cours de spécialisation, les internes des hôpitaux, les sages-femmes, les médecins compétents en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), les étudiants en Médecine de 5^e et 7^e année, et les élèves sages-femmes. La formation pratique qui est guidée par les objectifs de stages de chaque catégorie d'apprenants s'appuie sur l'enseignement théorique et les différentes activités de soins.

1.5. Recherche

Le CHNP est un excellent cadre de recherche en santé dans le domaine de la maternité à moindre risque, la planification familiale, la santé prénatale, les tumeurs gynécologiques et mammaires ainsi que d'autres spécialités médicales.

2. Patientes et méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif et analytique allant du 1^{er} janvier 2016 au 30 septembre 2016 soit une période de 9 mois dont les objectifs étaient d'évaluer le système de référence contre référence au sein de notre service, de déterminer l'itinéraire des patientes admises, d'identifier les problèmes relatifs aux références et évacuations obstétricales, et enfin d'évaluer le pronostic materno-fœtal à l'admission.

2.2. Critères de sélection

2.2.1. Critères d'inclusion

La population d'étude était constituée des patientes évacuées des structures sanitaires de la région de Dakar vers le Centre Hospitalier National de Pikine.

Ont été incluses toutes les patientes évacuées présentant une pathologie gynécologique ou obstétricale.

2.2.2. Critères de non inclusion

Les patientes non incluses étaient celles qui étaient venues d'elles-mêmes.

2.3. Technique et collecte des données

La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche de recueil de données.

Les supports utilisés étaient :

- le registre d'accouchement ;
- le registre de garde ;
- les dossiers des patientes évacuées ;
- les bulletins d'évacuation ;
- le registre des évacuations.

2.4. Variables étudiées

Les paramètres étudiés pour chaque patiente étaient :

- **sociodémographiques** : l'âge, la situation matrimoniale, la scolarité, les antécédents obstétricaux, la parité ;
- **le suivi de la grossesse** : le lieu du suivi de la grossesse, les agents ayant suivi la grossesse, l'âge gestationnel, le nombre de consultations prénatales, le bilan prénatal, les pathologies au cours de la grossesse ;
- **la provenance des évacuées** ;
- **les caractéristiques de l'évacuation** : les informations sur l'évacuation, les caractéristiques des fiches de liaison, les agents ayant décidés de l'évacuation et les personnes accompagnants, les moyens de transport, les motifs d'évacuation ;
- **les pathologies objectivées avant l'évacuation** ;
- **les pathologies objectivées à l'admission** ;

- **la prise en charge des patientes** : la durée d'évacuation, le délai de prise en charge, l'état de la patiente à l'admission, la prise en charge médicale, obstétricale et chirurgicale faite avant et après admission, l'issue de la grossesse ;
- **le pronostic maternel et fœtal** ;
- **les moyens de contre référence**.

2.5. Définitions des variables

2.5.1. L'âge gestationnel

L'âge gestationnel correspond au terme de la grossesse en semaines d'aménorrhée, calculé à partir de la date des dernières règles ou de l'échographie de datation précoce (entre 9 et 13 semaines d'aménorrhée).

2.5.2. Le bilan prénatal

Le bilan prénatal regroupe l'ensemble des examens paracliniques prescrits au cours de la grossesse. Il regroupe des examens biologiques (hémogramme, groupage rhésus, test d'Emmel, albuminurie, glycosurie, glycémie à jeun, sérologie syphilitique, antigénémie Hbs, sérologie HIV, sérologies rubéole et toxoplasmique), des examens paracliniques en particulier l'échographie pelvienne ainsi qu'une prévention anti palustre (sulfadoxine pyriméthamine) et antitétanique.

2.5.3. Les caractéristiques des fiches de liaison

Les fiches de liaison étaient classées en fiches obsolètes, et en fiches conformes.

- **Fiches de liaisons obsolètes** : fiches ne répondant pas aux normes d'une évacuation sanitaire correcte (ordonnance ou feuille faisant office de fiche).

- **Fiches de liaisons conformes** : fiches correctement remplies répondant aux normes d'une bonne évacuation sanitaire.

2.5.4. Les justifications des évacuations

Nous avons classé les évacuations reçues dans le service en 4 catégories :

- **Évacuation abusive** : ont été considérées comme ayant eu une évacuation abusive les patientes dont la prise en charge était supposée être possible dans la structure de premier recours;
- **Évacuation justifiée** : ont été considérées comme ayant eu une évacuation justifiée les patientes dont la prise en charge nécessite des moyens diagnostiques et thérapeutiques non disponibles dans la structure de premier recours;
- **Évacuation justifiée et tardive** : ont été considérées comme ayant eu une évacuation justifiée et tardive les patientes dont la prise en charge nécessite des moyens diagnostiques et thérapeutiques (échographie, matériel d'aspiration, structures de réanimation et de néonatalogie, bloc opératoire fonctionnel) non disponibles dans la structure de premier recours, et qui auraient pu être référées en début de grossesse avant l'apparition de complications (exemple des cas d'utérus cicatriciel, de diabète gestationnel , HTA gravidique);

- **Évacuation justifiée, tardive et abusive** :ont été considérées comme ayant eu une évacuation justifiée, tardive et abusive les patientes dont la prise en charge nécessite des moyens diagnostiques et thérapeutiques non disponibles dans la structure de premier recours, qui auraient pu être référées en début de grossesse, mais qui avaient été suivies dans une structure privée ou publique puis évacuées en dernier lieu dans une maternité de niveau III devant l'apparition de complications.

2.6. Analyse des données

Les données étaient recueillies sur les fiches d'enquête individuelles et avaient été saisies à l'aide du logiciel Excel Microsoft Office Windows 10 comportant les paramètres étudiés.

Le programme d'analyse était réalisé grâce au logiciel SPSS version 23 (Statistical Package for Social Sciences) par Windows.

RESULTATS

III.RÉSULTATS

1. Fréquence

Durant la période d'étude (du 1^{er} janvier 2016 au 30 septembre 2016), nous avions colligé 1164 patientes évacuées au service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHNP sur un total d'admission de 3691 patientes soit une fréquence de 31,5%. Cette fréquence représente 1/3 des évacuations sanitaires de notre service, dont la prise en charge était assurée par une équipe de gynécologues-obstétriciens et de sages-femmes engagés durant 24 heures et de façon continue. Il s'agissait d'évacuations sanitaires pour raisons obstétricales chez 1073 patientes, soit 92,2% de l'ensemble des évacuées, et pour raisons gynécologiques chez 91 patientes soit 7,8%.

2. Caractéristiques épidémiologiques

2.1. Âge

L'âge moyen de nos patientes était de 27,9ans avec des extrêmes de 6 à 60 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 21 à 30 ans avec 50% de cas soit 561 patientes.

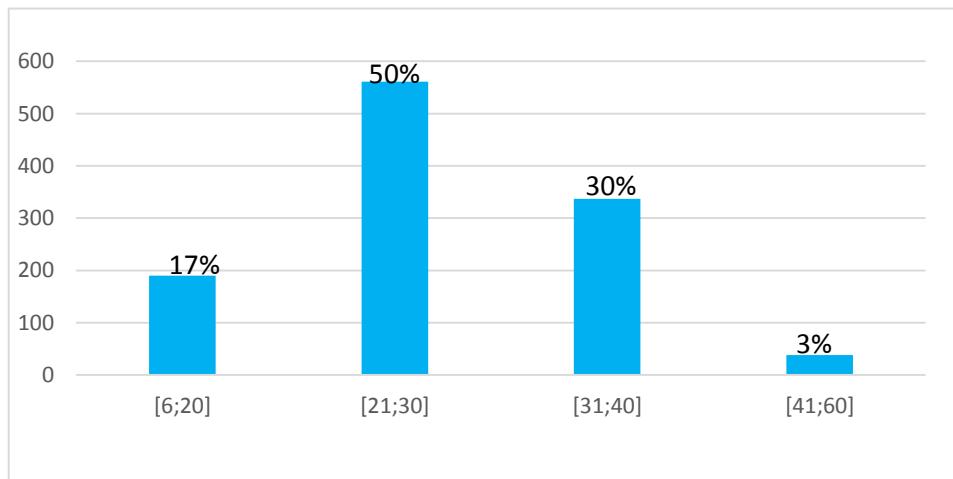


Figure 4: Répartition des évacuées par tranche d'âge

2.2. Situation matrimoniale

La majeure partie des patientes était mariée soit 85,1% (991 patientes) tandis 21 patientes étaient célibataires soit 1,8%. Par manque de données, la situation matrimoniale n'a pas pu être précisée chez 12,7% de notre série soit 148 patientes.

2.3. Niveau de scolarisation

Les patientes instruites représentaient 15% (177 patientes), parmi lesquelles 10% (119) étaient au niveau primaire, 4% (52) avaient atteint le secondaire et 1% (6) l'université.

2.4. Parité

La parité moyenne était de 2,5 avec des extrêmes de 0 et 11.

Dans notre série, nous avions retrouvé en majorité 34,8% de primipares, 35,7% de paucipares.

Tableau I: Répartition des parturientes selon la parité

| Parité | Nombre | Pourcentage% |
|--------------------|---------------|---------------------|
| Nullipares | 32 | 3% |
| Primipares | 373 | 34,8% |
| Paucipares | 383 | 35,7% |
| Multipares | 82 | 7,6% |
| Grandes multipares | 182 | 17% |
| Non précisé | 21 | 2% |
| Total | 1073 | 100% |

2.5. Antécédents pathologiques

Nous avions pu déterminer les antécédents pathologiques chez 220 patientes soit 19% de notre effectif. Les plus fréquents étaient la césarienne (63%) et la mort fœtale in utero (28%).

Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents pathologiques

| Antécédents pathologiques | Nombre | Pourcentage% |
|------------------------------------|---------------|---------------------|
| Éclampsie | 4 | 2% |
| Prééclampsie | 2 | 1% |
| Hématome rétro-placentaire | 4 | 2% |
| Mort fœtale in utero | 62 | 28% |
| hypertension artérielle gravidique | 2 | 1% |
| Grossesse extra-utérine | 2 | 1% |
| Myomectomie | 3 | 1% |
| Césarienne | 138 | 63% |
| Macrosomie | 3 | 1% |
| Total | 220 | 100% |

3. Suivi de la grossesse

3.1. Lieu du suivi de la grossesse

Au cours de la grossesse, 87% des patientes soit 936 avaient fréquenté une structure, tandis que 2 % soit 19 patientes en avaient fréquenté 2. Les gestantes avaient effectuées leur suivi prénatal en majorité dans les structures périphériques ; 39,8 % dans les postes de santé, 26,3% dans les centres de santé. Cependant, seules 10,6% des patientes avaient eu un suivi prénatal dans un établissement public de niveau 1 et 0,4% dans un établissement public de niveau 3. Néanmoins 9,7% des patientes ont suivi leur grossesse dans les structures privées alors que 1,8% des patientes n'ont pas eu de suivi prénatal.

Par ailleurs 4 patientes avaient fait leur suivi prénatal dans les régions de Diourbel et de Kolda.

Tableau III: Répartition des patientes en fonction du nombre de structures fréquentées au cours de la grossesse

| Structures fréquentées | Nombre | Pourcentage |
|-------------------------------|---------------|--------------------|
| 0 | 19 | 2% |
| 1 | 936 | 87% |
| 2 | 19 | 2% |
| Non précisé | 99 | 9% |
| Total | 1073 | 100% |

Tableau IV: Répartition des patientes en fonction du niveau de la structure où la grossesse a été suivie

| Niveaux structures | Nombre | Pourcentage |
|---|---------------|--------------------|
| Poste de santé | 427 | 39,8% |
| Centre de santé | 282 | 26,3% |
| Établissement public de santé de niveau 1 | 114 | 10,6% |
| Établissement public de santé de niveau 3 | 4 | 0,4% |
| Privé | 104 | 9,7% |
| Non suivi | 19 | 1,8% |
| Non précisé | 123 | 11,5% |
| Total | 1073 | 100% |

3.2. Agents ayant suivi la grossesse

Le suivi de la grossesse était fait par des sages-femmes dans 92,4% des cas, par des médecins dans 4,3% des cas, par des infirmiers dans 0,2% des cas. Chez 3,1% des parturientes, le prestataire n'a pas pu être précisé.

3.3. Âge gestationnel

La grossesse était estimée à terme (38SA-40SA) chez 493 patientes (46%), près du terme (≥ 36 SA et < 38 SA) chez 267 patientes (25%).

La grossesse n'était pas à terme (< 36 SA) chez 226 patientes soit 21%, tandis que 68 patientes présentaient une grossesse dont le terme était dépassé (> 40 SA) soit 6% de notre effectif.

Tableau V: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel

| Âge Gestationnel | Nombre | Pourcentage% |
|---------------------------|---------------|---------------------|
| <36SA | 226 | 21% |
| ≥ 36 SA et < 38 SA | 267 | 25% |
| ≥ 38 et < 40 SA | 493 | 46% |
| >40 SA | 68 | 6% |
| Non précisé | 19 | 2% |
| Total | 1073 | 100% |

SA : semaine d'aménorrhée

3.4. Nombre de consultations prénatales

Le nombre moyen de consultations prénatales était de 3,5 avec des extrêmes de 0 et 8. On constate que 2,3% des parturientes n'ont pas eu de consultation prénatale, tandis que 7,3% n'en ont fait qu'une seule. Par ailleurs, 11,9% ont eu 2 consultations, et 22,2% en ont eu 3. Par ailleurs les 04 consultations prénatales récemment 08, préconisées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal (MSAS) ont été respectées chez seulement 29,3% de notre effectif, tandis que 20,2% des patientes ont eu plus de 5 CPN.

Tableau VI: Répartition des évacuées selon le nombre de consultations prénatales

| Consultation prénatale | Nombre | Pourcentage % |
|-------------------------------|---------------|----------------------|
| 0 CPN | 25 | 2,3% |
| 1 CPN | 78 | 7,3% |
| 2 CPN | 128 | 11,9% |
| 3 CPN | 238 | 22,2% |
| 4 CPN | 314 | 29,3% |
| ≥ 5 CPN | 217 | 20,2% |
| Non précisé | 73 | 6,8% |
| Total | 1073 | 100% |

CPN : consultation prénatale

3.5. Bilan prénatal

Le bilan prénatal a été fait chez 700 parturientes soit 65%. Par ailleurs, 16% (175 patientes) d'entre elles n'en avaient pas fait et chez 18% des parturientes (198), cette donnée n'avait pas été documentée.

3.6. Pathologies au cours de la grossesse

Vingt-quatre virgule cinq pour cent (24,5%) soit 263 patientes présentaient une pathologie grave au cours de la grossesse dont les principales étaient : l'hypertension artérielle gravidique (59,7%), le diabète gestationnel (16%), la prééclampsie (4,9%), l'anémie sévère (3,4%).

Tableau VII: Répartition des patientes en fonction des pathologies au cours de la grossesse

| Pathologies | Nombre | Pourcentage% |
|------------------------------------|---------------|---------------------|
| hypertension artérielle gravidique | 157 | 59,7% |
| hypertension artérielle chronique | 3 | 1,1% |
| Prééclampsie | 13 | 4,9% |
| Diabète Gestationnel | 42 | 16% |
| Diabète | 4 | 1,5% |
| Anémie sévère | 9 | 3,4% |
| Hyperthyroïdie | 2 | 0,8% |
| Asthme | 2 | 0,8% |
| Vomissements | 5 | 1,9% |
| Drépanocytose homozygote | 8 | 3% |
| Infection gynécologique | 8 | 3% |
| Myomatose utérine | 3 | 1,1% |
| Malformations fœtales | 1 | 0,4% |
| VIH | 5 | 1,9% |
| Total | 263 | 100% |

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

3.7. Origine des évacuées

Les évacuées provenaient essentiellement des districts sanitaires de Mbao (24%) soit 284 patientes, de Keur Massar (23,3%) soit 276 patientes, de Guédiawaye (20%) soit 237 patientes, de Rufisque (14,1%) soit 167 patientes, et de Pikine (6,8%) soit 80 patientes.

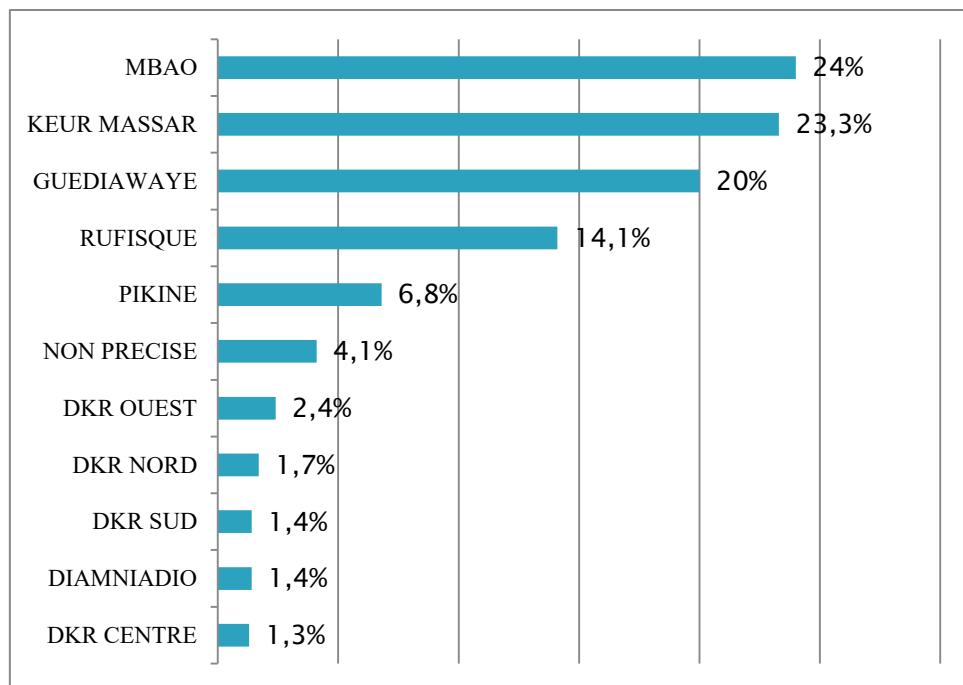


Figure 5 : Répartition des évacuées selon le district d'origine

3.7.1. Origine intra-district des évacuées

A l'intérieur du district de Mbao, dans lequel se trouve le Centre Hospitalier National de Pikine, les évacuées provenaient essentiellement du centre de santé de Sicap Mbao (49% soit 141 évacuées) qui est une structure périphérique.

3.7.1.1. Origine hors-district des évacuées

Soixante-douze virgule quatre pour cent (72,4%) des évacuées provenaient hors du district de Mbao. Elles étaient issues principalement des districts de Keur Massar (23,3%), Guédiawaye (20%), de Rufisque (14,1%) et de Pikine (6,8%).

Dans le district de Guédiawaye, le Centre Hospitalier Roi Baudoin (EPS de niveau 1) a eu à transférer 187 patientes soit 79% de l'ensemble des évacuées du district sanitaire de Guédiawaye (237).

À l'intérieur du district de Keur Massar, 40,2% des évacuées (111) provenaient du Centre de santé de Keur Massar.

Pour le district de Rufisque, le Centre Hospitalier Youssou Mbargane Diop (EPS de niveau 1) a eu à évacuer 55,1% des patientes (92) au sein du même district (167). Le centre de santé Baye Talla Diop du district sanitaire de Pikine était la principale structure qui évacuait vers le CHNP avec 48% de patientes évacuées(38). Au total, 266 structures étaient impliquées dans le système de référence recours, parmi lesquels 101 structures privées.

3.7.1.2. Nombre de structures fréquentées au cours du transfert

Le nombre de structures fréquentées était en moyenne de 1,5 avec des extrêmes de 1 et 3. Quatre-vingt-huit pour cent (88%) des patientes ont consulté une structure sanitaire avant d'être admise dans la maternité de référence, tandis que 11% sont passés par deux structures. Seules 08patientes, soit 1%, ont eu à respecter la pyramide sanitaire.

Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction du nombre de structures faites avant admission

| Nombre de structures | Nombre | Pourcentage % |
|-----------------------------|---------------|----------------------|
| 1 | 1030 | 88% |
| 2 | 126 | 11% |
| 3 | 8 | 1% |
| Total | 1164 | 100% |

3.8. Caractéristiques de l'évacuation

3.8.1. Informations sur l'évacuation

Des informations sur l'évacuation avaient été fournies chez 54% de notre effectif soit 625 patientes. Le principal moyen d'information était la fiche de liaison chez 615 patientes soit 53% de notre effectif. L'évacuation avait été précédée d'un appel téléphonique chez 10 patientes soit 1% de notre effectif.

Quarante-six pour cent (46%) soit 539 évacuées, ne présentaient pas de fiche de liaison, le motif ou le diagnostic d'évacuation était mentionné sur le carnet de visite pré natale.

3.8.2. Caractéristiques des fiches de liaison

Les fiches de liaison étaient conformes chez 307 patientes (26,4%), obsolètes chez 247 patientes (21,2%), 61 patientes (5,2%) avaient des fiches de liaison dont les caractères n'ont pas pu être précisés.

Parmi les fiches de liaison conformes, un diagnostic correct avait été mentionné chez 237 patientes (20,4%). Par contre, un diagnostic incorrect avait été mentionné chez 12 patientes (1%), et chez 58 patientes (5%) qui avaient des fiches de liaison conformes le diagnostic n'avait pas été précisé. L'intérêt de préciser le diagnostic retenu dans la structure qui évacue, permet une prise en charge rapide et adéquate au sein de la structure d'accueil. Par ailleurs, 237 patientes (20,4%) avaient des fiches de liaison obsolètes où des diagnostics corrects avaient été mentionnés et, chez 10 patientes (0,9%) qui détenaient des fiches de liaisons obsolètes, le diagnostic mentionné était incorrect.

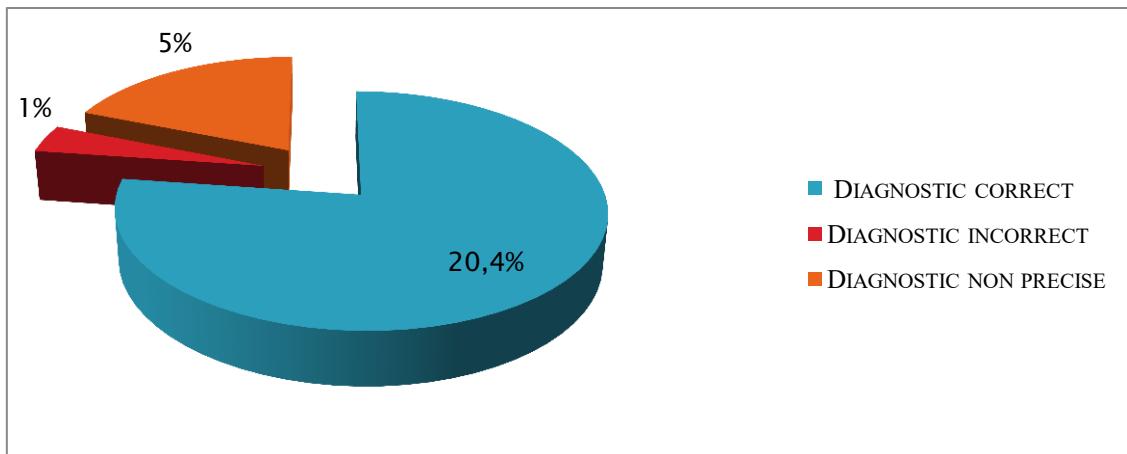


Figure 6: Répartition des évacuées en fonction des caractéristiques des fiches de liaison conformes

3.8.3. Agents ayant décidés de l'évacuation et personnes accompagnants

L'évacuation avait été décidée par les sages-femmes chez 95% des patientes et par des médecins chez 0,17% des patientes.

Tableau IX: Répartition des patientes en fonction des agents ayant décidé de l'évacuation

| Praticiens | Nombre | Pourcentage% |
|-------------------------|-------------|--------------|
| Médecins | 2 | 0,17% |
| Sages-femmes | 1109 | 95% |
| Infirmier-chef de poste | 1 | 0,09% |
| Non précisé | 52 | 4,47% |
| Total | 1164 | 100% |

Soixante-dix-neuf pour cent (79%) des évacuées étaient accompagnées seulement de leurs parents. Seules 12% des patientes étaient accompagnées d'un personnel de santé qualifié au cours de l'évacuation.

Tableau X: Répartition des patientes selon les accompagnants

| Accompagnants | Nombre | Pourcentage% |
|-----------------------------|---------------|---------------------|
| Parents | 925 | 79% |
| Personnel de santé qualifié | 143 | 12% |
| Matrones | 21 | 2% |
| Non précisé | 75 | 6% |
| Total | 1164 | 100% |

3.8.4. Moyens de transport

Les moyens personnels étaient utilisés lors de l'évacuation dans 79% des cas (dont 60,1% de moyens de transport personnels non précisé). Ainsi, 12,8% des évacuées ont eu recours au taxi, 3,4% des patientes au taxi en commun, la voiture personnelle chez 2,5% de notre effectif et le bus chez 0,2% des évacuées. Seules 12% des patientes ont été évacuées par une ambulance. 9% des évacuées ont eu recours à un moyen de transport dont le type n'a pas pu être précisé.

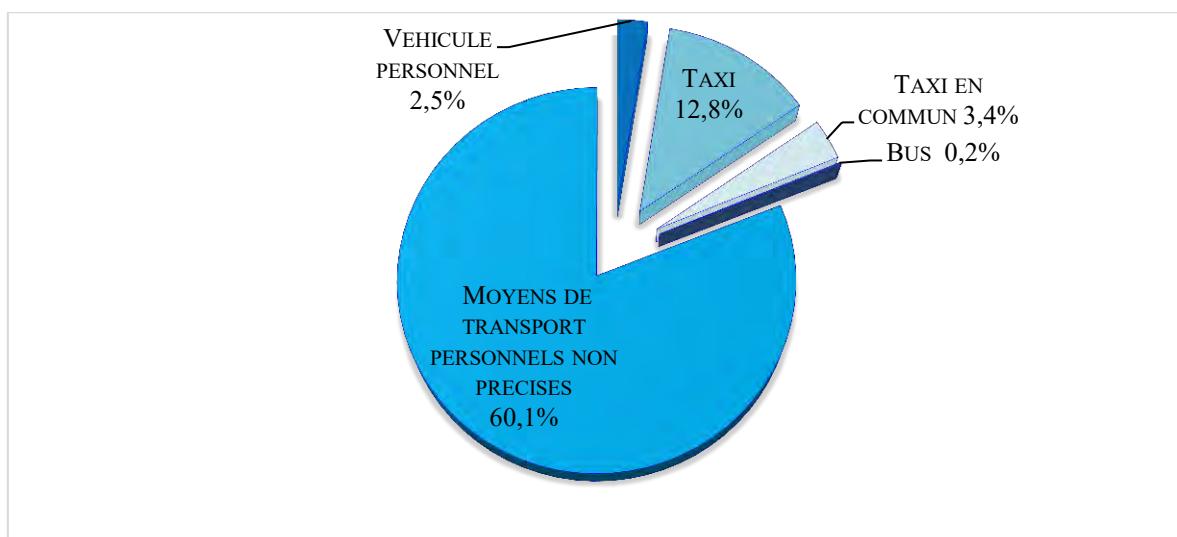


Figure 7: Répartition des patientes selon les moyens personnels

3.8.5. Motifs d'évacuation

La répartition des patientes selon les motifs d'évacuation montre que 94,3% de notre effectif avait été évacué pour une meilleure prise en charge. Cependant, 2,7% avaient été évacuées pour des problèmes en rapport avec la non-fonctionnalité au bloc opératoire des structures d'origine, l'absence consommables (champs, kits) ou encore un défaut d'anesthésiste-réanimateur. Le manque de bloc opératoire, de structures de néonatalogie et de réanimation au niveau de la structure initiale avait motivé l'évacuation dans respectivement 2,3%, 1,8%, et 1,4 % des cas. Il faut noter que le manque de place au sein de la structure qui évacue avait été noté dans 1,7% des cas. D'autres motifs tels que la non-solvabilité, le défaut de matériels ainsi que la survenue de complications au cours de la parturition, avaient été observés dans respectivement 0,2%, 0,6%, 0,7% des cas. Les patientes dont le motif d'évacuation étaient une meilleure prise en charge constituaient 94,3% soient 1098. Ce motif n'était pas justifié chez 19% d'entre elles soient 212 patientes.

Tableau XI: Répartition des évacuées selon les motifs d'évacuation

| Motifs d'évacuation | Nombre | Pourcentage% |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| Problèmes liés au bloc opératoire | 31 | 2,7% |
| Absence de bloc opératoire | 27 | 2,3% |
| Absence d'unité de néonatalogie | 21 | 1,8% |
| Absence d'unité de réanimation | 16 | 1,4% |
| Faute de place | 20 | 1,7% |
| Solvabilité | 2 | 0,2% |
| Complications | 7 | 0,6% |
| Défaut de matériels | 8 | 0,7% |
| Meilleure prise en charge | 1098 | 94,3% |
| Total | 1230 | 105,6% |

3.9. Pathologies

3.9.1. Syndromes vasculo-rénaux et complications avant admission

Parmi les syndromes vasculo-rénaux et leurs complications, la prééclampsie sévère était la plus fréquente avec 48,4% de cas.

Tableau XII: Répartition des parturientes présentant des syndromes vasculo-rénaux et complications avant admission

| SVR et complications | Nombre | Pourcentage% |
|------------------------------------|------------|--------------|
| Hypertension artérielle gravidique | 53 | 19,4% |
| Prééclampsie modérée | 13 | 4,8% |
| Prééclampsie sévère | 132 | 48,4% |
| Éclampsie | 28 | 10,3% |
| hématome rétro placentaire | 40 | 14,7% |
| Syndrome HELLP | 2 | 0,7% |
| Insuffisance rénale aigue | 1 | 0,4% |
| œdème aigu du poumon | 4 | 1,5% |
| Total | 273 | 100% |

SVR : syndromes vasculo-rénaux

HELLP: hémolysis elevated liver enzyme low platelet count

3.9.2. Syndromes vasculo-rénaux et complications à l'admission

La répartition des patientes, selon les syndromes vasculo-rénaux et complications à l'admission, a montré une prédominance des cas de prééclampsie sévère avec 48,3% (186).

Tableau XIII: Répartition des parturientes selon les syndromes vasculo-rénaux et complications à l'admission

| SVR et complications | Nombre | Pourcentage% |
|------------------------------------|---------------|---------------------|
| Hypertension artérielle chronique | 6 | 1,6% |
| Hypertension artérielle gravidique | 45 | 11,7% |
| Prééclampsie modérée | 15 | 3,9% |
| Prééclampsie sévère | 186 | 48,3% |
| Prééclampsie surajoutée | 3 | 0,8% |
| Éclampsie | 34 | 8,8% |
| Hématome rétro-placentaire | 74 | 19,2% |
| Syndrome HELLP | 15 | 3,9% |
| Insuffisance rénale aigue | 2 | 0,5% |
| Œdème aigu du poumon | 4 | 1% |
| Paralysie faciale | 1 | 0,3% |
| Total | 385 | 100% |

HELLP: hemolysis elevated liver enzyme low platelet count.

3.9.3. Hémorragies avant admission

Les causes hémorragiques les plus fréquentes étaient la menace d'accouchement prématuré (40,8%), l'hémorragie du post-partum (36,7%) et le placenta praevia (22,4%).

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon les causes hémorragiques avant admission

| Hémorragies | Nombre | Pourcentage% |
|---------------------------------|---------------|---------------------|
| Menace d'accouchement prématuré | 20 | 40,8% |
| Hémorragie du post-partum | 18 | 36,7% |
| Placenta prævia | 11 | 22,4% |
| Total | 49 | 100% |

3.9.4. Causes hémorragiques à l'admission

À l'admission, 59,2% de cas de placenta prævia, 23,2% de cas d'hémorragie du post-partum, ainsi que 4,8% de cas de rupture utérine avaient été identifiés.

Tableau XV: Répartition des parturientes en fonction des causes hémorragiques à l'admission

| Hémorragies | Nombre | Pourcentage% |
|---------------------------------|---------------|---------------------|
| Menace d'accouchement prématuré | 16 | 12,8% |
| Hémorragie du post-partum | 29 | 23,2% |
| Placenta prævia | 74 | 59,2% |
| Rupture utérine | 6 | 4,8% |
| Total | 125 | 100% |

3.9.5. Dystocies avant admission

Les causes dystociques avant l'admission dans le service étaient dominées par les dystocies mécaniques avec 38,2% de patientes évacuées pour défaut d'engagement et 23,6% évacuées pour défaut d'expulsion.

Tableau XVI: Répartition des parturientes selon les causes dystociques avant admission

| Dystocies | Nombre | Pourcentage% |
|------------------------------|---------------|---------------------|
| Dystocies mécaniques | | |
| Défaut d'engagement | 42 | 38,2% |
| Défaut d'expulsion | 26 | 23,6% |
| Disproportion fœto-pelvienne | 5 | 4,5% |
| Dystocies dynamiques | | |
| Dilatation stationnaire | 35 | 31,8% |
| Dystocie de démarrage | 2 | 1,8% |
| Total | 110 | 100% |

3.9.6. Dystocies à l'admission

Les causes dystociques à l'admission étaient dominées par les dystocies mécaniques avec 44,4% de cas de défaut d'engagement, 38% de disproportion fœto-pelvienne.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon les causes dystociques à l'admission

| Dystocies | Nombre | Pourcentage% |
|------------------------------|---------------|---------------------|
| Dystocies mécaniques | | |
| Défaut d'engagement | 48 | 44,4% |
| Défaut d'expulsion | 3 | 2,8% |
| Disproportion fœto-pelvienne | 41 | 38% |
| Dystocies dynamiques | | |
| Dilatation stationnaire | 14 | 13% |
| Dystocie de démarrage | 2 | 1,9% |
| Total | 108 | 100% |

3.9.7. Angusties pelviennes avant admission

Les principales angusties pelviennes retrouvées avant l'admission étaient le bassin transversalement rétréci (37,9%) et le bassin limite (24,1%).

Tableau XVIII: Répartition des parturientes présentant une angustie pelvienne avant admission

| Angusties pelviennes | Nombre | Pourcentage% |
|---------------------------------|---------------|---------------------|
| Bassin transversalement rétréci | 11 | 37,9% |
| Bassin limite | 7 | 24,1% |
| Bassin généralement rétréci | 5 | 17,2% |
| Bassin asymétrique | 1 | 3,4% |
| Bassin immature | 5 | 17,2% |
| Total | 29 | 100% |

3.9.8. Angusties pelviennes à l'admission

Les cas d'angusties pelviennes à l'admission étaient représentatifs avec 41,4% d'évacuées ayant un bassin transversalement rétréci et 42,2% avec un bassin limite.

Tableau XIX: Répartition des patientes présentant une angustie pelvienne à l'admission

| Angusties pelviennes | Nombre | Pourcentage% |
|---------------------------------|---------------|---------------------|
| Bassin transversalement rétréci | 48 | 41,4% |
| Bassin limite | 49 | 42,2% |
| Bassin généralement rétréci | 18 | 15,5% |
| Bassin asymétrique | 1 | 0,9% |
| Total | 116 | 100% |

3.9.9. Présentations vicieuses avant admission

La répartition des patientes, ayant une anomalie de présentation fœtale avant admission, a objectivé 71,9% de cas de présentations de siège.

Tableau XX: Répartition des parturientes présentant une anomalie de présentation fœtale avant admission

| Présentations vicieuses | Nombre | Pourcentage% |
|--------------------------------|---------------|---------------------|
| Présentation de siège | 46 | 71,9% |
| Présentation transversale | 11 | 17,2% |
| Présentation de la face | 7 | 10,9% |
| Total | 64 | 100% |

3.9.10. Présentations vicieuses à l'admission

La présentation de siège était la plus représentée chez les évacuées avec 83,8% de cas.

Tableau XXI: Répartition des évacuées avec présentation vicieuse à l'admission

| Présentations vicieuses | Nombre | Pourcentage% |
|--------------------------------|---------------|---------------------|
| Présentation de la face | 7 | 9,5% |
| Présentation de siège | 62 | 83,8% |
| Présentation transversale | 5 | 6,8% |
| Total | 74 | 100% |

3.9.11. Anomalies fœto-annexielles avant admission

Les principales anomalies fœto-annexielles retrouvées avant l'admission dans le service étaient la rupture prématuée des membranes et la souffrance fœtale aiguë dans respectivement 65,3% et 20% des cas.

Tableau XXII: Répartition des parturientes selon les causes fœto-annexielles avant admission

| Anomalies fœto-annexielles | Nombre | Pourcentage% |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| Rupture prématuée des membranes | 111 | 65,3% |
| Souffrance fœtale aiguë | 34 | 20% |
| Oligoamnios | 15 | 8,8% |
| Procidence du cordon | 6 | 3,5% |
| Procidence de membre | 4 | 2,4% |
| Total | 170 | 100% |

3.9.12. Anomalies fœto-annexielles à l'admission

La rupture prématuée des membranes (55,4%) et la souffrance fœtale aiguë (37,1%) constituaient les anomalies fœto-annexielles les plus fréquentes qui avaient été diagnostiquées chez les évacuées.

Tableau XXIII: Répartition des évacuées en fonction des causes fœto-annexielles à l'admission

| Anomalies fœto-annexielles | Nombre | Pourcentage% |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| Rupture prématurée des membranes | 133 | 55,4% |
| Souffrance fœtale aiguë | 89 | 37,1% |
| Oligoamnios | 4 | 1,7% |
| Procidence du cordon | 11 | 4,6% |
| Procidence de membre | 3 | 1,3% |
| Total | 240 | 100% |

3.9.12. Anomalies de la hauteur utérine avant admission

La répartition des évacuées présentant une anomalie de la hauteur utérine avant l'admission dans le service a permis d'objectiver en particulier 21,6% de cas de macrosomie, et 22,3% de cas de grossesse gémellaire. Cependant chez 65 patientes (46,8%) le diagnostic de hauteur utérine excessive avait été tout simplement mentionné sans pour autant en préciser le type.

Tableau XXIV: Répartition des parturientes présentant une anomalie de la hauteur utérine avant admission

| Anomalies hauteur utérine | Nombre | Pourcentage% |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| Macrosomie | 30 | 21,6% |
| Grossesse gémellaire | 31 | 22,3% |
| Hydramnios | 10 | 7,2% |
| Retard de croissance intra-utérin | 3 | 2,2% |
| Non précisé | 65 | 46,8% |
| Total | 139 | 100% |

3.9.13. Anomalies de la hauteur utérine à l'admission

La répartition des patientes présentant une anomalie de la hauteur utérine à l'admission avait retrouvé en particulier 55,5% de cas de macrosomie, 32,3% de cas de grossesse gémellaire.

Tableau XXV: Répartition des patientes présentant une anomalie de la hauteur utérine à l'admission

| Anomalies hauteur utérine | Nombre | Pourcentage% |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| Macrosomie | 86 | 55,5% |
| Grossesse gémellaire | 50 | 32,3% |
| Hydramnios | 11 | 7,1% |
| Retard de croissance intra-utérin | 8 | 5,2% |
| Total | 155 | 100% |

3.9.14. Utérus cicatriciel avant admission

Au cours de notre étude, 81,6% de cas d'utérus cicatriciel, 14,9% de cas d'utérus bicicatriciel et 3,4% de cas d'utérus tricicatriciel avaient été noté avant l'admission dans le service.

Tableau XXVI: Répartition des parturientes présentant un utérus cicatriciel avant admission

| Utérus cicatriciel | Nombre | Pourcentage% |
|---------------------------|---------------|---------------------|
| Utérus cicatriciel | 71 | 81,6% |
| Utérus bicicatriciel | 13 | 14,9% |
| Utérus tricicatriciel | 3 | 3,4% |
| Total | 87 | 100% |

3.9.15. Pathologies gynécologiques objectivées avant le transfert

Les patientes transférées pour raison gynécologique représentaient 7,8% (91) de notre effectif. Chez celles-ci, les principales pathologies évoquées étaient les mètrorragies (36%).

Tableau XXVII: Répartition des patientes présentant une pathologie gynécologique avant admission

| Pathologies | Nombre | Pourcentage% |
|--------------------------------------|---------------|---------------------|
| Métrorragies | 33 | 36% |
| Suspicion de grossesse extra utérine | 13 | 14% |
| Avortements | 23 | 25% |
| Grossesse molaire | 7 | 8% |
| Vomissements gravidiques graves | 5 | 5% |
| Déchirure du cul de sac de Douglas | 3 | 3% |
| Abus sexuel | 1 | 1% |
| Non précisé | 6 | 7% |
| Total | 91 | 100% |

3.9.16. Pathologies gynécologiques à l'admission

La répartition des patientes, présentant une pathologie gynécologique à l'admission, avait décelé 50,5% de cas d'avortements, 24,2% de cas de grossesse extra-utérine.

Tableau XXVIII: Répartition des patientes admises pour une raison gynécologique à l'admission

| Pathologies | Nombre | Pourcentage% |
|------------------------------------|---------------|---------------------|
| Avortements | 46 | 50,5% |
| Grossesse extra utérine | 22 | 24,2% |
| Grossesse molaire | 11 | 12,1% |
| Myomatose utérine | 1 | 1,1% |
| Abus sexuel | 1 | 1,1% |
| Déchirure du cul-de-sac de Douglas | 3 | 3,3% |
| Polype endocavitaire | 1 | 1,1% |
| Torsion d'annexes | 1 | 1,1% |
| vomissements gravidiques graves | 5 | 5,5% |
| Total | 91 | 100% |

3.9.17. Pathologies gynécologiques associées à la grossesse avant admission

La pathologie gynécologique associée à la grossesse la plus représentative était la myomatose utérine (44,4%), suivie de la condylomatose vulvaire (22,2%).

Tableau XXIX: Répartition des patientes en fonction des pathologies gynécologiques associées à la grossesse avant admission

| Pathologies | Nombre | Pourcentage % |
|-------------------------------------|---------------|----------------------|
| Myomatose utérine | 4 | 44,4% |
| Condylomatose vulvaire | 2 | 22,2% |
| Fistule recto vaginale post coïtale | 1 | 11,1% |
| Bartholinite | 1 | 11,1% |
| Néoplasie mammaire | 1 | 11,1% |
| Total | 9 | 100% |

3.9.18. Pathologies gynécologiques associées à la grossesse à l'admission

Parmi les patientes admises pour raison obstétricale, les pathologies gynécologiques suivantes avaient été notées : myomatose utérine (40%), bartholinite (20%), condylomatose vulvaire (20%).

Tableau XXX: Répartition des évacuées en fonction des pathologies gynécologiques associées à la grossesse à l'admission

| Pathologies | Nombre | Pourcentage % |
|-------------------------------------|---------------|----------------------|
| Myomatose utérine | 4 | 40% |
| Condylomatose vulvaire | 2 | 20% |
| Fistule recto-vaginale post coïtale | 1 | 10% |
| Bartholinite | 2 | 20% |
| Néoplasie mammaire | 1 | 10% |
| Total | 10 | 100% |

3.9.19. Pathologies maternelles associées à la grossesse avant admission

La répartition en fonction des pathologies maternelles avant admission était dominée par l'anémie (27,3%).

Tableau XXXI: Répartition des évacuées en fonction des pathologies maternelles associées à la grossesse avant admission

| Pathologies maternelles | Nombre | Pourcentage |
|--------------------------------------|---------------|--------------------|
| Diabète gestationnel | 4 | 18,2% |
| Diabète type 2 | 4 | 18,2% |
| Acidocétose diabétique | 1 | 4,5% |
| Drépanocytose homozygote | 1 | 4,5% |
| Hyperthyroïdie | 2 | 9,1% |
| Hépatopathie | 1 | 4,5% |
| Traumatisme crano-encéphalique grave | 1 | 4,5% |
| Tumeur digestive | 1 | 4,5% |
| Paludisme | 1 | 4,5% |
| Anémie | 6 | 27,3% |
| Total | 22 | 100% |

3.9.20. Pathologies maternelles associées à la grossesse à l'admission

Le diabète gestationnel était la pathologie la plus fréquente avec 78,7% de cas.

Tableau XXXII: Répartition des patientes présentant une pathologie maternelle associée à la grossesse à l'admission

| Pathologies maternelles | Nombre | Pourcentage% |
|--------------------------------------|---------------|---------------------|
| Diabète gestationnel | 48 | 78,7% |
| Cardiopathie | 1 | 1,6% |
| Acidocétose Diabétique | 1 | 1,6% |
| Drépanocytose homozygote | 1 | 1,6% |
| Hyperthyroïdie | 2 | 3,3% |
| Hépatopathie | 1 | 1,6% |
| Traumatisme crano-encéphalique grave | 1 | 1,6% |
| Tumeur digestive | 1 | 1,6% |
| Paludisme | 1 | 1,6% |
| Anémie | 4 | 6,6% |
| Total | 61 | 100% |

3.9.21. Autres

Avant l'admission dans la maternité de référence, 18 cas de mort fœtale in utero ont été diagnostiqués; 110 patientes avaient été évacuées lors du travail d'accouchement sans aucune complication; 17 cas d'accouchement prématuré ont été transférés vers la structure d'accueil; 40 patientes présentaient un dépassement de terme; 8 cas de malformations fœtales ont été diagnostiqués avant le transfert des patientes. Il s'agissait de cas d'anencéphalie, de hernie diaphragmatique, de lymphangiome kystique cervico-brachiale, de 5 cas de syndromes polymalformatifs .

À l'admission, 39 cas de mort fœtale in utero, ont été diagnostiqués; 390 patientes ont étaient admises en travail sans aucune complication; 5 cas d'accouchements prématurés, ont été transférés vers la structure d'accueil; 29 patientes présentaient un dépassement de terme; 8 cas de malformations fœtales (dont une anencéphalie, une hernie diaphragmatique, un lymphangiome kystique cervico-brachiale, un état d'anasarque fœtal, une hydrocéphalie, 3 cas de syndromes poly malformatifs).

4. Prise en charge des évacuées

4.1. Durée d'évacuation

La durée de l'évacuation a pu être déterminée chez 343 patientes, soit 29% de notre effectif. Elle est en moyenne de 142 minutes avec des extrêmes de 10 minutes (centre de santé de sicap mbao) et de 1586 minutes (26 heures 26 minutes).

4.2. Délai de prise en charge

Le délai de prise en charge a pu être déterminé chez 343 patientes, soit 29% de notre effectif. Nous n'avions pu objectiver le délai de prise en charge chez 821 des patientes (70,5%) faute de compléments d'informations. En effet, parmi ces 343 patientes (29,5%), 12% (139 cas) d'entre elles avaient eu un délai de prise en charge inférieur à une heure ; 9% (104 cas) avaient été prise en charge entre une heure et deux heures et 8,5% (100 cas) avaient eu un délai de prise en charge supérieure à deux heures.

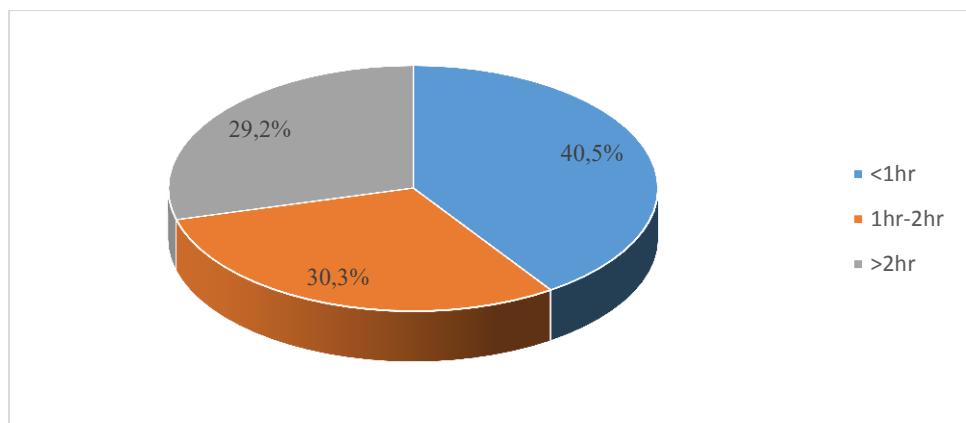


Figure 8: Répartition des patientes selon le délai de prise en charge

4.3. État général de la patiente à l'admission

Quatre-vingt-treize pour cent (93%) des patientes avaient un état général conservé à l'admission, 5% avaient un assez bon état général et seulement 2% avaient un mauvais état général.

4.4. Conditionnement de la patiente

La mise en condition de la patiente a pu être réalisée chez 21% de notre série soit 240 patientes, alors que 924 patientes (79%) n'en ont pas bénéficié.

Toutes les patientes conditionnées avaient bénéficiée de la mise en place d'une voie veineuse. Parmi elles, 174 avaient reçues un soluté de remplissage veineux, 26 avaient bénéficié d'un sondage urinaire et 114 de médicaments injectables.

Tableau XXXIII:Répartition des patientes selon le type de conditionnement

| Conditionnement | Nombre | Pourcentage |
|-------------------------|---------------|--------------------|
| Voie veineuse | 240 | 43% |
| Solutés | 174 | 31% |
| Sondage urinaire | 26 | 5% |
| Médicaments injectables | 114 | 21% |
| Total | 554 | 100% |

4.5. Prise en charge médicale

4.5.1. Prise en charge médicale avant l'évacuation

Vingt pour cent (20%), soit 236 patientes, avaient bénéficié d'une prise en charge médicale avant l'évacuation. Un bilan biologique avait été réalisé dans seulement 1% des cas et une échographie pelvienne dans 6% des cas.

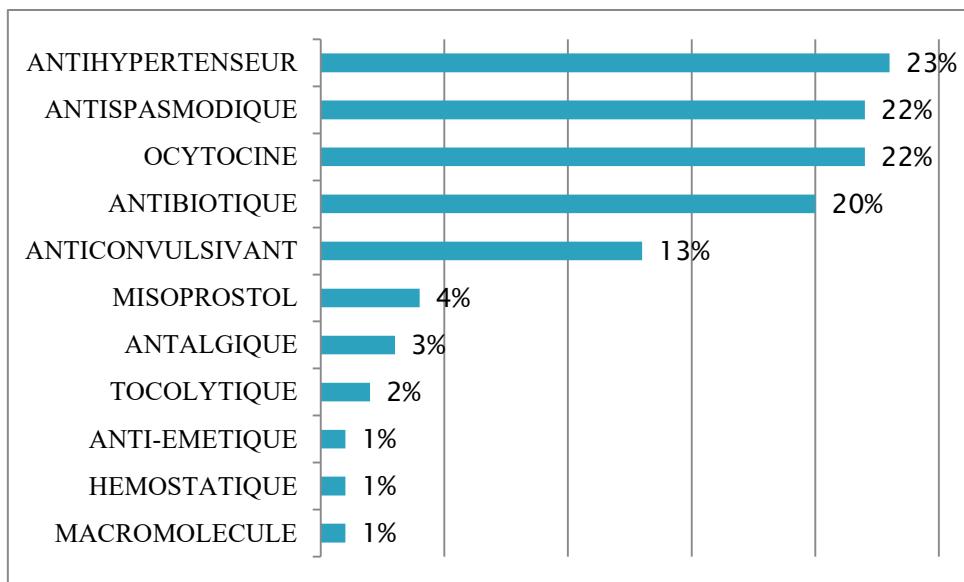


Figure 9: Répartition des patientes selon la prise en charge médicale avant admission

4.5.2. Prise en charge médicale à l'admission dans le service

L'évaluation de la prise en charge médicale dans le service avait révélé que 99,7% des patientes en avaient bénéficié .La majorité des évacuées (99,7%) avaient bénéficié d'un bilan biologique standard (hémogramme, groupage sanguin rhésus) et d'une échographie pelvienne dans 21,2% des cas.

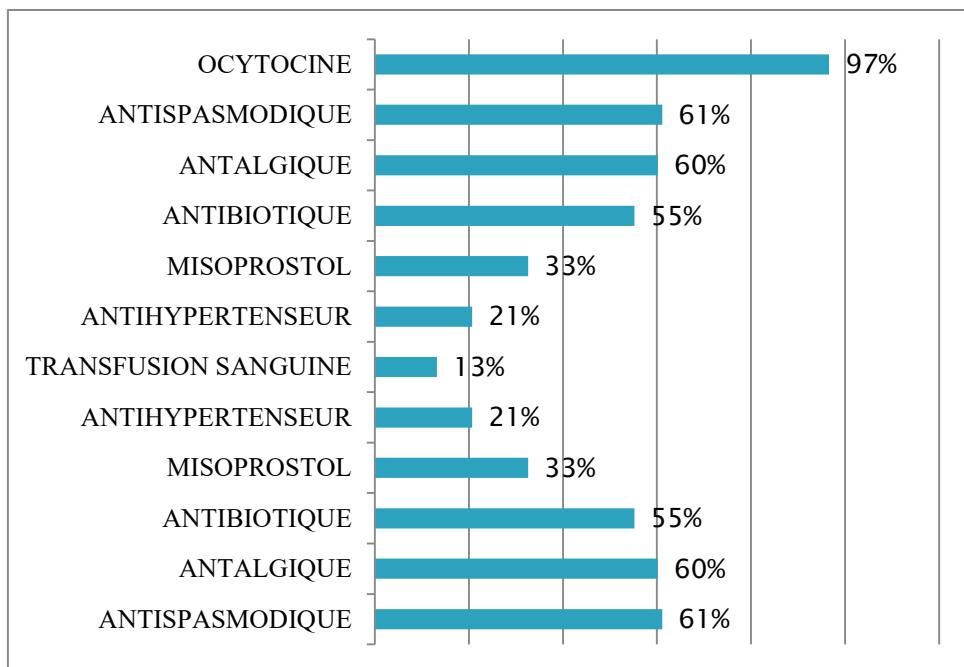


Figure 10: Répartition des évacuées selon la prise en charge médicale après admission

4.6. Prise en charge obstétricale

4.6.1. Prise en charge obstétricale avant évacuation

La prise en charge obstétricale avant l'admission dans le service montre que 5% des parturientes (52) en ont bénéficié. Parmi elles, 21,2% ont eu un accouchement par voie basse avec un travail dirigé (17,3%), une rupture artificielle des membranes (13,5%) ainsi qu'une gestion active de la troisième phase de l'accouchement (21,2%) et d'une révision utérine (9,6%). La césarienne a été faite dans 9,6% des cas.

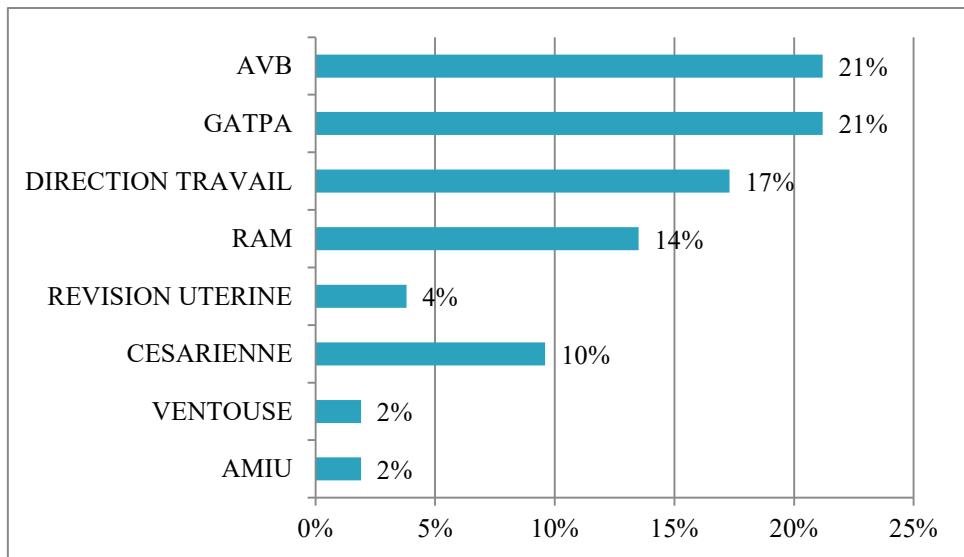


Figure 11: Répartition des patientes selon la prise en charge obstétricale avant admission

AVB : accouchement par voie basse

RAM : rupture artificielle des membranes

GATPA : gestion active de la troisième phase de l'accouchement

AMIU : aspiration manuelle intra-utérine

4.6.2. Prise en charge obstétricale à l'admission

L'évaluation de la prise en charge obstétricale dans la structure d'accueil montre que :

- dans notre série, 48,5% des patientes ont bénéficié d'une césarienne, 37,9% ont accouché par voie basse;
- parmi celles qui ont accouché par voie basse le travail a été dirigé dans 6,4% des cas, 30,7% ont bénéficié d'une gestion active de la troisième phase de l'accouchement, 1,3% d'une rupture artificielle des membranes;

- seule 1% des patientes ont eu un accouchement par voie basse instrumentalisée (ventouse).

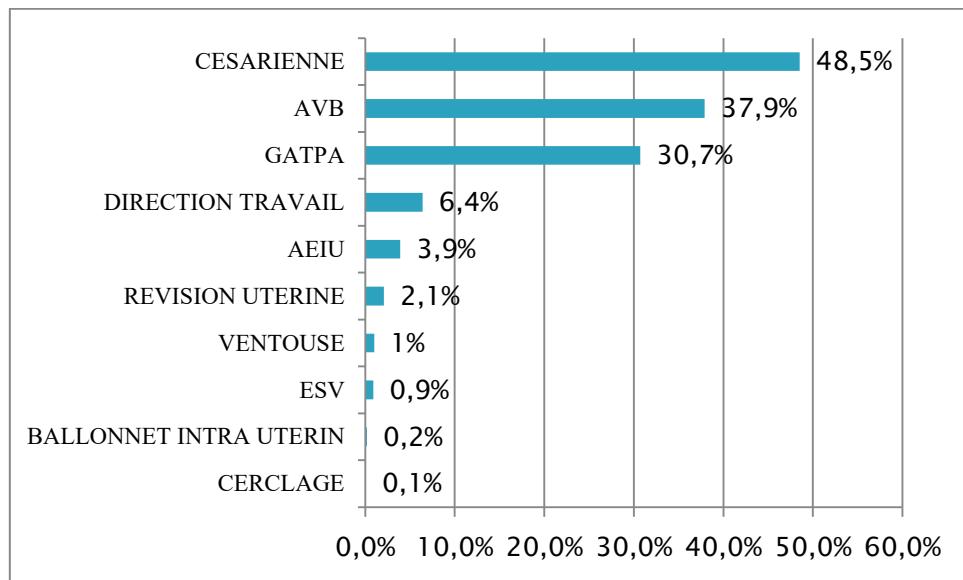


Figure 12: Répartition des patientes selon la prise en charge obstétricale après admission

AEIU : aspiration électrique intra-utérine

AVB : accouchement par voie basse

ESV : examen sous valve

RAM : rupture artificielle des membranes

4.7. Prise en charge chirurgicale

4.7.1. Prise en charge chirurgicale avant admission

Aucune prise en charge chirurgicale n'avait été effectuée avant admission.

4.7.2. Prise en charge chirurgicale faite dans notre structure

La prise en charge post admission avait été faite chez 5,2% (60) des patientes avec 2,5% de laparotomies, 0,9% de salpingectomies, 0,8% de ligatures section des trompes, 0,5% de colporraphies.

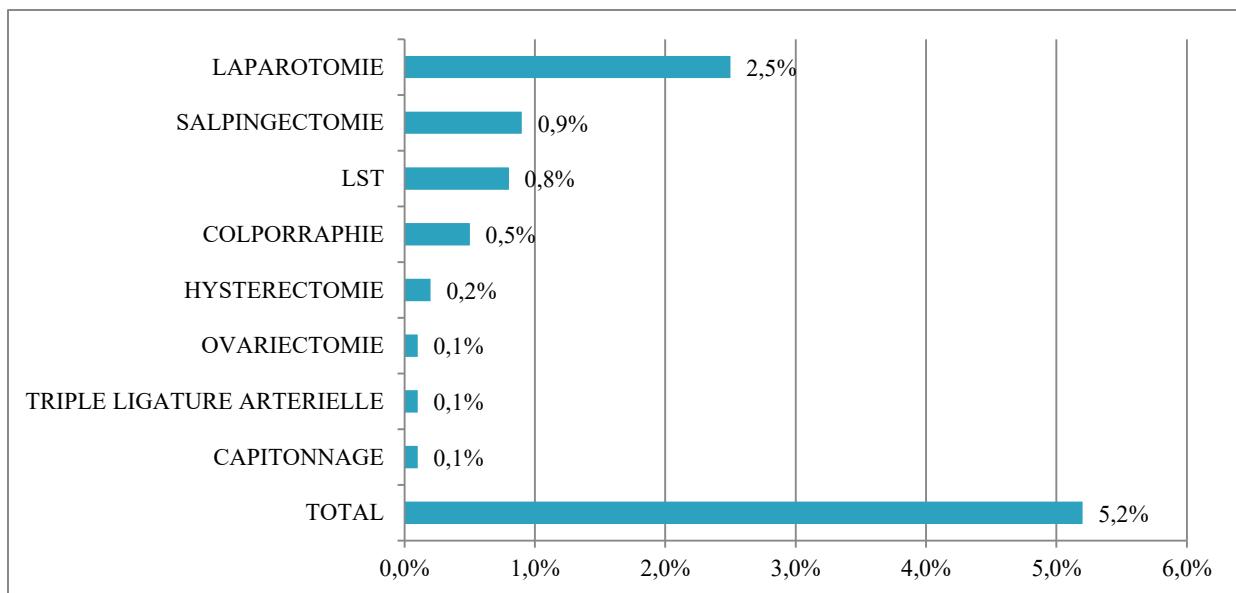


Figure 13: Répartition des évacuées selon la prise en charge chirurgicale post admission

LST : ligature section des trompes

4.8. Issue maternelle

- L'issue maternelle était favorable avec 37,9% d'accouchements par voie basse, 48,5% de césariennes, 3,9% d'aspirations, 4,3% d'expulsions et 2,3% de laparotomies.

Elle était jugée défavorable :

- avec 5 cas de décès maternels (0,4%) : il s'agissait de 03 cas d'hémorragies du post-partum immédiat ; par rupture utérine, atonie utérine, rétention placentaire; d'un cas de traumatisme crâno-encéphalique grave ; d'un cas d'hématome rétro-placentaire (grade IIIb SHER) associé à

un état de mal éclamptique compliqué d'un Syndrome HELLP et d'un œdème aigu du poumon .

Une mise en observation a été réalisée chez 32 patientes soit 2,4%.

Il s'agissait chez celles-ci de :

- 9 cas de prééclampsie sévère sur une grossesse non à terme(<36 SA);
- 5 cas de menace d'accouchement prématuré;
- 5 cas de vomissements gravidiques graves;
- 1 cas d'anémie sévère sur terrain d'hyperthyroïdie sur une grossesse non à terme (<36 SA);
- 1 suspicion d'hépatopathie sur une grossesse non à terme (<36 SA);
- 1 cas d'épistaxis récidivante sur une grossesse près du terme (36SA-38SA);
- 1 cas d'hématome sous chorio-décidual sur une grossesse non à terme (<36 SA);
- 1 cas de bartholinite aigue suppurative sur une grossesse près du terme (36SA-38SA);
- 1 cas de tentative d'autolyse sur une grossesse jeune(6-10SA);
- 1 cas d'accès palustre sur terrain diabétique sur une grossesse non à terme (<36 SA);
- 1 cas de suspicion de mort fœtale in utero;
- 4 cas de parturientes en travail sur une grossesse près du terme (36SA-38SA) dans un contexte de syndrome infectieux;
- 1 cas de syncope sur une grossesse jeune (6 -10SA).

Tableau XXXIV: Répartition des patientes en fonction de l'issue maternelle

| Issue maternelle | Nombre | Pourcentage% |
|-------------------------------------|---------------|---------------------|
| Accouchement par voie basse | 441 | 37,9% |
| Césarienne | 564 | 48,5% |
| Aspiration électrique intra-utérine | 45 | 3,9% |
| Expulsion | 50 | 4,3% |
| Laparotomie | 27 | 2,3% |
| Surveillance | 32 | 2,7% |
| Décès maternels | 5 | 0,4% |
| Total | 1164 | 100% |

4.9. Pronostic

4.9.1. Pronostic maternel

Les principales complications maternelles identifiées au cours de notre étude étaient l'hématome rétro-placentaire (54,4%), et l'éclampsie (25%). Nous avions déploré 05 cas de décès maternels soit 0,4%. Les patientes étaient vivantes dans 99,6% des cas.

Tableau XXXV: Répartition des parturientes en fonction des complications maternelles

| Complications | Nombre | Pourcentage% |
|---------------------------|------------|---------------|
| Hématome rétroplacentaire | 74 | 54,4 % |
| Éclampsie | 34 | 25% |
| Syndrome HELLP | 15 | 11% |
| Oedème aigu du poumon | 4 | 2,9% |
| insuffisance rénale aiguë | 2 | 1,5% |
| Hémorragie du post-partum | 29 | 21,3% |
| Total | 136 | 116,2% |

HELLP :hemolysis elevated liver low platelet count

4.9.2. Pronostic fœtal

La mortalité périnatale était de 12,5% soit 136 cas .Les naissances vivantes représentaient 87,5% soit 951 naissances vivantes.

4.9.3. Moyens de contre référence

La contre référence avait été faite chez toutes les patientes. Les moyens utilisés étaient le courrier dans 99,5% des cas, le téléphone dans 0,5%.

5. Facteurs pronostiques

5.1. Facteurs en rapport avec la décision de référence ou d'évacuation

Six cent quatre (604) parturientes évacuées au sein de notre structure, soit 56,3% auraient dû être référées en début de grossesse dans une maternité de niveau III. En effet, ont été admis 45 cas d'hypertension artérielle gravidique, ainsi que 204 cas de prééclampsie sans aucune référence. Cent onze (111) cas d'utérus

cicatririel, 18 cas d'utérus bicicatririel et 08 de cas d'utérus tricicatririel admis en urgence, devaient être suivies en milieu hospitalier ou dans une structure disposant d'un bloc opératoire opérationnel afin de pallier le risque de rupture utérine. Quarante-huit (48) cas de diabète gestationnel répertoriés, n'avaient jamais eu de consultation en endocrinologie et n'en étaient pas informés. La pelvimétrie clinique en fin de grossesse, surtout chez les patientes primipares et paucipares est une pratique fortement encouragée dans nos structures au point d'être systématique. Parmi les évacuées, 48 cas de bassin transversalement rétréci, 49 cas de bassin de limite, 18 cas de bassin généralement rétréci ainsi qu'un cas (01) de bassin asymétrique ont été diagnostiqués en urgence. Les complications de la grossesse gémellaire sont connues de tous et à partir du moment où le diagnostic est fait, ces patientes devront être impérativement suivies dans une structure adéquate. Ce qui n'a pas été fait chez les 50 cas de grossesse gémellaire. Quatre (04) cas de myomatose utérine associé à la grossesse aurait dû également être référé de façon élective. En l'absence d'un diagnostic et d'une référence précoces et adéquats, un nombre important de complications de la grossesse est découvert en urgence après une évacuation sanitaire, ce qui entraîne un surcroît d'activité du service d'accueil des urgences de la maternité de référence et ne permet pas une prise en charge optimale. Il en découle ainsi une surcharge permanente de travail avec comme conséquence directe une fréquente indisponibilité des structures de niveau II et III. Ce cas de figure pose le problème d'aptitude du personnel sanitaire chargé des

consultations prénatales et bien entendu les problèmes financiers auxquels sont confrontées ces femmes enceintes.

5.2. Facteur lié au non-respect de la pyramide sanitaire

Il est admis, de tous, qu'une hiérarchisation des références et des évacuations selon la structure de la pyramide sanitaire d'une région ou d'un pays permet une meilleure répartition des patientes selon le degré d'urgence et la nécessité de soins avancés. Le respect de la pyramide sanitaire contribuerait à diminuer la charge de travail des structures de référence et à limiter les délais de prise en charge si l'on tient compte du temps écoulé entre l'évacuation et l'admission dans la structure d'accueil. Ainsi, 99,7% des patientes ont eu à passer par au moins une structure sanitaire, sans aucune logique, avant d'être admises avec comme conséquence un nombre important de complications. Ce manquement met en exergue l'absence totale de prise en charge au sein des structures fréquentées avant la destination finale vu l'absence de conditionnement des patientes avant et en cours d'évacuation.

5.3. Pronostic materno-fœtal et non-respect des moyens d'évacuation

5.3.1. Facteurs liés au conditionnement

Le conditionnement au cours d'un transfert regroupe l'ensemble des moyens médicaux nécessaire à la stabilité du patient. Ainsi, chez 79% des patientes reçues, aucun conditionnement au sein non seulement de la structure de départ, mais également des structures intermédiaires n'avait été mis en place. Dans ce groupe, nous avons pu enregistrer 0,3% de décès maternels (3), 9,6% de décès

néonataux (104). Les complications maternelles identifiées étaient principalement l'hématome rétro-placentaire (58,9%), l'éclampsie (12,6%) et l'hémorragie du post partum (11,6%). Chez les 240 patientes (21%), ayant eu un conditionnement lors du transfert, nous avons constaté 0,2% de décès maternels (2) et 2,9% de décès néonataux (32), tandis que les complications maternelles les plus fréquentes étaient l'hématome rétro-placentaire (25,4%) et l'hémorragie du post partum (23,9%). Les moyens du conditionnement étaient représentés par la mise en place d'un abord veineux, l'administration de solutés de remplissage veineux et de médicaments injectables ainsi que par un sondage vésical selon le cas. Les patientes conditionnées présentaient moins de complications par rapport à celles qui ne l'étaient pas. Il est fort de constater que chez les patientes non conditionnées, on note 33,5% de cas d'hématome rétro-placentaire (Grades II, IIIa et IIIb de SHER) de plus par rapport à celles qui avaient eu un conditionnement. Néanmoins, parmi celles qui ont eu un conditionnement 18,4% de plus de cas d'éclampsie, ainsi que 12,3% de plus de cas d'hémorragie du post partum et 1,5% de plus de cas de syndrome HELLP ont été dénombré par rapport à celles qui n'avaient pas été conditionnées.

En effet, on note une différence statistiquement significative entre les taux d'hématome rétro-placentaire ($p=0,008$) et d'éclampsie ($p=0,021$) avant et après admission. Cette réalité doit plus que jamais attirer l'attention du personnel soignant sur la qualité du conditionnement et la place prépondérante qu'il joue

au cours de l'évacuation. En effet, s'il paraît judicieux de référer une patiente, il n'en est pas moins important de la conditionner avant et au cours du transfert.

Tableau XXXVI: Comparaison des complications maternelles entre les patientes conditionnées et les patientes non conditionnées

| Complications | Patientes conditionnées | | Patientes non conditionnées | | p |
|------------------------|-------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------|
| | Nombre | % | Nombre | % | |
| HRP | 18 | 25,4% | 56 | 58,9% | 0,008 |
| Éclampsie | 22 | 31% | 12 | 12,6% | 0,021 |
| SD HELLP | 07 | 9,9% | 08 | 8,4% | 0,408 |
| HPP | 17 | 23,9% | 11 | 11,6% | 0,408 |
| OAP | 02 | 2,8% | 02 | 2,1% | 0,507 |
| IRA | 02 | 2,8% | 0 | 0 | 0,118 |
| Rupture utérine | 02 | 2,8% | 04 | 4,2% | 0,345 |
| Acidocétose diabétique | 01 | 1,4% | 0 | 0 | 0,132 |
| Coagulopathie | 0 | 0 | 01 | 1,1% | 0,976 |
| Paralysie faciale | 0 | 0 | 01 | 1,1% | 0,476 |
| Total | 71 | 100% | 95 | 100% | |

IRA : insuffisance rénale aigue

HRP : hématome rétro-placentaire

HELLP: hemolysis elevated low liver enzyme platelet count

HPP : hémorragie du post partum

OAP : œdème aigu du poumon

5.3.2. Facteurs liés à la présence d'un personnel de santé qualifié et au type de transport au cours de l'évacuation

Douze pour cent des évacuées (12%) soit 143 cas avaient été acheminées par une ambulance en compagnie d'un personnel de santé qualifié au cours du transfert et parmi elles nous avons objectivé 02 cas (0,2%) de décès maternels dont l'une des patientes est arrivée décédée, et 22 cas (2%) de décès néonataux.

Les complications des syndromes vasculo-rénaux étaient les plus représentatives avec 20 cas d'hématome rétro-placentaire, 27 cas d'éclampsie et 7 cas de syndrome HELLP. On constate une différence statistiquement significative entre les taux d'hématome rétro-placentaire ($p=0,003$) et d'éclampsie ($p=0,012$) avant et après admission.

Était-ce la gravité de leur état qui a motivé l'accompagnant? Quel avait été le rôle du personnel de santé lors du transfert?

La majorité des patientes (113) de ce groupe ont fréquenté une structure avant d'être admise dans notre service.

| Complications | Patientes transférées par ambulance | | Patientes transférées par moyen personnel | | P | |
|------------------------|-------------------------------------|-------------|---|-------------|-------|--|
| | Nombre | % | Nombre | % | | |
| | | | | | | |
| HRP | 20 | 33,3% | 52 | 56,5% | 0,003 | |
| Éclampsie | 27 | 45% | 12 | 13% | 0,012 | |
| SD HELLP | 07 | 11,7% | 06 | 6,5% | 0,234 | |
| HPP | 01 | 1,7% | 16 | 17,4% | 0,765 | |
| OAP | 03 | 5% | 0 | 0 | 0,062 | |
| IRA | 01 | 1,7% | 02 | 2,2% | 0,983 | |
| Rupture utérine | 0 | 0 | 4 | 4,3% | 0,011 | |
| Acidocétose diabétique | 1 | 1,7% | 0 | 0 | 0,546 | |
| Total | 60 | 100% | 92 | 100% | | |

IRA : insuffisance rénale aigue

HRP : hématome rétro-placentaire

HELLP: hemolysis elevated low liver enzyme platelet count

HPP : hémorragie du post partum

OAP : œdème aigu du poumon

| Nombre de structures | Patientes transférées par ambulance | | Patientes transférées par moyen personnel | |
|----------------------|-------------------------------------|-------------|---|--------------|
| | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage |
| 1 | 113 | 79% | 829 | 89,6% |
| 2 | 28 | 20% | 91 | 9,8% |
| 3 | 02 | 1% | 05 | 0,5% |
| Total | 143 | 100% | 925 | 100% |

Chez 79% (925) des patientes qui étaient accompagnées de leurs parents via un moyen de transport personnel, nous avons dénombré chez elles 0,3% (3) de décès maternels, 10,5% (114) de décès néonataux. L'hématome rétro-placentaire (56,5%), l'éclampsie (13%), et l'hémorragie du post-partum (17,4%) constituaient les complications les plus fréquentes dans ce groupe. Ces taux témoignent de la nécessité d'un transfert médicalisé en cours d'évacuation.

Les patientes acheminées par un moyen de transport personnel avaient pour la plupart fréquenté une seule structure (89,6%) avant d'être admises dans notre service. On en déduit alors que la hiérarchisation des structures sanitaires conformément à la pyramide sanitaire n'a pas été respectée. Par conséquent, ce non-respect de la pyramide sanitaire est responsable d'une morbidité maternelle non négligeable.

5.4. Retards liés à la prise en charge des parturientes

Au cours de notre étude, nous n'avions pu déterminer que le troisième retard chez 29,5% des patientes (343) qui correspondait au délai de prise en charge.

Nous n'avions pas pu déterminer ce délai chez 70,5% des patientes (821) par manque de données, et de fiches de recueil de données mal remplies.

Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon le troisième retard

| Délai de prise en charge | Nombre | Pourcentage% |
|--------------------------|------------|--------------|
| < 1hr | 139 | 12% |
| 1hr 2hr | 104 | 9% |
| >3hr | 100 | 8,5% |
| Total | 343 | 29,5% |

5.5. Comparaison des diagnostics avant et après admission dans le service

La comparaison des diagnostics, évoqués avant et après admission dans le service, montre que les diagnostics à l'admission des cas de syndromes vasculo-rénaux et complications, d'hémorragies, d'anomalies fœto-annexielles, d'anomalies de la hauteur utérine, d'utérus cicatriciel, d'angusties pelviennes, de mort fœtale in utero, de présentations vicieuses, de pathologies maternelles et de la phase active du travail sont supérieurs à ceux évoqués au niveau des structures de premiers recours. En effet, 112 cas de plus des syndromes vasculo-rénaux et leurs complications, 76 cas de plus des hémorragies, ainsi que 70 cas de plus d'anomalies fœto-annexielles avaient été objectivés à l'admission.

Il en est de même pour les anomalies de la hauteur utérine avec 16 cas de plus, les cas d'utérus cicatriciel avec 50 cas de plus, les cas d'angusties pelviennes avec 87 cas de plus, ainsi que 280 cas de plus de parturientes en travail ont été diagnostiquées dans notre service. Il faut noter également que 21 cas de plus de mort fœtale in utero, 10 cas de plus de présentations vicieuses et 39 cas de plus de pathologies maternelles, ont été mis en évidence à l'admission. La différence

est statistiquement significative pour les utérus cicatriciel ($p=0,005$), les hémorragies ($p=0,008$), les angusties pelviennes ($p=0,008$), la mort fœtale in utero ($p=0,009$), les syndromes vasculo-rénaux et complications ($p=0,026$).

Cette situation montre que la plupart des diagnostics avait été méconnus avant l'évacuation et donc non pris en charge ni avant, ni au cours du transfert.

Tableau XXXVIII: Comparaison des diagnostics avant et après admission

| Diagnostics | Diagnostics avant admission | | Diagnostics après admission | | p |
|-------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------|
| | Nombre | % | Nombre | % | |
| SVR et complications | 273 | 22,1% | 385 | 19,5% | 0,026 |
| Hémorragies | 49 | 4% | 125 | 6,3% | 0,008 |
| Dystocies | 110 | 8,9% | 108 | 5,5% | 0,239 |
| Anomalies FA | 170 | 13,8% | 240 | 12,2% | 0,638 |
| Anomalies HU | 139 | 11,2% | 155 | 7,9% | 0,379 |
| Utérus cicatriciel | 87 | 7% | 137 | 6,9% | 0,005 |
| Angusties pelviennes | 29 | 2,3% | 116 | 5,9% | 0,008 |
| MFIU | 18 | 1,5% | 39 | 2% | 0,009 |
| Phase active du travail | 110 | 8,9% | 390 | 19,8% | 0,07 |
| Accouchement prématuré | 17 | 1,4% | 5 | 0,3% | 0,73 |
| DTM | 40 | 3,2% | 29 | 1,5% | 0,985 |
| Malformations fœtales | 8 | 0,6% | 8 | 0,4% | 0,938 |
| Présentations vicieuses | 64 | 5,2% | 74 | 3,8% | 0,372 |
| PG | 91 | 7,4% | 91 | 4,6% | |
| PG sur grossesse | 9 | 0,7% | 10 | 0,5% | 0,1 |
| Pathologies maternelles | 22 | 1,8% | 61 | 3,1% | 0,98 |
| Total | 1236 | 100% | 1973 | 100% | |

DTM : dépassement de terme

FA : foeto-annexielles

HU : hauteur utérine

PG : pathologies gynécologiques

MFIU : mort fœtale in utero

SVR : syndromes vasculo-rénaux

5.6. Relation entre la conformité des moyens d'évacuation et l'état de gravité des patientes

Quatre cent cinquante et un cas d'urgences obstétricales (451) soit 42% avérées avaient été répertoriés. Parmi lesquelles, 126 patientes (11,7%) avaient bénéficié d'un conditionnement contre 325 patientes (30,3%) qui n'en ont pas eu. Concernant les 126 patientes, 13 soit 1,2% ont été évacuées par une ambulance, 113 soit 10,5% ont eu recours à un moyen de transport personnel. Il en ressort que, malgré le conditionnement des 113 patientes avant évacuation, leur état de gravité n'était pas conforme avec le type de transport.

Le tableau XXXIX relate les urgences obstétricales constatées chez ces 113 patientes.

Tableau XXXIX: Répartition des patientes conditionnées dont l'état de gravité n'était pas conforme avec le type de transport

| Urgences obstétricales | Nombre | Pourcentage |
|---|---------------|--------------------|
| Hématome rétro-placentaire | 18 | 15,9% |
| Éclampsie | 17 | 15% |
| Prééclampsie sévère | 34 | 30,1% |
| Hémorragie du post partum | 14 | 12,4% |
| Souffrance fœtale aigue | 15 | 13,3% |
| Placenta prævia recouvrant total hémorragique | 3 | 2,7% |
| Grossesse extra utérine | 5 | 4,4% |
| Grossesse gémellaire | 4 | 3,5% |
| Utérus bicicatriciel | 1 | 0,9% |
| Traumatisme crano-encéphalique grave | 1 | 0,9% |
| Procidence du cordon ombilical | 1 | 0,9% |
| Total | 113 | 100% |

Le constat est alarmant chez les 325 parturientes (30,3%) évacuées sans conditionnement. Parmi elles, 41 patientes soit 3,8% avaient été évacuées par une ambulance contre 284 patientes soit 26,5%.

Le tableau XL relate les urgences obstétricales diagnostiquées chez ces 325 patientes.

Tableau XL: Répartition des parturientes évacuées sans conditionnement indépendamment du type de transport

| Urgences obstétricales | Nombre | % |
|---|------------|-------------|
| Hématome rétro-placentaire | 46 | 14,2% |
| Éclampsie | 11 | 3,4% |
| Prééclampsie sévère | 121 | 37,2% |
| Hémorragie du post partum | 9 | 2,8% |
| Souffrance fœtale aigue | 55 | 16,9% |
| Placenta prævia recouvrant total hémorragique | 13 | 4% |
| Grossesse extra utérine | 19 | 5,8% |
| Mort fœtale in utero | 22 | 6,8% |
| Procidence du cordon ombilical | 6 | 1,8% |
| Utérus bicicatriciel | 10 | 3,1% |
| Utérus tricicatriciel | 4 | 1,2% |
| Rupture utérine | 2 | 0,6% |
| Grossesse gémellaire | 7 | 2,2% |
| Total | 325 | 100% |

5.7.Évaluation de la prise en charge des patientes avant l'évacuation

Seules 20% des patientes (236) en avaient bénéficié d'une prise en charge médicale.

Cinq pour cent (5%) des patientes soit 52 ont eu une prise en charge obstétricale avant d'être évacuées. Aucune prise en charge chirurgicale n'avait été faite avant l'évacuation. On constate par ailleurs que seuls 21,2% de cas d'accouchement par voie basse avait été effectué avant l'évacuation parallèlement 390 cas de parturientes en travail sans complications obstétricales avaient été admis dans notre structure, alors que les structures périphériques (poste de santé, centre de santé, EPS1) doivent être en mesure de les prendre en charge. Quelles pouvaient être alors les véritables motivations de ces évacuations injustifiées? Par ailleurs, nous avons constaté que seulement 1,9% d'aspiration manuelle intra-utérine avait été faite avant l'évacuation, alors que 50,5% de cas d'avortements et 12,1% de cas de grossesse molaire avaient été diagnostiqués dans la structure d'accueil. Le manque de matériel d'aspiration manuelle intra-utérine serait-elle à l' origine de ces insuffisances ? Seules 6% des évacuées ont bénéficié d'une échographie obstétricale en urgence avant l'évacuation alors que celle-ci est indispensable pour la confirmation diagnostique des urgences obstétricales. Il faut préciser que la décision d'évacuation a été prise par les sages-femmes dans 95% des cas. Seraient-elles suffisamment formées à l'utilisation de l'échographie ? Disposeraient-elles de l'échographie au sein des maternités périphériques?

5.8. Justifications des évacuations

Nous avons pu ainsi déterminer au cours de notre étude 30,5% d'évacuations abusives, 11,7% d'évacuations justifiées (dont 3 ont été faites par le SMUR de Dakar), 51,4% d'évacuations justifiées et tardives, 6,4% d'évacuations justifiées tardives et abusives. La répartition de ces quatre catégories d'évacuations selon le niveau des structures d'origine montre que les patientes provenaient principalement des postes de santé, des centres de santé et des établissements publics de santé de niveau 1.

Les tableaux XLI, XLII, XLIII, XLIV nous font état des niveaux de structures impliquées selon le type d'évacuation.

Tableau XLI: Répartition des évacuations abusives en fonction du niveau des structures

| Structures | Nombre | Pourcentage |
|---|------------|--------------|
| Poste de santé | 100 | 8,6% |
| Centre de santé | 104 | 8,9% |
| Établissement public de santé de niveau 1 | 108 | 9,3% |
| Établissement public de santé de niveau 3 | 4 | 0,3% |
| Cliniques privées | 39 | 3,4% |
| Total | 355 | 30,5% |

Tableau XLII: Répartition des évacuations justifiées en fonction du niveau des structures

| Structures | Nombre | Pourcentage |
|---|---------------|--------------------|
| Poste de santé | 61 | 5,2% |
| Centre de santé | 47 | 4% |
| Établissement public de santé de niveau 1 | 13 | 1,1% |
| Établissement public de santé de niveau 3 | 3 | 0,3% |
| Cliniques privées | 12 | 1% |
| Total | 136 | 11,7% |

Tableau XLIII: Répartition des évacuations justifiées et tardives en fonction du niveau des structures

| Structures | Nombre | Pourcentage |
|---|---------------|--------------------|
| Poste de santé | 241 | 20,7% |
| Centre de santé | 236 | 20,3% |
| Établissement public de santé de niveau 1 | 63 | 5,4% |
| Établissement public de santé de niveau 3 | 3 | 0,3% |
| Cliniques privées | 55 | 4,7% |
| Total | 598 | 51,4% |

Tableau XLIV: Répartition des évacuations justifiées, tardives et abusives en fonction du niveau des structures

| Structures | Nombre | Pourcentage |
|---|---------------|--------------------|
| Poste de santé | 9 | 0,8% |
| Centre de santé | 10 | 0,9% |
| Établissement public de santé de niveau 1 | 51 | 4,4% |
| Établissement public de santé de niveau 3 | 4 | 0,3% |
| Cliniques privées | 1 | 0,1% |
| Total | 75 | 6,4% |

DISCUSSION

IV. Discussion

1. Fréquence

Dans notre étude, la fréquence des évacuations obstétricales était de 31,5%. Ce taux est comparable à celui de Diop [20] à l'Hôpital Régional de Ndioum qui était de 31,2% et de Kandji Fall [30] qui avait objectivé au CHU Aristide Le Dantec une fréquence de 31,97%. Ce taux est en dessous des 66,2% rapportés par Konaté[32] à l'Hôpital Régional de Ourossogui, des 46,7% objectivés par Cissé [10] à l'Hôpital Régional de Kolda. En Côte d'Ivoire, Diarra [16] avait rapporté un taux largement inférieur au nôtre avec 7,9%, de même que Kane [31] au Mali avec un taux de 11,49% et Sépou [45] en Centre-Afrique à l'Hôpital Communautaire de Bangui avait objectivé une fréquence de 12%.

Le CHNP est la seule structure du district sanitaire de Mbao disposant d'une maternité de niveau 3 en dehors de l'Hôpital Dalal Jamm (maternité non fonctionnelle) du district de Guédiawaye, ce qui explique la fréquence élevée des évacuations obstétricales. Cette situation favorise les évacuations ou références abusives et tardives, entraînant une surcharge de travail.

2. Facteurs sociodémographiques

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 27,9 ans. La tranche d'âge, allant de 21 à 30 ans, était la plus représentée (50%). Cet âge moyen est supérieur à celui rapporté au Sénégal par Cissé [10], Konaté [32], Sylla [47], Kandji Fall [30], et Diop [20] qui étaient respectivement de 23,5 ans, 24,8 ans, 25,3 ans, 25,9 ans, 26,6 ans.

Au Burkina Faso, Ouattara et collaborateurs ont rapporté un âge moyen de 26,1 ans [41]. Néanmoins au Mali, Dolo [21] avait constaté un âge moyen de 29 ans. L'âge constitue un facteur lié à l'évacuation obstétricale, notamment pour les adolescentes chez lesquelles l'immaturité physique accroît le risque de dystocie surtout mécanique et chez les femmes âgées de plus de 34 ans qui présentent un risque plus élevé de complications [48]. La plupart des patientes étaient mariées soit 85,1% contre 14,9 % qui ne l'étaient pas. Konaté [32] a rapporté 97,7% de mariées contre 1,4%. Cissé [8] a constaté 96,7% de mariées. Le statut de marié confère à la patiente une sécurité financière pour un meilleur vécu de la grossesse, car le conjoint est supposé être en mesure de subvenir aux besoins de sa famille. Dans notre étude, seules 15% des patientes admises étaient instruites contre 85%. Nos résultats sont superposables à ceux de Konaté [32] qui a rapporté un taux de 85,6% de patientes non scolarisées. Au Bénin, Saizonou [44] a rapporté 46% de non scolarisées alors qu'en Guinée, Diallo et collaborateurs [14] avaient objectivé 85,3% d'analphabètes. Le bas niveau d'instruction constitue un facteur qui entrave le recours précoce au sein des structures de santé. Dans notre série, la parité moyenne était de 2,5 avec des extrêmes de 0 et 11. Nous avions objectivé en majorité 34,8% de primipares, 35,7% de paucipares. Thiam et collaborateurs [51] avaient rapporté une parité moyenne était de 2,7 avec des extrêmes de 1 à 13 et 35,2% de nullipares. Cissé [10] à Kolda avait rapporté une parité moyenne de 3,5 avec des extrêmes de 1 à 13 et 56% de primipares et de paucipares. De nombreuses études ont

montré que les premières grossesses sont à risque accru de complications pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et si elles ne sont pas correctement gérées, ces complications peuvent entraîner une augmentation de la morbidité et de la mortalité du couple mère enfant [39].

3. Suivi de la grossesse

La grossesse a été suivie par des sages-femmes dans 92,4% des cas, par des médecins dans 4,3% des cas et par des infirmiers dans 0,17% des cas.

Dans notre étude, 29,3% des patientes avaient respecté les 4 consultations prénatales préconisé par le MSAS, et 22,2% ont eu plus de 5 CPN. Il en ressort un total de 51,5% de patientes ayant eu un nombre suffisant de consultations prénatales.

Cependant 2,3% des parturientes n'avaient jamais consulté tandis que 7,3% n'ont consulté qu'une seule fois.

Nos résultats sont comparables à ceux de Thiam [51] à Ndioum qui constate que 33,3% des patientes ont eu plus de 4 CPN, tandis que, Cissé [10] à Kolda avait identifiés 54% de patientes avec 3 CPN. La consultation prénatale (CPN) permet de prendre les mesures appropriées pour que l'accouchement se déroule au bon moment (programmer si nécessaire), au bon endroit (référer s'il le faut), et dans les meilleures conditions (considérer les particularités de chaque parturiente) [38]. Le rôle central de la sage-femme dans les soins prénataux repose sur la détection et le traitement précoce des anomalies et complications; la prévention

des complications et des maladies; la préparation à l'accouchement ; la promotion de la santé [15].

4. Origine des évacuations et respect de la pyramide sanitaire

Le Centre Hospitalier National de Pikine représente la seule maternité de niveau 3 du district sanitaire de Mbao (24% d'évacuées) et constitue le centre de référence majeur des districts avoisinants. Les évacuées provenaient essentiellement hors du district sanitaire de Mbao (72,4%). Les districts sanitaires de Keur Massar (23,3%), de Guédiawaye (20%), de Rufisque (14,1%), et de Pikine (6,8%) étaient les plus représentatifs par rapport aux districts sanitaires de Diamniadio (1,4%), de Dakar Nord (1,7%), de Dakar Sud (1,4%), de Dakar Centre (1,3%), de Dakar Ouest (2,4%). Cette fréquence élevée s'expliquerait par l'accessibilité géographique du CHNP par rapport aux structures des districts; de Keur Massar (distance de 7 km entre le CHNP et Keur Massar), de Mbao (distance moyenne de 13 km entre Mbao et le CHNP), de Guédiawaye (distance de 8,8 km entre Guédiawaye et le CHNP), de Rufisque (distance de 18,6 km entre le CHNP et la ville de Rufisque) (Source Google Map). Contrairement à Cissé [10] à l'Hôpital Régional de Kolda qui avait objectivé 84% de patientes évacuées en provenance du même district.

En dehors du CHNP, l'Hôpital Dalal Jamm (EPS 3 dont la maternité n'est pas fonctionnelle), inauguré en 2016, contribuerait à un désengorgement des maternités périphériques. Malgré, l'existence de maternités à compétence chirurgicale telles que le Centre Hospitalier Abass Ndaw, l'Institut d'Hygiène

Social, l'Hôpital Général de Grand Yoff, les Centres de santé de Nabil Choukair, de Phillippe Maguilen Senghor, de Gaspard Camara, la nécessité d'une augmentation de la capacité d'accueil et d'une amélioration du plateau technique demeure essentielle. Le non-respect de la pyramide sanitaire mis en exergue au cours de notre étude avec 88% de patientes ayant fréquenté une seule structure avant d'atteindre une maternité de niveau 3 confirme la nécessité d'une amélioration du plateau technique et de la coordination entre les divers districts. Un système de référence/évacuation fonctionnant de façon optimale permet au patient d'accéder à la structure de soins la plus à même de prendre en charge son problème. Il offre une opportunité de formation continue des agents et contribue à améliorer la communication entre acteurs du système. Cependant, il demande une bonne communication entre les différents échelons, de même que des centres de santé de base et un hôpital de district disposant d'un plateau technique adéquat et de personnel de santé qualifié et compétent pour résoudre la majorité des souffrances de la population du district. Il contribue à une amélioration de l'accessibilité aux soins en général et aux soins d'urgence en particulier par la réduction du délai de prise en charge du patient à tous les échelons du système [19].

5. Caractéristiques de l'évacuation

5.1. Agents ayant décidé de l'évacuation

Au cours de notre étude, 95% des patientes ont été référées par des sages-femmes, 0,17% par des médecins et 0,09% par un infirmier-chef de poste.

Ces données sont comparables à ceux de Konaté [32] et de Diop [20] qui notaient une prédominance des sages-femmes dans la prise de décision dans respectivement 66,1% et 54,8%. Au Mali, Coulibaly [11] et Kane [31] ont objectivé respectivement 75% et 55,39% pour les sages-femmes, tandis que les médecins représentaient 7,4% et 16,46%, les infirmiers représentaient 4,4% et 7,31%. Contrairement à Touré [53] où les matrones (64,8%) étaient en première ligne dans la décision d'évacuation ou de référence alors que chez Cissé [8], les infirmiers (36,7%) et les médecins (35,9%) étaient les principaux acteurs.

5.2. Conditionnement

Au cours de notre étude, 79% des évacuées n'avaient pas été conditionnées.

Ce taux est comparable à celui de Kane [31] où 89,03% des patientes n'ont pas été conditionnées, tandis que chez Sidibé [46] 44,3% des évacuées n'avaient pas bénéficié d'un conditionnement en cours de transfert.

5.3. Moyens de transport

En Côte d'Ivoire [16], le transport en commun a été le moyen d'évacuation le plus utilisé (58,9% des cas). En Guinée Conakry, Baldé et collaborateurs [5] ont décelé 79,54% de patientes transférées par taxi. Au Bénin, Tchaou et collaborateurs [49] ont identifié 78,9% de patientes ayant eu recours au transport en commun tandis que seules 2,2% des patientes ont bénéficié d'un transport médicalisé. Dans notre étude, seules 12% des patientes avaient été évacuées par une ambulance en présence d'un personnel de santé, alors qu'au Mali, Thera T et collaborateurs [52] ont décelé 84,6% des patientes reçues qui n'étaient pas

accompagnées dans l'ambulance par un personnel de santé qualifié. Seulement 15,4% des références évacuations avaient été accompagnées d'un agent sanitaire [52]. Quelle serait alors le rôle du SAMU National dans le transfert des parturientes?

5.4. Durée d'évacuation

Nous avions estimé la durée moyenne de l'évacuation à 142 minutes chez 29% de notre effectif. Ce résultat est comparable à celui de Berthe [6] qui avait rapporté une durée moyenne d'évacuation de 2 heures 22 minutes (144 minutes), tandis que Kane [31] avait décelé une durée moyenne de 1 heure 25 minutes (85 minutes).

Néanmoins, Sépou et collaborateurs [45] avaient constaté que les patientes avaient séjourné plus de 5 heures (52,8%) dans les formations sanitaires périphériques et avaient mis plus de 2 heures (28,9%) à atteindre le centre de référence.

5.5. Pathologies objectivées avant l'évacuation

Au cours de notre étude, les principaux diagnostics retenus lors de l'évacuation étaient dominés par les syndromes vasculo-rénaux et leurs complications (22,1%), suivis des anomalies fœto-annexielles (13,8%), puis des anomalies de la hauteur utérine (11,2%), et des dystocies (8,9%). Cependant, Thiam et collaborateurs [51], ont rapporté au Centre Hospitalier de Ndioum 37,4% de dystocies, 31,7% de causes hémorragiques, et 14,2% d'hypertension artérielle gravidique et complications. Cissé [10] à Kolda avait objectivé en majorité 27%

de causes hémorragiques. Diarra [16] en Côte d'Ivoire avait rapporté comme principal diagnostic à l'évacuation les causes dystociques (53,6%).

Au Bénin, Tchaou et collaborateurs [49] avaient objectivé comme principaux diagnostics d'évacuations les dystociques (32,1%), les urgences hémorragiques (21,7%), les urgences hypertensives (16,4%), les hypoxies fœtales (15,2%), les urgences infectieuses (12,4%) et les anémies sur grossesse (2,2%).

6. Pathologies objectivées à l'admission

Les syndromes vasculo-rénaux et complications étaient principalement représentés par la prééclampsie sévère (48,2%), l'hématome rétro-placentaire (19,2%) et l'éclampsie (8,8%). L'éclampsie est une des complications majeures de la prééclampsie [43]. Il s'agit d'une urgence vitale maternelle et fœtale dont la prise en charge ne doit souffrir d'aucun retard et d'aucune insuffisance pour ne pas hypothéquer la santé de la parturiente et de son nouveau-né [43]. Leur survenue peut être prévenue par un suivi prénatal adéquat et une référence précoce. Les cas d'anomalies fœto-annexielles (12,2%) et de la hauteur utérine (7,9%), d'utérus cicatriciel (6,9%), d'angusties pelviennes (5,9%), de présentations vicieuses (3,8%), de pathologiques maternelles (3,1%) et des cas de parturientes admises en travail sans anomalies (19,8%), sont supérieurs à ceux évoqués au niveau des structures de premiers recours. La méconnaissance de ces diagnostics témoigne des failles de la prise en charge antérieure.

La fréquence de la pré éclampsie, de l'éclampsie, du syndrome HELLP et de la rupture prématurée des membranes est plus élevée en cas de grossesse

gémellaire [7]. Les grossesses gémellaires constituent un facteur de risque de morbi-mortalité périnatale, par rapport aux grossesses simples et sont de ce fait des grossesses à risque [7].

Les cas d'utérus cicatriciels doivent être impérativement suivis en milieu hospitalier. En effet, l'utérus cicatriciel est un facteur de risque d'insertion et d'adhérences placentaires, de façon croissante avec le nombre de cicatrices. En effet, le risque de placenta prævia est doublé ainsi que la morbidité maternelle associée au placenta prævia [13]. Le risque de placenta accreta est plus important en particulier chez les femmes combinant utérus cicatriciel et placenta prævia [13]. En Afrique noire, Meghafu rapporte une expérience marquée par un taux de 19% de rupture utérine et préconise une césarienne itérative systématique [9]. L'avis d'un gynécologue-obstétricien pourrait être recueilli au plus tard au cours de la troisième CPN, grâce à une référence précoce afin d'éviter les références tardives, verbales et imprécises [17].

Dans la pratique, la dystocie se présente de deux façons différentes : un rétrécissement pelvien est diagnostiqué mais l'accouchement par voie basse semble possible et on réalise une épreuve du travail ; le pronostic obstétrical est initialement favorable mais au cours du travail la dilatation et/ou la progression de la présentation sont anormales. La clinique, l'interrogatoire, l'échographie fœtale et la pelvimétrie doivent permettre de suspecter le diagnostic et d'éliminer les disproportions fœto-pelviennes et les bassins chirurgicaux qui justifient une césarienne avant terme [42].

Les pathologies les plus fréquentes étaient le diabète gestationnel (78,7%) et la myomatose utérine (40%). D'après l'IADPSG (International Association of the Diabète and Pregnancy Study Groups), on note une plus grande proportion de femmes développant un diabète gestationnel parmi celles qui présentent des troubles glycémiques notamment un taux élevé de glucose ou une intolérance au glucose au premier trimestre de la grossesse. D'où l'intérêt d'effectuer un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale même chez les patientes ayant une glycémie normale afin de diagnostiquer très tôt le risque encouru par celles-ci [28]. Les femmes, présentant des antécédents préexistants de diabète devraient recevoir des soins de préconception afin d'optimiser le contrôle de la glycémie et d'autres Co-morbidités[18]. Les femmes atteintes de diabète gestationnel ont un risque plus élevé de pré éclampsie, de dystocie des épaules, de césarienne et d'hypertrophie fœtale [18]. Toutes les femmes enceintes devraient se voir offrir un test de dépistage entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine d'aménorrhée [18].

Son association à la grossesse varie de 0,5% à 4% et fait d'elle une grossesse à haut risque [54]. Pour la parturiente, les principales complications sont l'accouchement prématuré, la rupture prématurée des membranes et le placenta prævia au 3^{ème} trimestre de grossesse. Les présentations dystociques sont plus fréquentes que dans la population générale, d'où un taux de césarienne plus élevé. L'hémorragie de la délivrance constitue la complication la plus fréquente du post-partum [54].

7. Prise en charge des évacuées

Avant l'évacuation, vingt et un pour cent (21%) avaient été conditionnées (abord veineux, solutés, médicaments injectables, sondage vésical), 236 patientes soit 20%, avaient bénéficié d'une prise en charge médicale avant l'évacuation.

Concernant la prise en charge obstétricale avant l'admission dans le service 5% des parturientes (52) en avaient bénéficié. Dans ce groupe, 21,2% avaient eu un accouchement par voie basse avec un travail dirigé (17,3%), une rupture artificielle des membranes (13,5%) ainsi qu'une gestion active de la troisième phase de l'accouchement (21,2%) et d'une révision utérine (9,6%). La césarienne avait été faite dans 9,6% des cas. En milieu rural, au Centre Hospitalier de Ndioum [51], la prise en charge avant l'évacuation reposait sur la mise en place d'un abord veineux chez 61% des patientes et sur l'administration de solutés (35,1% de sérum glucosé isotonique, le sérum salé isotonique dans 6,6% des cas, le ringer lactate dans 8% des cas).

Dans notre service, les patientes ont été prises en charge sur le plan médical, obstétrical et chirurgical. Les médicaments utilisés étaient l'ocytocine, dans 96,6% des cas (1124), les antibiotiques dans 55,2% des cas (643), les antalgiques dans 60,2% des cas (701), les antispasmodiques dans 61,1% des cas (711), le misoprostol dans 32,6% des cas (379). Thiam à Ndioum [51] avait rapporté que 17% des cas avaient reçu un traitement médical, il s'agissait d'un traitement anti hypertenseur, du sulfate de magnésium, de l'injection

d'antibiotiques, d'une transfusion sanguine, de la perfusion d'ocytocique et du remplissage vasculaire selon l'indication.

Dans notre service, l'accouchement par voie basse avait été fait dans 37,9% des cas, et la césarienne dans 48,5% des cas. Ces résultats sont comparables à ceux de Cissé [10] au CHR de Kolda où 36,1% d'accouchements avaient été notés et 44% de césarienne.

8. Pronostic maternel

Dans notre étude, 0,4% de décès maternels (5 cas) avaient été identifiés, tandis que Thiam et collaborateurs [51] avaient rapporté au Centre Hospitalier de Ndioum une mortalité maternelle de 2%. Konaté [32] et Diop [20] avaient objectivé respectivement 1,4% et 2% de décès maternels, Cissé [10] avait constaté au Centre Hospitalier Régional de Kolda 30 décès maternels sur un total d'admission obstétricale de 341 évacuées soit 8%. Dès lors, il semblerait que la mortalité maternelle soit plus élevée en milieu rural. Notre résultat est semblable à celui de Tchaou et collaborateurs [49] au Bénin et de Cissé B [8] au Mali.

9. Pronostic fœtal

Nous avions enregistré 82% de naissances vivantes. Cependant, 12% de décès néonataux avaient été objectivé. Konaté [32] à Ourossogui (Matam) en 2015 a rapporté 16% de décès néonataux alors que Diop [20] à Ndioum en 2011 en avait constaté 18,8%. Ces taux montrent que des efforts considérables doivent être pris en compte pour une réduction de la mortalité néonatale surtout en

milieu rural. Le constat est le même au Mali où Touré [53] avait identifié 15,9% de décès néonataux.

10. Justifications des évacuations

Dans notre étude, 30,4% des évacuations étaient abusives, 11,7% d'évacuations justifiées (dont 3 ont été faites par le SMUR de Dakar), 51,4% d'évacuations justifiées et tardives, 6,4% d'évacuations justifiées tardives et abusives. Chez Sépou [45], les évacuations étaient justifiées dans 41,4% des cas, tandis que Théra et collaborateurs [52] avaient rapporté que 92,2% des patientes n'avaient pas bénéficié d'une référence adéquate, 78,3% avaient fait l'objet d'une référence justifiée et 27,8% des patientes n'avaient pas bénéficié d'une référence opportune [52].

CONCLUSION &RECOMMANDATIONS

Les évacuations obstétricales occupent une place prépondérante dans la prise en charge des parturientes. En effet, les complications maternelles et fœtales, liées à un défaut d'identification des urgences obstétricales, constituent un problème de santé publique. Dès lors, le système de référence-recours joue un rôle majeur dans la réduction de la morbi-mortalité maternelle et fœtale.

Cependant, de nombreux problèmes relatifs à l'organisation entravent son fonctionnement. Les évacuations obstétricales sont confrontées à un manque criard de personnel et de structures adéquates. Il est impératif qu'elles soient alors bien organisées, structurées, et coordonnées. Ainsi, nous avons voulu évaluer le système de référence contre-référence à la maternité du Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP).

Dans cette perspective, nous avions réalisé une étude prospective de type descriptif et analytique sur une durée de 9 mois (du 1^{er} janvier 2016 au 30 septembre 2016). Toutes les patientes évacuées étaient incluses, celles qui étaient venues d'elles-mêmes ne l'étaient pas. Nous avions colligé 1164 patientes sur un total d'admission estimé à 3691 patientes, soit une fréquence de 31,5%. Il s'agissait d'évacuations pour raisons obstétricales chez 1073 patientes, soit 92,2% de l'ensemble des évacuées et pour raisons gynécologiques chez 91 patientes soit 7,8%. L'âge moyen était de 27,9 ans avec des extrêmes de 6 et 60 ans. La majorité des patientes était mariée et non scolarisée. La parité moyenne était de 2,5 avec des extrêmes de 0 et 11.

Les évacuées provenaient essentiellement des districts sanitaires de Mbao (24%), Keur Massar (23,3%), Guédiawaye (20%), Rufisque (14,1%), et de Pikine (6,8%). Les principaux antécédents pathologiques identifiés étaient la césarienne (138 cas), la mort fœtale in utero (62 cas).

Le suivi prénatal était assuré en particulier par les sages-femmes dans 92,4% des cas avec un bilan prénatal fait dans 65% des cas; et par des médecins dans seulement 4,3% des cas. Le nombre de consultation prénatal était en moyenne de 3,5 avec des extrêmes de 0 et 8, avec 29,3% de patientes ayant effectué 4 consultations prénatales et 20,2% de cas avec plus de 5 consultations prénatales.

Les pathologies observées au cours de la grossesse étaient dominées par l'hypertension artérielle gravidique (59,7%), le diabète gestationnel (16%), la prééclampsie (4,9%) et l'anémie sévère (3,4%). Au cours de la grossesse, 87% des patientes avaient eu un suivi prénatal dans une seule structure. Les principales structures concernées étaient les postes de santé (39,8%), les centres de santé (26,3%), les établissements publics de santé de niveau 1 (10,6%).

Divers problèmes ont été examinés au cours de notre étude. En effet, l'absence de références adéquates et électives chez 56,3% des parturientes (604 cas), influe considérablement sur le pronostic maternel et fœtal par la survenue de complications motivant ainsi une évacuation en urgence. Les structures fréquentées avant l'admission dans notre service étaient en moyenne de 1,5 avec des extrêmes de 1 et 3, et 88% des patientes avaient consulté dans une seule structure avant d'atteindre une maternité de niveau 3.

Les sages-femmes avaient décidé de l'évacuation dans 95% des cas. Dans notre étude, 94,3% des patientes avaient été évacuée pour une meilleure prise en charge, 2,7% pour des motifs d'ordre organisationnel (bloc opératoire non fonctionnel, défaut de consommables, d'anesthésistes réanimateurs), défaut du plateau technique telle qu'un manque de bloc opératoire (2,3%), de structures de néonatalogie (1,8%), de structures de réanimation (1,4%), de place (1,7%). Les pathologies identifiées à l'évacuation étaient principalement représentés par les syndromes vasculo-rénaux et complications avec 273 cas (22,1%), les anomalies fœto-annexielles avec 170 cas (13,8%), les anomalies de la hauteur utérine avec 139 cas (11,2%), les dystocies avec 110 cas (8,9%), les parturientes en travail avec 110 cas (8,9%), les utérus cicatriciels avec 87 cas (7%). La plupart des diagnostics évoqués dans notre structure étaient méconnus avant l'évacuation. En effet, les cas de syndromes vasculo-rénaux et complications (112 cas de plus), d'hémorragies (76 cas de plus), d'anomalies fœto-annexielles (70 cas de plus), d'anomalies de la hauteur utérine (16 cas de plus), d'utérus cicatriciel (50 cas de plus), d'angusties pelviennes (87 cas de plus), de mort fœtale in utero (20 cas de plus), de présentations vicieuses (10 cas de plus), de pathologiques maternelles (39 cas de plus) et de parturientes en travail (280 cas de plus) sont supérieurs à ceux évoqués au niveau des structures de premiers recours. Le respect de la hiérarchisation des structures de santé, conformément à la pyramide sanitaire, permet de sélectionner les patientes selon le degré d'urgence et par conséquent, de décider de la conduite à tenir. Il est fort de

constater que 99,7% des patientes ont été évacuées ou référées de façon anarchique. Les moyens d'évacuation sont représentés par les moyens de conditionnement, de transport ainsi que par la présence constante d'un personnel de santé qualifié en cours de transfert. L'inadéquation de ces moyens, impacte sur le pronostic maternel et fœtal. Ainsi, 79% des patientes reçues n'avaient pas eu un conditionnement avant et en cours d'évacuation, parmi lesquels, 03 cas de décès maternels (0,3%), 104 cas de décès néonataux (9,6%) avaient été constatés. Les complications maternelles dans ce groupe étaient dominées par l'hématome rétro-placentaire (56 cas), l'éclampsie (12 cas), l'hémorragie du post partum (11 cas). Contrairement à celles qui avaient été conditionnées, la mortalité et la morbidité materno-fœtale étaient moindre avec 02 cas de décès maternels (0,2%), 32 cas de décès néonataux (2,9%). Dans ce groupe les complications maternelles étaient dominées par l'hématome rétro-placentaire avec 18 cas, et l'hémorragie du post-partum avec 17 cas.

Un transfert médicalisé est indispensable pour la survie de la mère et de son fœtus. Au cours de notre étude, seules 12% des évacuées avaient été transférées par une ambulance en compagnie d'un personnel de santé. Cependant, 79% des patientes étaient accompagnées de leurs parents via un moyen de transport personnel, nous avons dénombré chez celles-ci 03 cas de décès maternels (0,3%), 114 cas de décès néonataux (10,5%). Les complications maternelles observées étaient l'hématome rétro-placentaire avec 52 cas, l'hémorragie du post-partum avec 16 cas, l'éclampsie avec 12 cas.

La non-reconnaissance des signes de danger chez la mère, l'inaccessibilité géographique des structures de référence, ainsi que la surcharge de travail de la maternité de référence, peuvent expliquer les trois types de retards liés à la prise en charge des patientes évacuées. L'évaluation de la prise en charge des patientes avant admission dans la maternité de référence a permis de constater que la majorité des patientes n'avait pas été prise en charge de façon efficiente. En effet, seules 20% (236) des patientes avaient bénéficiées d'une prise en charge médicale, et 5% (52) des patientes avaient eu une prise en charge obstétricale avant d'être évacuées. Aucune prise en charge chirurgicale n'avait pas été faite avant le transfert des patientes. Ces divers facteurs expliquent les 30,4% d'évacuations abusives, 11,7% d'évacuations justifiées (dont 3 avaient été faites par le SMUR de Dakar), 51,4% d'évacuations justifiées et tardives, 6,4% d'évacuations justifiées tardives et abusives objectivées au cours de notre étude. La répartition de ces quatre catégories d'évacuations selon le niveau des structures d'origine avait montré que les patientes provenaient principalement des postes de santé, des centres de santé et des établissements publics de santé de niveau 1. Ainsi, pour réduire la mortalité maternelle et néonatale liée aux évacuations obstétricales, des normes standards de référence et de contre-référence doivent s'appliquer à tous les échelons de la pyramide sanitaire pour que ce système soit bénéfique aux populations.

Il nous a semblé indispensable d'élaborer les recommandations suivantes :

➤ **À l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal**

Il faudrait :

- renforcer le plateau technique (personnel de santé qualifié, services de réanimation et de néonatalogie, matériels d'aspiration, appareils d'échographie) ;
- doter davantage les structures sanitaires de moyens logistiques (ambulances médicalisées, carburant, groupes électrogènes);
- développer la télémédecine dans le cadre du système de référence et de contre-référence afin de guider les différents prestataires dans la prise en charge des parturientes et ainsi de réduire les évacuations abusives et tardives;
- mettre en place un système d'audit clinique interactif et efficient;
- informatiser le système de référence contre-référence au sein de chaque district en vue de faciliter les évacuations obstétricales ainsi que les audits cliniques;
- mettre en place un Service d'Assistance Médicale d'Urgence obstétrical (SAMU obstétrical), décentralisé au sein de chaque district sanitaire dédié uniquement aux femmes enceintes;
- créer un centre de régulation des évacuations et références obstétricales au niveau de chaque district sanitaire;

- mettre à jour les fiches de liaisons obstétricales;
- sensibiliser les populations pour une utilisation des services de santé, ainsi que pour le respect de la pyramide sanitaire.

➤ **À l'endroit du personnel de santé**

Il faudrait :

- renforcer la formation et la mise à niveau des prestataires de soins (rôle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ainsi que du Centre Régional de Formation de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction) ;
- des consultations prénatales de bonne qualité afin de dépister les grossesses et accouchements à risque ;
- référer les grossesses risquées à temps (utérus cicatriciel, diabète gestationnel, angusties pelviennes; hypertension artérielle gravidique; grossesse gémellaire);
- éviter les évacuations abusives, et tardives;
- vulgariser les critères standards de référence et d'évacuation;
- prévenir par appel téléphonique la structure d'accueil lors d'une évacuation;
- conditionner systématiquement les patientes et effectuer leur transfert par une ambulance médicalisée en présence de personnel de santé qualifié;

- pérenniser les réunions de coordination entre les différents districts sanitaires.

➤ **À l'endroit des populations**

Il faudrait :

- informer, éduquer, communiquer avec elle;
- fréquenter les services de santé en vue de prévenir les complications au cours de l'accouchement;
- se fidéliser à une structure afin d'éviter une évacuation tardive;
- prévoir des moyens financiers nécessaires pour une éventuelle évacuation en vue d'une préparation à l'accouchement.

REFERENCES

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).

Enquête Démographique et de Santé continue (EDS continue) Sénégal.

Mai 2014. www.anasd.sn/ressources/publications/EDS-C%202016.pdf.

2. Agence Nationale de la statistique et de la démographie (ANSD).

Ministère de l'économie, des finances et du plan. Situation économique et sociale du Sénégal en 2013. Février 2016.

www.anasd.sn/ressources/ses/chapitres/5-sante-SESN2013.pdf.

3. Bagou G. Modalités d'un transfert maternel dans le cadre d'une hémorragie post-partum G. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2004 ; 33 : 4S89-4S92.

4. Bagou G, Hamel V. Présentation des recommandations formalisées d'experts (RFE) des sociétés savantes. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Urgences Obstétricales Extrahospitalières. Urgences 2011 : 904-928.

5. Baldé I S, Diallo F B, Diallo Y et al. Evacuations obstétricales intrapartum: aspects sociodémographique, clinique et pronostique à Conakry, Guinée. Médecine Tropicale 2011,71 ; 6 : 628-629.

6. Berthe D S. Les évacuations obstétricales à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse Med, Université de Bamako Kayes 2011. www.keneya.net/fmpos/theses/2011/med/pdf/11M252.pdf

- 7. Boubkraoui M E M, Aguenaou H, Barkat A.** Morbi-mortalité périnatale dans les grossesses gémellaires dans une maternité marocaine de niveau 3. The Pan African Medical Journal 2016,23; 80:87-89.
- 8. Cissé B.** Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CS REF Markala. Thèse Méd, Université de Bamako 2013. www.kenya.net/fmpos/theses/2014/med/pdf/14M190.pdf
- 9. Cissé C T, Ewagnignon E, Térolbe I et al.** Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28; 6: 556-562.
- 10. Cissé M L, Raad B, Diouf A et al.** Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital régional de Kolda (Sénégal). Médecine d'Afrique noire Janv2010, 57 ; 1;37- 43.
- 11. Coulibaly A B.** La référence/évacuation gynéco-obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Méd, Université de Bamako 2006. www.kenya.net/fmpos/theses/2006/med/pdf/06M233.pdf.
- 12. De Bernis L.** La mortalité maternelle dans le monde. Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique. Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français. Nov 2005, Tome 29; 93.

13. Deneux-Tharaux C. Utérus cicatriciel: aspects épidémiologiques.

Women with previous caesarean or other uterine scar: epidemiological features. J Gynecol Obstet Biol Reprod Dec 2012; 41; 8:697-707.

14. Diallo B S, Balde I S, Diallo M H et al. Accouchement chez l'adolescente: Aspects sociodémographique et pronostique à la maternité de l'hôpital régional de MAMOU (GUINEE). Annales de la Société Guinéenne de Gynécologie Obstétrique (SOGGO) 2014 ; 9 ; 23 57- 61.

15. Diamouténé-Sangaré M L. Rôle de la sage-femme dans le suivi de la grossesse. Développement et santé, 2010 ; n° 197/198.

16. Diarra Nama A J, Angbo O, Koffi M N, et al. Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte d'Ivoire, Santé publique 1999 ; 11 : 193-201.

17. Diémé Faye M E, Moreira P, Tamofo E et al. Suivi des grossesses sur utérus cicatriciel : aspects qualitatifs et implications pronostiques. Médecine et Santé Tropicales 2014 ; 24 ; 4: 409-415.

18. Directive clinique de la SOGC (Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada). Le diabète pendant la grossesse. J Obstet Gynaecol Can 2016 ; 38; 7:680-694.

19. Djiguimde A P. La réorganisation du système de référence avec partage des coûts : quels effets sur la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales? L'expérience du district sanitaire de Diapaga (Burkina Faso). Mémoire, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen (Belgique) 2004-2005.

20. Diop C. Bilan des évacuations obstétricales reçues durant l'année 2011 au centre hospitalier régional de Ndioum (Saint-louis/SENEGAL). Thèse Méd Université Cheikh Anta Diop de Dakar 2012, n°214.

21. Dolo K. Evaluation du système référence/ évacuation gynéco obstétrical à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Thèse Méd, Université de Bamako 2008, n°238.

22. Dramé F M. Attraction des services de soins de santé primaires et des centres de dépistage du VIH à Dakar (Sénégal). Espace Populations Sociétés, 2-3 :361-371, Déc. 2006.

23. Görgen H, Kirsch-Woik T, Schmidt-Ehry B. Le système de santé de district, expériences et perspectives en Afrique: Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique. Schriftenreihe der GTZ; Wiesbaden, 2ème Edition 2004, 277 .

24. Gribble J, Haffey J. La santé reproductive en Afrique Sub-saharienne, Population Référence Bureau 2008 ; 1-4.

25. Guindo S B. Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso.

Thèse Méd ; Université de Bamako,

2008. www.keneya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M262.pdf.

26. Hamel V, Penverne Y, Debierre V, et al. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).

Régulation des urgences obstétricales. Urgences 2010 ; 297-311.

27. Haute Autorité de Santé (HAS). Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique », Nov 2012.

28. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups

(IADPSG) Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. Diabetes care, March 2010, 33;3: 676 -682.

29. Jahn A, De Brouwere V. La référence pendant la grossesse et l'accouchement: concepts et stratégies SHSOP (Studies in health services organization and policy), 18; 2001; 239-257.

30. Kandji Fall G. Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence recours d'Afrique sud saharien étude prospective d'une année au C.H.U. Dantec de Dakar, Thèse Med, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 1996 ; n°2.

31. Kane M M. Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence / évacuation et contre référence au CS REF C VI. Thèse Méd, Université de Bamako 2009. www.keneya.net/fmpos/theses/2009/med/pdf/09M349.pdf.

32. Konaté D. Bilan des évacuations obstétricales au Centre Hospitalier Régional de Ourossogui (MATAM/Sénégal) en 2015 : à propos de 1206 patientes. Thèse Méd, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2017 n°9.

33. Lompo K, Hutin YJF, Traore G, et al. Morbidité et mortalité liée aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Annale de la société belge, Médecine tropicale 1993, 73;153-163.

34. Maine D, Akalin M Z, Ward V Met al. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. École de santé publique, Université Columbia, Juin 1997.

35. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU). Protocole de soins d'urgences. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2012. docplayer.fr/33774551-Protocoles-de-soins-d-urgences.html.

36. Ministère de la Santé et de la Prévention, République du Sénégal. Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018, Janvier 2009, www.who.int/pmnch/media/events/2014/sen_pnds.pdf.

37. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Division des soins de santé primaires. Manuel national de stratégies sur la référence et la contre référence. Janv 2006. www.sante.gouv.sn/images/stories/pdf/refcontrref.pdf.

38. N'Diaye P, Tal Dia A, Diedhiou A et al. Déterminants socioculturels du retard de la première consultation prénatale dans un district sanitaire du Sénégal. Santé Publique 2005 ; 17:531-538.

39. Ojiyi EE, Anozie UM, Dike EI, et al. Pregnancy Outcome in primigravidae in a tertiary hospital: a three year review. Int J Gynaecol Obstet. 2012 ; 16 (1) :1-5.

40. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM-10), 2008 ; 2 :179.

41. Ouattara A, Ouedraogo C. M, Ouedraogo A, et al. Références et évacuations obstétricales dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques sur une période de trente-six mois au CHU Yalgado de Ouagadougou. Médecine et Santé Tropicales 2015,25 ; 4 : 403-407.

42. Remy C A. L'apport de l'IRM dans l'interprétation de la pelvimétrie chez la femme enceinte, par recherche de la reproductibilité de mesures de tissus mous. Mémoire, École de Sages-femmes Albert Frühinsholz , Université de Lorraine 2013.

43. Saizonou J, Agueh V, Ouendo E Met al. Issues maternelles, périnatales et ses facteurs associés à l'éclampsie à l'hôpital de la mère enfant Lagune de Cotonou au Bénin. Médecine d'Afrique Noire 2010 Déc. ; 57 ; 12 :563-570.

44. Saizonou J, Godin I, Ouendo E Met al. La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin: Le point de vue des «Echappées Belles» et leurs attentes. Tropical Medicine and International Health Mai 2006, 11; 5:672–680.

45. Sépou A, Goddot M, Ngbale R et al. Évolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Communautaire de Bangui. Clin Mother Child Health juin 2009, 6; 1:1007-1012.

46. Sidibé B T. Problématique des évacuations sanitaires au service des urgences au CHU Gabriel Touré à propos de 352 cas de janvier à juin 2006. Thèse Méd Université de Bamako 2008.

www.keneya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M514.pdf.

47. Sylla Sané N S. Audit des évacuations obstétricales au Centre de Santé Youssou Mbargane Diop de Rufisque : à propos de 922 cas. Thèse Méd, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2014 n°11.

48. Sy T, Diallo A B , Diallo Y et al. Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Ignace Deen. Journal de la SAGO, 2002 ,3; 2 :7- 11.

49. Tchaou B A, Hounkponou NFM, Kabibou S et al. Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. European Scientific Journal Mars 2015, 11; 9:260-272.

50. Thiaba F. Etude qualitative sur les causes du premier retard et leur impact sur la morbidité des urgences obstétricales. Le cas des échappées belles du District de Diéma (Mali). Mémoire, université de Montréal, Avril 2012.

51. Thiam O, Cissé M L, Mbaye M, et al. La problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise: exemple du Centre Hospitalier de NDIOUM. Revue Cames Santé 2013,1 ; 2;51.

52. Théra T, Traoré Y, Kouma A, et al. Problématique du système de référence contre référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako. Mali Medical 2015, Tome XXX; 3; 34.

53. Touré A A. Etude des urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation au Centre de santé de référence de Kolokani à propos de 145 cas. Thèse Méd, Université de Bamako 2010. www.kenya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M307.pdf

54. Zeghal D, Ayachi A, Mahjoub S, et al. Fibrome et grossesse : les complications. Service «C» - Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis. Faculté de Médecine de Tunis Université de Tunis El Manar. La Tunisie Médicale 2011 ; 90 ; 4 :286-290.

ANNEXES

FICHE DE RECUEIL DE DONNEES

A. ETAT CIVIL

1. NOM

2. AGE

3. STRUCTURE D'ORIGINE

4. DISTRICT

5. SITUATION MATRIMONIALE

- Mariée - Célibataire- Veuve
- Divorcée - Abandonnée

6. ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

7. PARITE

B. SUIVI DE LA GROSSESSE

8. SUIVI GROSSESSE

Gynécologue obstétricien Sage-femme Infirmier Autres

9. NOMBRE DE CPN

10. AGE

11. BILAN PRENATAL

-Fait- Non fait

12. PATHOLOGIES AU COURS DE LA GROSSESSE

- Oui - Non

-Préciser

C. CARACTERISTIQUES DE L'EVACUATION

13. ORIGINE DE L'EVACUATION

- District Mbao -District Dakar Nord
- District Pikine- District Dakar Sud
- District Keur Massar - District Dakar Ouest
- District Guediawaye - District Dakar Centre
- District Rufisque - District Diamniadio

14. INFORMATION SUR L'EVACUATION

-Oui -Non

15. MOYEN D'INFORMATION

- Fiche de Liaison-Appel téléphonique

16. CARACTERISTIQUES FICHES DE LIAISON

- Conforme - Obsolète -Conforme / Diagnostic correct
- Obsolète/Diagnostic correct
- Conforme / Diagnostic incorrect - Obsolète/Diagnostic incorrect

17. AGENTS AYANT DECIDE DE L'EVACUATION

- Médecin -Sage-femme - Infirmier -Matrone

18. CONDITIONNEMENT

- Fait - Non Fait

19. NOMBRE DE STRUCTURES FAITES AVANT ADMISSION

20. MOTIF D'EVACUATION**21. DIAGNOSTIC D'EVACUATION****22. MOYENS DE TRANSPORT**

Ambulance Moyens personnels

- Moyens personnels

Taxi Taxi en commun Véhicule personnel Bus

23. HEURE DE DEPART**25. DUREE EVACUATION****24. HEURE D'ARRIVEE****28. PERSONNE ACCOMPAGNANT**

Personne qualifiée Parents Matrone

26. DELAI DE PRISE EN CHARGE

< 1heure 1 heure -2heures > 2heures

27. ETAT GENERAL DE LA PATIENTE À L'ADMISSION

EG Conservé ABEG MEG

D. PRISE EN CHARGE AVANT L'EVACUATION**29. Prise en charge médicale**

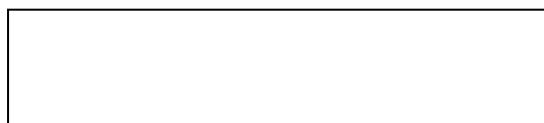
-Misoprostol -Anticonvulsivant -Transfusion sanguine
-Ocytocine -Antispasmodique - Réanimation

- Tocolytique -Antalgique - Maturation pulmonaire
- Antibiotique -Antiémétique - Bilan biologique
- Antihypertenseur -Hémostatiques - Echographie

30. Prise en charge obstétricale

- Accouchement voie basse - Maturation pulmonaire
- Direction du travail - Instruments
- RAM - AMIU
- GATPA - Césarienne
- Révision utérine

31. Prise en charge chirurgicale



E. PRISE EN CHARGE À L'ADMISSION

32. Prise en charge médicale

- Misoprostol -Anticonvulsivant -Transfusion sanguine
- Ocytocine -Antispasmodique - Réanimation
- Tocolytique -Antalgique - Maturation pulmonaire
- Antibiotique -Antiémétique - Bilan biologique
- Antihypertenseur -Hémostatiques - Echographie

33. Prise en charge obstétricale

- Accouchement voie basse -Maturation pulmonaire

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|
| -Direction du travail | <input type="checkbox"/> | - Instruments | <input type="checkbox"/> |
| -RAM | <input type="checkbox"/> | - AMIU | <input type="checkbox"/> |
| -GATPA | <input type="checkbox"/> | - Césarienne | <input type="checkbox"/> |
| -Révision utérine | <input type="checkbox"/> | - ESV | <input type="checkbox"/> |
| -Partogramme | <input type="checkbox"/> | - Cerclage | <input type="checkbox"/> |
| -Ballonnet intra-utérin <input type="checkbox"/> | | | |

34. Prise en charge chirurgicale

36. Issue maternelle

- | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| AVB | <input type="checkbox"/> | Césarienne | <input type="checkbox"/> | Aspiration | <input type="checkbox"/> |
| Expulsion | <input type="checkbox"/> | Laparotomie | <input type="checkbox"/> | | |

35. Durée d'hospitalisation

37. Devenir de la mère

- | | | | | | |
|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| -Vivante | <input type="checkbox"/> | - Décédée | <input type="checkbox"/> | -Morbidité | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|

38. Devenir du nouveau-né

- | | | | |
|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| -Vivant | <input type="checkbox"/> | - Décédé | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|----------|--------------------------|

G. CONTRE REFERENCE

39. Oui **- Non**

40. MOYENS DE CONTRE REFERENCE

- | | | | |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| -Téléphone | <input type="checkbox"/> | 2. Courrier | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|



REPUBLIQUE DU REPUBLIQUE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION
REGION MEDICALE DE DAKAR
DISTRICT SANITAIRE DE MBAO
Formation sanitaire

FICHE DE LIAISON OBSTETRICALE

- Structure qui évacue/ réfère : _____ numéro dossier : _____
- Date et heure d'arrivée à la structure : _____
- Date et heure de pris
R e de décision d'évacuation : le _____
- Date et heure d'évacuation / référence : le _____
- Prénoms et Nom : _____ sexe : _____ Age : _____
- Adresse: _____
- Nom du mari _____
- Anamnèse : _____

- Gestité: _____ Parité : _____ DDR : _____ Terme : _____
- Examen d'entrée : _____
- Poids _____ Kg; Taille : _____ ; T° : _____ °c; TA: _____ mmHg
- Pouls : _____; Muqueuses _____ Conscience : _____
- Diagnostic d'entrée : _____

- Traitement reçu : _____

- Motif d'évacuation ou de référence: _____

- Evacué / Référé vers : □ Maternité _____ Hôpital _____
- Autres service : _____ □ (A préciser) _____
Moyens d'évacuation : _____ Nom du chauffeur : _____
Identité, Qualification et téléphone de l'agent référant _____

Structure d'accueil

Nom et prénoms de l'agent : _____
Qualification: _____ Téléphone : _____
Date et heure d'arrivée : _____ heure de prise en charge _____
Numéro du dossier : _____ Diagnostic : _____

Interventions effectuées :

Soins à suivre

Signature / cachet, structure d'accueil

Signature / cachet structure référant

FICHE DE CONTRE REFERENCE

I. Etat civil

- Prénom : Nom : Age :
 - Qualification de l'agent ayant reçu la patiente :
 - Date et heure d'admission :
 - Heure de prise en charge :
 - Numéro du dossier :

II. Renseignements cliniques :

- Gestité : Parité :
 - Diagnostic retenu :

III. Issue grossesse :

- Accouchement par voie basse :
 - Césarienne :
 - Heure de l'accouchement :

IV. Issue nouveau-né :

- Sexe du nouveau-né
 - Score d'Apgar :
 - Poids de naissance :

V. Recommandations :

VI. Signature et Cachet Structure d'accueil :

Registre des évacuations sanitaires du service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHNP

1/ CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME

Nom : Numéro Index : Téléphone :
Age : ans Gestié : Parité :

2/ HISTOIRE DE LA GROSSESSE

Age de la grossesse : mois / ou SA Nombre de CPN :
Suivi de la grossesse : Non Poste de Santé Centre de santé Hôpital Privé

3/ ADMINISTRATION

Origine d'Évacuation : Diagnostic :

Evacué par : Ambulance médicalisée Ambulance non médicalisée Particulier/Taxi

Motif d'évacuation :

Conditionnement :

.....
Heure d'évacuation : Heure d'arrivée :

Qualification du prestataire : Gyn. Médecin SPE Infirmier Autre :

Traitements reçus :

4/ PRISE EN CHARGE OBSTÉTRICALE

Diagnostic à l'entrée :

Gestes :

5/ COMMENTAIRES

Motif d'évacuation : Valable Non Valable

.....
.....
.....
Suivi grossesse : Bien mené Mal fait Non fait

.....
.....
.....
Délai d'évacuation : Normal Anormal

.....
.....
.....
Conditionnement : Bien mené Mal fait Non fait

.....
.....
.....
Prise en charge initiale : Bien mené Mal fait Non fait

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque ! »

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président du Jury

Vu :

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Pour le recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de
Dakar et par délégation

Le Doyen

RÉSUMÉ

Objectif

Le principal objectif de ce travail était d'évaluer le système de référence contre référence au service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine.

Matériels et Méthodes

Nous avons mené une étude prospective de type descriptif et analytique, réalisée à la maternité du Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine durant la période du 1^{er} Janvier 2016 au 30 Septembre 2016. La population d'étude était constituée des patientes évacuées présentant une pathologie gynécologique ou obstétricale.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avions colligé 1164 patientes évacuées au Centre Hospitalier National de Pikine, sur un total d'admission estimé à 3691 patientes soit une fréquence de 31,5%. Il s'agissait d'évacuations sanitaires pour raisons obstétricales chez 1073 patientes soit 92,2% et pour raisons gynécologiques chez 91 patientes soit 7,8%. L'âge moyen de nos patientes était de 27,9 ans avec des extrêmes de 6 à 60 ans. La parité moyenne était de 2,5 avec des extrêmes 0 et 11. La quasi-totalité était mariée (85,1%) et non scolarisée (32%). Les évacuées provenaient essentiellement des districts sanitaires de Mbao (24%), Keur Massar (23,3%), Guédiawaye (20%), Rufisque (14,1%) et de Pikine (6,8%). Selon les moyens de transport utilisés au cours de l'évacuation, 79% des patientes ont eu recours à un moyen de transport personnel et 12% ont eu recours à l'ambulance. Au cours du transfert de nos patientes, 53% détenaient une fiche de liaison, 21% avaient bénéficié d'un conditionnement. Les motifs d'évacuation étaient d'ordre organisationnel en rapport avec des difficultés de prise en charge (défaut de prise en charge, faute de bloc opératoire, de structures de réanimation et de néonatalogie, d'anesthésistes-réanimateurs). Les principaux diagnostics d'évacuation étaient représentés par les syndromes vasculo-rénaux et leurs complications avec 273 cas (22,1%), les anomalies fœto-annexielles avec 170 cas (13,8%), les anomalies de la hauteur utérine avec 139 cas (11,2%). La durée moyenne d'évacuation était de 142 minutes. Le délai de prise en charge était inférieur à 1 heure chez 12% des patientes, compris entre 1 heure et 2 heures chez 9% des patientes, supérieur à 2 heures chez 8,5% des évacuées. Seules 20% (236) des patientes avaient bénéficiées d'une prise en charge médicale ainsi que 5% (52) des patientes avaient eu une prise en charge obstétricale avant d'être évacuées. Aucune prise en charge chirurgicale n'avait pas été faite avant l'évacuation. L'issue de la grossesse avait été marquée par 37,9% (441) d'accouchement par voie basse, 48,5% (564) de césarienne. Néanmoins, 5 cas de décès maternels soit 0,4% avaient été déplorés et étaient principalement représentés par l'hémorragie du post-partum. Les complications maternelles étaient représentées principalement par les syndromes vasculo-rénaux et leurs complications (74 cas d'HRP, 34 cas d'éclampsie, 15 cas de syndrome HELLP) et par l'hémorragie du post-partum (29 cas). La mortalité néonatale représentait 12,5%.

Conclusion

Cette étude nous a permis de mettre en exergue les difficultés liées au fonctionnement du système de référence contre référence. Les évacuations obstétricales impactent considérablement sur le pronostic maternel et fœtal. Dès lors, il apparaît que d'énormes efforts doivent être consentis par les différents acteurs impliqués.

Mots clés : système de référence contre référence, évacuations obstétricales