

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

* * * * *

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

ANNEE 2021



N° 327

**PRONOSTIC MATERNEL ET PÉRINATAL DES PATIENTES
ÉVACUÉES EN MILIEU OBSTÉTRICAL**

THESE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

Présentée et soutenue publiquement

le 01/12/2021

par

Ibrahima Soriba GUEYE

201104H4U

MEMBRES DU JURY

Président	M.	Papa Moctar	FAYE	Professeur Titulaire
Membres	M.	Mamour	GUEYE	Professeur Assimilé
	M.	Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
	Mme	Mame Diarra	NDIAYE	Professeur Assimilé
Directeur	M.	Mamour	GUEYE	Professeur Assimilé
Co-directeur	M.	Mouhamadou	WADE	Praticien Hospitalier

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

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

DECANAT & DIRECTION

DOYEN

M.ABDOULAYE SAMB

PREMIER ASSESSEUR

M. BARA NDIAYE

DEUXIEME ASSESSEUR

M. MALICK FAYE

CHEF DES SERVICES ADMINSTRATIFS

M. HAMDIA TOULY

DAKAR, LE 1^{er} NOVEMBRE 2021

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

DECANAT & DIRECTION

DOYEN

M. ABDOULAYE SAMB

PREMIER ASSESSEUR

M. BARA NDIAYE

DEUXIEME ASSESSEUR

M. MALICK FAYE

CHEF DES SERVICES ADMINSTRATIFS

M. HAMDIA TOU LY

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 – 2021

I. MEDECINE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Fatou Diallo	AGNE	Biochimie Médicale
M. Abdoulaye	BA	Physiologie
Mme Mariame Guèye	BA	Gynécologie-Obstétrique
M. Momar Codé	BA	Neurochirurgie
M. Mamadou Diarrah	BEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. Amadou Gabriel	CISS	Chirurgie Cardio-vasculaire
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie – Obstétrique
M. Mamadou	CISSE	Chirurgie Générale
§M. Jean Marie	DANGOU	Anatomie et Cytologie Pathologie
M. Ahmadou	DEM	Cancérologie
M. Daouda	DIA	Gastro Entéro & Hépatologie
M. Mouhamadou Lamine	DIA	Bactériologie-Virologie
+*M. Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Bay Karim	DIALLO	O.R. L
M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
*M. Babacar	DIAO	Urologie
M. Maboury	DIAO	Cardiologie
§M. Alassane	DIATTA	Biochimie Médicale
M. Charles Bertin	DIEME	Orthopédie – Traumatologie
*Mme Marie Edouard Faye	DIEME	Gynécologie-Obstétrique
M. Madieng	DIENG	Chirurgie Générale
*M. Mame Thierno	DIENG	Dermatologie-Vénérologie
M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie Thoracique Cardiovasculaire
M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Mamadou	DIOP	Anatomie
M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
M. Saliou	DIOP	Hématologie – Clinique
Mme Sokhna BA	DIOP	Radiologie
M. Alassane	DIOUF	Gynécologie – Obstétrique
Mme Elisabeth	DIOUF	Anesthésie-Réanimation
M. Raymond	DIOUF	O.R. L
M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie
Mme Awa Oumar Touré	FALL	Hématologie – Biologique
M. Papa Ahmed	FALL	Urologie
M. Adama	FAYE	Santé Publique
M. Babacar	FAYE	Parasitologie
M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
*M. Papa Moctar	FAYE	Pédiatrie
Mme Louise	FORTES	Maladies Infectieuses
§M. Lamine	GUEYE	Physiologie
M. Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
M. El Hadji Fary	KA	Néphrologie
+*M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne

M. Ousmane	KA	Chirurgie Générale
M. Abdoul	KANE	Cardiologie
M. Oumar	KANE	Anesthésie – Réanimation
M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie Métabolisme & Nutrition
Mme Fatimata	LY	Dermatologie-Vénérologie
M. Alassane	MBAYE	Cardiologie
Mme Ndèye Maïmouna Ndour	MBAYE	Médecine Interne
*M. Mouhamadou	MBENGUE	Hépto/Gastroentérologie
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique/Med Nucleaire
M. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie – Obstétrique
M. Philippe Marc	MOREIRA	Gynécologie – Obstétrique
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie-Ortho-Traumatologie
Mme Fatou Samba Diago	NDIAYE	Hématologie Clinique
M. Issa	NDIAYE	O.R. L
M. Mouhamadou Bamba	NDIAYE	Cardiologie
M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie
M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
Mme Ndèye Fatou Coulibaly	NDIAYE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ousmane	NDIAYE	Pédiatrie
M. Papa Amadou	NDIAYE	Ophtalmologie
*M. Souhaïbou	NDONGO	Médecine Interne
*M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M. Alain Khassim	NDOYE	Urologie
M. Jean Marc Ndiaga	NDOYE	Anatomie& Organogénèse
M. Oumar	NDOYE	Biophysique& Médecine Nucléaire
M. Gabriel	NGOM	Chirurgie Pédiatrique
*M. Abdou	NIANG	Néphrologie
M. El Hadji	NIANG	Radiologie
M. Lamine	NIANG	Urologie
Mme Suzanne Oumou	NIANG	Dermatologie-Vénérologie
M. Abdoulaye	POUYE	Médecine Interne
Mme Paule Aïda Ndoeye	ROTH	Ophtalmologie
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
Mme Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Plastique et reconstructive
Mme Anna	SARR	Médecine Interne
*M. Ibrahima	SECK	Santé Publique & Préventive
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
Mme Aïda	SYLLA	Psychiatrie d'Adultes
M. Assane	SYLLA	Pédiatrie
§M. Cheickna	SYLLA	Urologie
M. Abdourahmane	TALL	O.R. L
M. Mamadou Habib	THIAM	Psychiatrie d'Adultes
M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
Mme Nafissatou Oumar	TOURE	Pneumo-phtisiologie

+ Disponibilité

* Associé

§ Détachement

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Abou	BA	Pédiatrie
Mme Aïssata Ly	BA	Radiologie
*M. El Hadji Makhtar	BA	Psychiatrie d'adultes
M. Idrissa	BA	Pédopsychiatrie
M. Idrissa Demba	BA	Pédiatrie
Mme Mame Sanou Diouf	BA	O.R. L
M. Pape Salmane	BA	Chirurgie Thoracique & CardioVasculaire
M. Mamadou Diawo	BAH	Anesthésie-Réanimation
Mme Marie Louise	BASSENE	Hépatogastro-entérologie
M. El Hadji Amadou Lamine	BATHILY	Biophysique Médicale & Nucléaire
M. Malick	BODIAN	Cardiologie
M. Momar	CAMARA	Psychiatrie
Mme Fatou	CISSE	Biochimie Médicale
§M. Mamadou Lamine	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamadou	COUME	Gériatrie
M. Richard Edouard Alain	DEGUENONVO	O.R. L
M. Hamidou	DEME	Radiologie & Imagerie Médicale
M. Ngor Side	DIAGNE	Rééducation Fonctionnelle
M. Chérif Mouhamed Moustapha	DIAL	Anatomie Pathologique
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
Mme Mama Sy	DIALLO	Histologie-Embryologie
Mme Viviane Marie Pierre Cissé	DIALLO	Maladies Infectieuses
M. Boubacar Ahy	DIATTA	Dermatologie-Vénérologie
M. Souleymane	DIATTA	Chirurgie Thoracique
M. Demba	DIEDHIOU	Médecine Interne
Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie Pathologique
*M. Mamadou Moustapha	DIENG	Cancérologie
Mme Seynabou Fall	DIENG	Hématologie Clinique
M. Boundia	DJIBA	Médecine Interne
M. Abdoulaye Dione	DIOP	Radiologie
M. Assane	DIOP	Dermatologie-Vénérologie
M. Ousseynou	DIOP	Biophysique & Médecine Nucléaire
M. Abdoul Aziz	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Assane	DIOUF	Maladies Infectieuses
M. Momar	DIOUM	Cardiologie
M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
M. Lamine	FALL	Pédopsychiatrie
Mme Anna Modji Basse	FAYE	Neurologie
Mme Fatou Ly	FAYE	Pédiatrie & Génétique Médicale
§Mme Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
M. Magaye	GAYE	Anatomie-Chirurgie vasculaire
M. Pape Macoumba	GAYE	Radiothérapie
Mme Mame Diarra Ndiaye	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamour	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Modou	GUEYE	Pédiatrie
M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
M. Daye	KA	Maladies Infectieuses
M. Ibrahima	KA	Chirurgie Générale
M. Sidy	KA	Cancérologie
M. Baïdy Sy	KANE	Médecine Interne

Mme Yacine Dia	KANE	Pneumo-phtisiologie
M. Amadou Ndiassé	KASSE	Orthopédie-Traumatologie
M. Younoussa	KEITA	Pédiatrie& Génétique Médicale
M. Charles Valérie Alain	KINKPE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ahmed Tall	LEMRAHOTT	Néphrologie
Mme Fatou Aw	LEYE	Cardiologie
M. Mamadou Makhtar Mbacké	LEYE	Médecine Préventive
M. Papa Alassane	LEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Aïnina	NDIAYE	Anatomie
M. Ciré	NDIAYE	O.R.L
M. Lamine	NDIAYE	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. Maodo	NDIAYE	Dermatologie-Vénéréologie
+*M. Papa	NDIAYE	Médecine Préventive
M. Papa Ibrahima	NDIAYE	Anesthésie Réanimation
M. Boucar	NDONG	Biophysique & Médecine Nucléaire
Mme Ndèye Dialé Ndiaye	NDONGO	Psychiatrie d'Adultes
Mme Maguette Mbaye	NDOUR	Neurochirurgie
M. Oumar	NDOUR	Chirurgie Pédiatrique
Mme Marie Diop	NDOYE	Anesthésie-Réanimation
Mme Ndèye Aby	NDOYE	Chirurgie Pédiatrique
M. Aliou Alassane	NGAÏDE	Cardiologie
M. Babacar	NIANG	Pédiatrie& Génétique Médicale
*M. Mouhamadou Mansour	NIANG	Gynécologie-Obstétrique
M. Aloïse	SAGNA	Chirurgie Pédiatrique
Mme Magatte Gaye	SAKHO	Neurochirurgie
Mme Abibatou	SALL	Hématologie Biologique
M. Simon Antoine	SARR	Cardiologie
M. Mamadou	SECK	Chirurgie Générale
M. Moussa	SECK	Hématologie Clinique
Mme Sokhna	SECK	Psychiatrie d'adultes
Mme Marième Soda Diop	SENE	Neurologie
M. Mohamed Maniboliot	SOUMAH	Médecine Légale
M. Aboubacry Sadikh	SOW	Ophtalmologie
Mme Adjaratou Dieynabou	SOW	Neurologie
M. Abou	SY	Psychiatrie d'adultes
M. Khadime	SYLLA	Parasitologie-Mycologie
M. Alioune Badara	THIAM	Neurochirurgie
M. Ibou	THIAM	Anatomie Pathologique
Mme Khady	THIAM	Pneumo-phtisiologie
M. Aliou	THIONGANE	Pédiatrie & Génétique Médicale
M. Mbaye	THIOUB	Neurochirurgie
M. Alpha Oumar	TOURE	Chirurgie Générale
M. Silly	TOURE	Stomatologie & Chirurgie maxillofaciale
M. Mamadou Mour	TRAORE	Anesthésie-Réanimation
M. Cyrille	ZE ONDO	Urologie

+ Disponibilité

*Associé

§ Détachement

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Léra Géraud Cécil Kévin	AKPO	Radiologie & Imagerie Médicale
Mme Ndèye Marème Sougou	AMAR	Santé Publique
M. Nfally	BADJI	Radiologie& Imagerie Médicale
M. Djibril	BOIRO	Pédiatrie& Génétique Médicale
Mme Maïmouna Fafa	CISSE	Pneumologie
Mme Mariama Safiétou Ka	CISSE	Médecine Interne
M. Mohamed	DAFFE	Orthopédie-Traumatologie
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie
M. Mohamed Tété Etienne	DIADHIYOU	Gynécologie-Obstétrique
M. Saër	DIADIE	Dermatologie-Vénérologie
M. Jean Pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
Mme Nafissatou	DIAGNE	Médecine Interne
Mme Salamata Diallo	DIAGNE	Hépatologie / Gastro-Entérologie
M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
M. Moussa	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
M. Mor	DIAW	Physiologie
Mme Aïssatou Seck	DIOP	Physiologie
M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
M. Momar Sokhna dit Sidy Khoya	DIOP	Chirurgie Cardio-vasculaire
M. Mayassine	DIONGUE	Santé Publique
M. Maouly	FALL	Neurologie
M. Mbaye	FALL	Chirurgie Infantile
M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
M. Blaise Félix	FAYE	Hématologie Clinique
Mme. Maria	FAYE	Néphrologie
M. Omar	GASSAMA	Gynécologie-Obstétrique
M. Ndiaga Matar	GAYE	Neurologie
M. Alioune Badara	GUEYE	Orthopédie Traumatologie
M. Mamadou Ngoné	GUEYE	Gastro-Entérologie& Hépatologie
M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
Mme Ndèye Aïssatou	LAKHE	Maladies Infectieuses& Tropicales
M. Yakham Mohamed	LEYE	Médecine Interne
Mme Indou Dème	LY	Pédiatrie
*M. Birame	LOUM	O.R. L & Chirurgie cervico-faciale
Mme Aminata Diack	MBAYE	Pédiatrie
Mme Fatimata Binetou Rassoule	MBAYE	Pneumophtisiologie
Mme Khardiata Diallo	MBAYE	Maladies Infectieuses
M. Papa Alassane	MBAYE	Chirurgie Pédiatrique
Mme Awa Cheikh Ndao	MBENGUE	Médecine Interne
M. Magatte	NDIAYE	Parasitologie-Mycologie
§M. Khadim	NIANG	Médecine Préventive
M. Aliou Abdoulaye	NDONGO	Pédiatrie
M. Ndaraw	NDOYE	Neurochirurgie
M. Moustapha	NIASSE	Rhumatologie
Mme Marguerite Edith D.	QUENUM	Ophtalmologie
M. Lamine	SARR	Orthopédie Traumatologie
Mme Nafy Ndiaye	SARR	Médecine Interne
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie
*M. Babacar	SINE	Urologie
M. Abdou Khadir	SOW	Physiologie

§M. Doudou
M. Ousmane
M. Souleymane
*M. Jean Augustin Diégane

SOW
THIAM
THIAM
TINE

Parasitologie-Mycologie
Chirurgie Générale
Biochimie–BiologieMoléculaire
Santé Publique-Epidémiologie

+Disponibilité
*Associé
§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Houra	AHMED	O.R.L
Mme Aïssatou	BA	Pédiatrie
M. El Hadji Boubacar	BA	Anesthésie-Réanimation
M. Massamba	BA	Gériatrie
Mme Nafissatou Ndiaye	BA	Anatomie Pathologique
Mme Djénéba Fafa	CISSE	Pédiatrie
M. Ousmane	CISSE	Neurologie
M. Abdoulaye	DANFA	Psychiatrie
M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Gabriel Nougignon Comlan	DEGUENONVO	Anatomie Pathologique
M. Sidy Ahmed	DIA	Médecine du Travail
M. Souleymane	DIAO	Orthopédie-Traumatologie
M.Papa Amath	DIAGNE	Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire
Mme Armandine Eusébia. Roseline	DIATTA	Médecine du Travail
Mme Yaay Joor Koddu Biigé	DIENG	Pédiatrie
M. Baïdy	DIEYE	Bactériologie-Virologie
M. Ndiaga	DIOP	Histologie-Embryologie etCytogénétique
M. Doudou	DIOUF	Cancérologie
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Pédopsychiatrie
M. Mamoudou Salif	DJIGO	Biophysique & Médecine Nucléaire
M. Biram Codou	FALL	Médecine Interne
M. Cheikh Binetou	FALL	Parasitologie-Mycologie
Mme Marième Polèle	FALL	Hépatogastro-entérologie
M. Moustapha	FAYE	Néphrologie
M. Mamadou Lassana	FOBA	Chirurgie Plastique et reconstructive
M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie Pathologique
Mme Mame Vénus	GUEYE	Histologie-Embryologie
Mme Salimata Diagne	HOUNDJO	Physiologie
M. Mohamed	JALLOH	Urologie
M. Soulye	LELO	Parasitologie et Mycologie
M. Isaac Akhénaton	MANGA	Parasitologie et Mycologie
M. Mansour	MBENGUE	Néphrologie
M. Joseph Salvador	MINGOU	Cardiologie
M. Joseph Matar Mass	NDIAYE	Ophtalmologie
Mme. Mame Téné	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
M. Mouhamadou Makhtar	NDIAYE	Stomatologie & Chirurgie maxillo-faciale
M. Ibrahima	NDIAYE	Psychiatrie
M. Michel Assane	NDOUR	Médecine Interne
M. El Hadji Oumar	NDOYE	Médecine Légale
Mme. Médina	NDOYE	Urologie
Mme Aïssatou Ahmet	NIANG	Bactériologie-Virologie
M. Abdourahmane	SAMBA	Biochimie
M. Alioune	SARR	Urologie
M. El Hadji Cheikh Ndiaye	SY	Neurochirurgie
M. El Hadji Malick	SY	Ophtalmologie
M. Amadou	SOW	Pédiatrie
M. Djiby	SOW	Médecine Interne
Mme Maïmouna	TOURE	Physiologie
Mme Racky	WADE	Anatomie et Organogenèse Option Psychiatrie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

II. PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Makhtar	CAMARA	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata Sall	DIALLO	Physiologie
Mme Rokhaya Ndiaye	DIALLO	Génétique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
*M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
M. Yérin Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Alioune Dior	FALL	Pharmacognosie
M. Mamadou	FALL	Toxicologie
M. Papa Madièye	GUEYE	Biochimie
M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
Mme Ndèye Coumba Touré	KANE	Bactériologie-Virologie
M. Gora	MBAYE	Physique Pharmaceutique
M. Babacar	MBENGUE	Immunologie
M. Bara	NDIAYE	Chimie Analytique
M. Daouda	NDIAYE	Parasitologie
Mme Maguette Dème Sylla	NIANG	Immunologie
Mme Philomène Lopez	SALL	Biochimie
M. Mamadou	SARR	Physiologie
M. Serigne Omar	SARR	Chimie Analytique & Bromatologie
M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique
M. Alassane	WELLE	Chimie Thérapeutique

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Aïda Sadikh	BADIANE	Parasitologie
Mme Kady Diatta	BADJI	Botanique & Cryptogamie
M. William	DIATTA	Botanique et Biologie végétale
MmeThérèse	DIENG	Parasitologie
M. Amadou	DIOP	Chimie Analytique
M. Cheikh	DIOP	Hydrologie
M. Louis Augustin D.	DIOUF	Physique et Biophysique
M. Ahmadou Bamba Koueimel	FALL	Pharmacie Galénique
*M. Babacar	FAYE	Biologie Moléculaire et cellulaire
M. Macoura	GADJI	Hématologie
Mme Rokhaya Sylla	GUEYE	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Youssou	NDAO	Droit et Déontologie Pharmaceutiques
Mme Arame	NDIAYE	Biochimie
*Mme Halimatou Diop	NDIAYE	Bactériologie-Virologie
M. Mouhamadou	NDIAYE	Parasitologie-Mycologie
Mme Mathilde M.P. Cabral	NDIOR	Toxicologie
M. Idrissa	NDOYE	Chimie Organique
M. Abdoulaye	SECK	Bactériologie-Virologie
*M. Mame Cheikh	SECK	Parasitologie-Mycologie

M. Madièye
Mme Awa Ndiaye
Mme Fatou Gueye
M. Yoro
Mme Aminata

SENE
SY
TALL
TINE
TOURE

Pharmacologie
Pharmacologie
Biochimie
Chimie Organique
Toxicologie

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

*M. Firmin Sylva	BARBOZA	Pharmacologie
M. Mamadou	BALDE	Chimie Physique Générale
Mme Awa Ba	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Adama	DIEDHIOU	Chimie Thérapeutique & Organique
M. Assane	DIENG	Bactériologie-Virologie
M. Khadim	DIONGUE	Parasitologie-Mycologie
Mme Absa Lam	FAYE	Toxicologie
Mme. Rokhaya	GUEYE	Chimie Analytique & Bromatologie
*M. Moustapha	MBOW	Immunologie
*M. Mamadou	NDIAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. El Hadji Malick	NDOUR	Biochimie
M. Mbaye	SENE	Physiologie
M. Papa Mady	SY	Biophysique

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Fatoumata	BAH	Toxicologie
Mme. Néné Oumou Kesso	BARRY	Biochimie Pharmaceutique
M. Oumar	BASSOUM	Epidémiologie et Santé publique
M. Serigne Ibra Mbacké	DIENG	Pharmacognosie
M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique Humaine
M. Moussa	DIOP	Pharmacie Galénique
M. Alphonse Rodrigue	DJIBOUNE	Physique Pharmaceutique
*M. Moustapha	DJITE	Biochimie Pharmaceutique
M. Djiby	FAYE	Pharmacie Galénique
*M. Gora	LO	Bactériologie-Virologie
M. Abdou	SARR	Pharmacognosie
Mme Khadidiatou	THIAM	Chimie Analytique & Bromatologie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

III. CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Khady Diop	BA	Orthopédie Dento-Faciale
M. Khaly	BANE	Odontologie Conservatrice
Mme Fatou Lèye	BENOIST	Odontologie Conservatrice
M. Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
Mme Adam Marie Seck	DIALLO	Parodontologie
M. Joseph Samba	DIOUF	Orthopédie Dento-Faciale
M. Babacar	FAYE	Odontologie Conservatrice
M. Daouda	FAYE	Santé Publique
*M. Moctar	GUEYE	Prothèse Dentaire
M Cheikh Mouhamadou M.	LO	Santé Publique
M. El Hadj Babacar	MBODJ	Prothèse Dentaire
M. Papa Ibrahima	NGOM	Orthopédie Dento-Faciale
M. Mouhamed	SARR	Odontologie Conservatrice
Mme Soukèye Dia	TINE	Chirurgie Buccale
§M. Babacar	TOURE	Odontologie Conservatrice

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Adjaratou Wakha	AIDARA	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Parodontologie
M. Massamba	DIOUF	Santé Publique
Mme Aïssatou Tamba	FALL	Pédodontie-Prévention
M. Malick	FAYE	Pédodontie
*M. Moctar	GUEYE	Prothèse Dentaire
*M. Mouhamadou Lamine	GUIRASSY	Parodontologie
Mme Aïda	KANOUTE	Santé Publique Dentaire
M. Papa Abdou	LECOR	Anatomo-Physiologie
§Mme Charlotte Faty	NDIAYE	Chirurgie Buccale
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
M. Babacar	TAMBA	Chirurgie Buccale

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Mamadou	DIATTA	Chirurgie Buccale
Mme Mbathio	DIOP	Santé Publique
Mme Binetou Cathérine	GASSAMA	Chirurgie Buccale
M. Pape Ibrahima	KAMARA	Prothèse Dentaire
M. Cheikh	NDIAYE	Prothèse Dentaire
Mme Diouma	NDIAYE	Odontologie Conservatrice
M. Mamadou Lamine	NDIAYE	Radiologie Dento maxillo-Faciale
M. Seydina Ousmane	NIANG	Odontologie Conservatrice
Mme Farimata Youga Dieng	SARR	Matières Fondamentales
Mme Anta	SECK	Odontologie Conservatrice
Mme Soukèye Ndoeye	THIAM	Odontologie Pédiatrique
Mme Néné	THIOUNE	Prothèse Dentaire

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

M. Alpha	BADIANE	Orthopédie Dento-Faciale
Mme Khady	BADJI	Prothèse Dentaire
Mme Binta	CISSE	Prothèse Dentaire
M. Ahmad Moustapha	DIALLO	Parodontologie
M. Mamadou Tidiane	DIALLO	Odontologie Pédiatrique
M. Mor Nguirane	DIENE	Odontologie Conservatrice
M. Amadou	DIENG	Santé Publique
*M. Khalifa	DIENG	Odontologie Légale
M. Serigne Ndam	DIENG	Santé Publique
M. El Hadji Ciré	DIOP	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Odontologie Pédiatrique
Mme Ndèye Nguiniane Diouf	GAYE	Odontologie Pédiatrique
M. Mouhamad	KANE	Chirurgie Buccale
M. Alpha	KOUNTA	Chirurgie Buccale
M. Oumar Harouna	SALL	Matières Fondamentales
M. Sankoug	SOUMBOUNDOU	Odontologie Légale
M. Diabel	THIAM	Parodontologie
M. Amadou	TOURE	Prothèse Dentaire

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A'oudhou billahi mina shaytan rajim

Bismillahi Rahmani Rahim

Louange à ALLAH, le tout puissant, le miséricordieux

Louange à son prophète Mohamed (PSL)

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 Muhaymin

Al Azizou

Al Ghafurou

Al Adlou

Lumière des lumières

Guide-nous vers An Nour

Je dédie ce travail à :

A ma Mère : Jatou JOHN

À ma douce maman Jatou John,

Ma partenaire de tous les moments toujours au sourire écarlate. Ma mère est une belle rose qui parfume tous les jours le jardin de mon cœur endolori, chacune de ses paroles panse mon cœur et a fait de moi la personne que je suis devenue.

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 vraie battante, d'une bonté sans nul égal, d'une générosité exquise qui tarit tous mes maux, I Love You Maman.

Les mots me manquent pour te glorifier ; depuis ma naissance, tous mes tracassés 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'appris la dignité dans l'adversité, le sens de l'honneur et des valeurs. À la veille de mes examens, tu ne cessais d'égrener ton chapelet et ceci encore jusqu'à aujourd'hui. À toutes mes veillées, tu m'assistais à distance en étant sur ton tapis de prière. Tu demeures ma seule et unique confidente, 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.

Les mots du dictionnaire ne sauraient écrire ce que je ressens quand je vois à travers tes yeux l'amour que tu portes à tout un chacun et ceci est juste incroyable.

Je risque de dupliquer ma thèse en écrivant sur toi mais sache que Inch-Allah Rabi 'Juur Gua Goore Tei Ndam Rek Guay Ame. Dieureuf Yaye Boy. Contane Na'

A mon papa : Abdallah Aboubacar Souleymane GUEYE

J'ai l'habitude de dire que tu demeures mon point faible de par l'image que tu me transmets depuis mon tout jeune âge et l'amour que tu me portes.

Tu es une motivation et aussi une force secrète pour moi. Ta personne est d'importance inestimable à mes yeux 'Padre'.

Tu m'as appris à faire face aux obstacles. 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.

A ma chère et tendre épouse, ma douce moitié Astou MAR

J'ai l'habitude de dire à ma mère que tu es en train de prendre le relais car je te vois en elle. Te décrire pour ensuite te remercier pourrait faire la distance qui nous sépare car étant longue. 'Mar Yacine Penda Bigué ak Mar Dougou Dougou Waguane Tarkhissoo Wagane ' comme j'ai l'habitude de t'appeler, merci pour tout, ton amour, ta tendresse, tes prières, ta joie de vivre et merci d'être ma femme car chaque jour je remercie le bon Dieu de m'avoir donné une femme comme toi. Ma fierté envers toi reste incommensurable reflétant moins mon amour pour toi qui reste inimaginable.

Merci d'avoir été là durant les moments difficiles et de me supporter dans chaque moment. Puisse ce travail être à la hauteur de ton espérance et de ta dévotion pour sa réalisation.

'I love you so much my Everything'

A mes frères et sœurs

Cheikh Djelany Gueye

Ta personne est l'exemple typique de la famille et de l'amour fraternel. Tu es la personne qui se fatigue tout le temps pour moi en veillant si tout se passe bien de mon côté. J'ai une estime incommensurable à ton égard et te dis que tu es un vrai 'JAMBAR'. Que Dieu puisse t'accorder une longue vie pleine de réussite et de bonheur avec toute ta famille. Merci Grand !

Papa Idrissa Gueye

Tu es un exemple et une source de motivation pour moi car je me rappelle étant jeune je me glorifiai d'avoir un grand frère qui a fait le Prytanée Militaire puis l'École Militaire de Santé. Si la voie de la médecine m'accompagne aujourd'hui en grande partie c'est à cause de toi. Merci pour les conseils et ta générosité.
'Kén Du Yaaw Borom Niiari Galon Yi'

Fatou Kiné Gueye

En 29 ans d'existence tu es la seule personne que j'ai vu qui ne fâche jamais et qui est toujours souriante avec une âme saine. Je dis toujours à ma mère 'Kine est ce que dou Waliouw' car tu m'impressionnes de par ton caractère et ta générosité. Je sais pas quoi te dire parce que j'ai l'impression que tout ce que je dis ne reflètera pas le centième de ta personne en matière de bonté. Mais, normal si on regarde ta maman. Je remercie Dieu de m'avoir donné une grande sœur comme toi.

Rabiatou Aidara Gueye

Tu représentes la gentillesse à l'état pur. Une personne avec un cœur en or, tu cherches toujours à faire plaisir et aider. Tu es, comme à l'image de ta grande sœur, des êtres magnifiques. Merci également pour soutien et cette pression constante mise pour la réussite de ma thèse. Que le bon Dieu de préserve.

Moustapha Cherif Tanor Gueye

À l'image exemplaire de notre cher aîné Cheikh Djelany, tu es certes le plus petit mais très à l'écoute. Je te souhaite une longue vie pleine de réussite car tu en es à tes tout début. Keep Going !

A Mouhamadou Wade

Merci beaucoup pour le travail accompli et à ta compréhension par rapport la pression que je te mettais pour finir vite.

J'ai toujours l'habitude de dire à ta femme que nul n'est parfait mais tu demeures l'un des meilleurs maris et homme que je connais.

Merci d'être cette personne formidable, gentille et très réceptive que puisse être la situation.

Merci d'avoir accepté d'être mon co-directeur de thèse.

Ami et beau-frère je te souhaite une très belle réussite professionnelle accomplie de titre de Professeur Titulaire.

A mes belles-sœurs Marie Jeanne Faye, Ndeye Aissatou Mbengue, Yaye Aïssatou Niasse

À chacune d'entre vous je vous dis merci. Vous êtes des êtres formidables. Nulle distinction entre vous et mes sœurs. Toujours présentes et serviables je ne vous remercierai jamais. 'Keine Dou Yene'

A ma maman Sophie John

Si ma maman n'a pas ressenti le manque d'amour maternel c'est grâce à l'amour et aux soins que tu lui procurais.

Que Dieu te garde

A Djibril Sakhoba Yansane

Merci de m'avoir pris sous tes ailes et de m'avoir guidé sur mon cursus. Les mois passés avec toi ont davantage confirmé la personne exceptionnelle que tu es. 'Jambar' comme j'ai l'habitude de t'appeler je ne te remercierai jamais assez. Je finissais tous les poulets du frigo et boissons et tu le faisais avec le sourire. Que le bon Dieu te garde et puisse faire de toi le meilleur des directeurs hospitaliers si ce n'est déjà le cas et futur ministre de la santé de ce pays. AMEN !

A ma sœur et confidente Adèle Gueye

Merci pour ta sincérité et ta présence durant toutes ces années de galère à la faculté de Médecine. Tu es et restes une personne formidable. L'estime que j'ai envers toi demeure incommensurable. Que le bon Dieu te garde et qu'une excellente carrière professionnelle t'accompagne.

A Oulimata Mme Yansané

Merci grande sœur pour tes conseils et ta disponibilité. Tu es l'une des personnes que j'estime le plus de par ton caractère et ta spiritualité. Merci d'être cette source de soulagement à mon égard. C'est toujours un plaisir de te parler car tu reflètes que des ondes positives.

A ma maman Mère Gana Ndiaye

Tu représentes la maman, la partenaire et la conseillère. Discuter avec toi m'enrichit chaque jour car tu es rempli de sagesse et de bonté. Tu fais partie des rares personnes à qui je peux rester assis pendant des heures sans sentir l'heure passée. Merci pour cette présence vivante dans ma vie. Que Dieu te protège.

A ma maman Ndeye Fall

Trop unique pour te décrire, tu es et resteras à l'image de ma mère.

A ma grand-mère Oulimata Cissé

Tu m'as bercé depuis mon plus jeune âge. Merci pour tout grand-mère. Que Dieu puisse te donner une longue vie.

A ma maman Marie Ba

Tu représentes la maman que tout le monde voudrait avoir. Je pourrai écrire un livre sur ta gentillesse. Je remercie Dieu de t'avoir à mes côtés. Que le tout-puissant te garde

A ma maman Fatou Toure

A ma maman Barki John

A ma maman Amy Diawara

A ma belle famille

Merci pour le soutien et les prières. Vous êtes devenu des personnes capitales pour moi et je remercie le bon Dieu de m'avoir fait rencontrer une aussi belle famille. Mention spéciale à Fatim Gueye 'Sama Domou Baye' et Ndeye Mar

A la famille Yansané

Ma famille de toujours je vous aime.

A mes oncles Bassirou John, Cheikh John et Khalif John

Merci pour tous les conseils prodigues et tout l'amour que vous portez à ma maman.

A mon frère Abdoulaye Toupiane et sa femme Myriam

Merci d'être un frère et ami . Tu représentes la gentillesse sur toutes ses formes. On a traversé beaucoup d'épreuves ensemble et les mots ne suffiront pas. Doundeul Jambar.

A mon ami et frère Sekou Baila Diatta

Merci pour tout 'Boy'. Les mots ne sont pas suffisants pour te décrire. Je mets juste cette phrase de garde pour te dire 'Dieureujeuf Doundeul'

A mes frères Mohamed Dramé (Siir), Biram Sarr, Grand Laye, Papa Taruu

Merci à vous pour ces années d'amitié et celles à venir. Vous êtes des personnes entières qui incarnent la bonté et la splendeur dans toute sa forme. Nous sommes passés par toute sorte d'étape et en sortons grands. Aujourd'hui nos chemins sont liés pour la vie. Que Dieu vous garde car les mots ne suffiront jamais pour décrire nos trajets depuis notre connaissance. Djeureudjeuf sama Djambar yi.

A mon ami et frère Rene Mbabou Gomis et Famille Gomis

Tu es l'exemple typique de la bonté et de la gentillesse. Ceci est un remerciement qui ne cessera jamais car ayant été là dans des moments très compliqués ; tu as su m'épauler, m'aider et m'héberger sans rechigner ou montrer quelconque visage qui pourrait me mettre mal l'aise sachant que mon appartement était juste à côté. Je t'estime de par la pureté que tu reflètes, la personne formidable que tu es. Ceci est le reflet de ta famille qui a su également m'accueillir et me montrer l'amour qu'elle porte envers moi. Chaque Dimanche je squatte chez la famille manger tous votre 'Tiep' et c'est avec plaisir que la famille s'occupe de moi. Merci Père François Gomis, à maman Ndeye Marie Preira. Merci également à Célestine Thérèse Gomis, Margot Anna Gomis, Vincent Thilithiou Gomis et Sandrine Virginie Gomis.

Je remercie également ta femme Anna Rodriguez Blanco Mme Gomis pour sa gentillesse et son attention. Tu es une femme exemplaire et battante. Merci pour ta force et l'énergie positive comblée que gentillesse que tu nous envoies à chaque fois. Je te dois beaucoup car sans toi beaucoup de choses seraient encore au point de départ. Meri a toi et un gros bisous au petit Bruno Gomis.

Au professeur Momar Dioum

En dehors du cadre scientifique, je me permets de vous tutoyer car tu es mon ami et j'ai énormément d'estime pour toi. Votre simplicité fait l'unanimité. Merci Prof

A ENS family

Sira Tall, Madjiguene Pouye, Amy Kane Ndiaye, Mouhamadou Ngom, Bamba Mbengue et sa femme Khadija , Malick Gueye, Cherif Aidara Ndiaye , Seynabou Mbow, Nafie Boye, Aida Niang, Coumba Ndiaye, Serigne Mbacke Mbengue, Michel Dovonou , Boubacar Gueye et sa femme Codou Faye, Mbaye Gaye, Omar Timonier, Rosali Niang, Arona Sidibe, Abou Tall, Binta Seck , Ndeye Fatou Ba, Mame Diarra Bousso Niang, Cheikh Diene Niang, Daouda Niang, Bintou Gueye, Ibrahima Ndiaye, Cheikhouna Cissé , Awa kane, Marième Yakhya Ly, Lamine Cissé, Fatou Lindor Seck et Moussa Ndiaye.

Vous êtes ma deuxième famille, grâce à vous je n'ai pas senti passer ces huit ans. Merci pour toutes ces années d'amitié et d'entraide. Que le Dieu Tout-Puissant accompagne chacun de nous afin que nous puissions réaliser nos rêves de grands médecins.

A la team Topo

Merci à vous tous pour ces années passées de dur labeur depuis le lycée jusqu'à la Faculté de Médecine. Je vous souhaite à tout un chacun une excellente suite de carrières professionnelles.

Dr Pape Samba DIABAKHATE, El Hadj Boubacar GUEYE, Dr Ababacar Niakhana FALL, Sira TALL, Abdou Khadre KANE, Dr Zeynab Blondin DIOP, Diéynaba Bassine BALDE. Bineta DIOUF, Ndèye Dieynaba DIOP, Michel DOVONOU, Dr Mamadou DIANKO. Dr Mame Astou SECK, Dr Serigne Mbacké Bousso Mbengue, Dr Marème Lala SARR, Dr Rebeka BIAYE, Mohamed SOW. Dr Muhammadou NDOYE, Oliviere Pierrette Dié DIOUF.

A la Team Wakanda

Merci à vous la team. Certes la salle de sports nous a réunis à travers une petite passion mais aujourd'hui on est devenu plus que frères.

A la Team Kurukang Fuga

Merci à tout un chacun. Nous avons grandi ensemble dans le quartier de sacre cœur 3 en partageant amour et passions. Merci d'être toujours présent. Que le bon Dieu puisse nous donner santé et réussite que l'on puisse davantage se retrouver dans une réussite individuelle et totale.

A Marodi Tv

Un très grand MERCI à commencer par le président Massamba NDOUR qui a cru en moi dès le premier regard et qui aujourd'hui à impacter sur toute ma vie positivement. Les mots ne suffiront jamais. Merci également aux personnels et acteurs de l'entreprise car tout a chacun a eu à impacter de près ou de loin sur ma carrière.

Je vous souhaite d'être et de continuer à rester les meilleurs. Mention spéciale a Pape Omar Diop alias POD et Nicole DIOUF. Que le bon Dieu vous garde.

À la famille Anne de Kolda

À mes Professeurs du Lycée Mr Sarr SVT et Mrs Diakhate Anglais

À l'équipe de football de l'ASC Sacre Cœur

À l'école Saint Thomas de Villeneuve de Joal Fadiouth

Au Lycée Thiermo Saidou Nourou Tall

Au personnel du service de gynécologie de PMS

Au personnel de la cardiologie de FANN

Au personnel de la cardiologie de DANTEC

Au personnel de l'hôpital régional de Kolda

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maitre et Président de jury

Monsieur le Pr Papa Moctar FAYE

Cher Maître, vous nous avez honorés en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos nombreuses occupations.

La qualité de vos enseignements et votre rigueur dans le travail font de vous une référence incontestable.

Veillez accepter ce travail cher maitre, en gage de notre grand respect et notre sincère gratitude pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

A notre Maitre et Juge

Monsieur le Professeur Abdoul Aziz DIOUF

C'est un honneur et une fierté de vous compter parmi les membres de ce jury.
Votre amour pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique font de vous un homme admirable.

Trouvez ici, Cher Maître, l'assurance de notre profond respect.

A notre Maitre et Juge

Madame la Professeure Mame Diarra Ndiaye GUEYE

Votre présence au sein de ce jury nous honore au plus haut point. Nous sommes très sensibles par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'évaluer ce travail.

Veillez recevoir, Cher Maître, le témoignage de notre respectueuse considération.

A notre Maître et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Mamour GUEYE

Cher Maître, les mots ne suffisent pas pour vous exprimer toute notre gratitude. Votre noblesse d'âme, votre disponibilité, votre rigueur et votre encadrement d'une rare qualité scientifique sont tant de qualités qui m'a beaucoup marqué lors de la réalisation de ce travail.

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.

A notre maitre et co-directeur de thèse
Monsieur le Docteur Mouhamadou WADE

C'est un immense plaisir de vous compter parmi les membres de ce jury.

Nous avons été marqués par votre gentillesse, votre simplicité et vos qualités humaines et professionnelles.

Soyez assurés cher maître, de notre profond respect et de notre gratitude.

Liste des figures

Figure 1 Pyramide de l'offre de soin au Sénégal.....	19
Figure 2: Tendence de la mortalité maternelle au Sénégal entre 1997 et 2017 (Source EDS / Comptes à rebours SNU 2018)	29
Figure 3: Situation du centre de santé Philippe Maguilen Senghor	33
Figure 4 : Courbe évolutive du nombre d'accouchements par année.....	38
Figure 5: Répartition des patientes selon le terme de l'accouchement.....	40
Figure 6 : Répartition des patientes selon l'induction du travail.....	41

Liste des tableaux

Tableau I : Distribution des patientes selon le mode admission	39
Tableau II: Répartition des patientes évacuées selon leur provenance.....	39
Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge, la parité et le poids de naissance	40
Tableau IV : Répartition des patientes selon le type de présentation.....	41
Tableau V : Répartition des patientes selon certaines issues maternelles et néonatales en fonction du mode d'admission	43
Tableau VI : Répartition des patientes selon les complications obstétricales directes en fonction du mode d'admission.....	44
Tableau VII : Répartition des patientes selon certaines issues maternelles et néonatales en fonction du mode d'admission, après ajustement.....	45
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les complications obstétricales directes en fonction du mode d'admission, après ajustement	46

Liste des abréviations

SAGO	Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
CPN	Consultation Prénatal
CSCOM	Centre de Sante Communautaire
CSREF	Centre de Sante de Reference
OMS	Organisation Mondiale de la Sante
PES	Pré-éclampsie Sévère
HPP	Hémorragie du Post Partum
HAP	Hémorragie Ante-Partum
RU	Rupture Utérine
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HTA	Hypertension Artérielle
PAS	Pression Artérielle Systolique
PAD	Pression Artérielle Diastolique
LDH	High Density Lipoprotein
PP	Placenta Previa
HRP	Hémorragie Retro placentaire
ISF	Indice synthétique de fécondité

TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
EDS-MICS	Enquête Démographique de Santé à Indicateurs Multiples
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ODD	Objectif de développement durable

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	8
--------------------------	----------

PREMIERE PARTIE

1	Définition des termes utilisés	12
1.1	La référence.....	12
1.2	Évacuation sanitaire	12
1.3	Le cadre conceptuel des trois délais	13
2	Rôles et situation du système de référence en Afrique	15
3	Organisation du système de santé au Sénégal.....	18
4	Indications de la référence en urgence	20
5	Pronostic de la référence en urgence.....	21
6	Principales causes de mortalité périnatales	22
6.1	Causes directes	23
6.1.1	Causes obstétricales ou maternelles	24
6.1.2	Causes fœtales ou néonatales	28
7	Importance de la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal	28
7.1	Mortalité maternelle	28
7.2	Mortalité néonatale.....	29
7.3	Mortalité périnatale	30

DEUXIEME PARTIE

1	Objectifs	32
1.1	Objectif général	32
1.2	Objectifs spécifiques	32
2	Cadre d'étude	32
2.1	Description du site d'étude.....	32
2.2	Description du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR.....	33
2.2.1	Locaux.....	34
2.2.2	Ressources humaines.....	34
2.2.3	Activités	35
2.2.3.1	Activités de soins	35
2.2.3.2	Activités de formation	35
3	Méthodologie	35
3.1	Type d'étude.....	35
3.2	Période d'étude.....	36
3.3	Critères d'inclusion	36
3.4	Paramètres étudiés.....	36
3.5	Collecte et analyse des données	36
4	Résultats	38
4.1	Résultats descriptifs.....	38
4.1.1	Fréquence	38
4.1.2	Caractéristiques socio-démographiques et antécédents	39

4.1.3	Données cliniques	40
4.1.3.1	Terme de l'accouchement	40
4.1.3.2	Type de grossesse.....	41
4.1.3.3	Présentation fœtale	41
4.1.3.4	Induction du travail	41
4.1.3.5	Mode d'accouchement	42
4.1.3.6	État fœtal à la naissance	42
4.2	Résultats analytiques	42
5	Discussion	47
5.1	Principaux résultats	47
5.2	Interprétation de nos résultats	47
➤	Fréquence des évacuées	47
➤	Pronostic maternel.....	48
➤	Pronostic périnatal.....	49
5.3	Implications de nos résultats	50
5.4	Forces et limites de l'étude.....	50
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.. ..		52
REFERENCES.....		55

INTRODUCTION

La mortalité maternelle et la mortalité périnatale constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en développement où surviennent 99% des décès maternels et périnatals [1]. Au Sénégal, la mortalité maternelle reste encore élevée ; elle est de 236 pour 100 000 naissances vivantes selon l'enquête démographique et de santé de 2017 [2]. Par ailleurs, il a été démontré qu'en Afrique subsaharienne le pronostic obstétrical est aggravé par plusieurs facteurs dont la carence des consultations prénatales, le retard aux soins et les mauvaises conditions d'évacuation [3]. En effet, le temps est un facteur vital pour la survie des femmes présentant des complications. Trois types de retard peuvent avoir une incidence sur les chances d'une femme de survivre à une urgence obstétricale : le retard dans la décision de consulter un prestataire de santé quand les signes d'alarme apparaissent ; le retard à atteindre un établissement de santé et le retard à la prise en charge une fois que la femme arrive à l'établissement [3].

Plusieurs études ont été réalisées au Mali et dans la sous-région Ouest-africaine sur la problématique du système de référence contre-référence des urgences obstétricales [4,5]. Pour cela, une place importante est à accorder à la problématique de la référence /évacuation car le pronostic en dépend.

Le Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor est le centre de référence du District Ouest. À la suite du redéploiement du personnel de la maternité de la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) le Dantec de Dakar, il est passé du niveau I au niveau II et, depuis 2011, devenant ainsi la première maternité de la région de Dakar. Le Centre reçoit diverses catégories de patientes de tous les districts de la région de Dakar et des régions du Sénégal. Les évacuées y occupent une part importante. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude dont le principal objectif était d'évaluer le pronostic maternel et périnatal des patientes admises à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor.

Pour cela, nous allons décrire dans une première partie une revue de la littérature sur les évacuations et références obstétricales et dans un second chapitre, nous allons décrire la méthodologie adoptée avant de rapporter les différents résultats de notre étude que nous essayerons de commenter et de discuter, pour ensuite terminer par une conclusion et des recommandations.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

1 Définition des termes utilisés

1.1 La référence

C'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée [6].

1.2 Évacuation sanitaire

D'une manière générale se caractérise par la nécessiter d'un transfert urgent d'un malade d'un centre de santé vers un autre mieux équipé et plus spécialisé. La Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO) lors de sa Conférence biannuelle tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes [6].

La référence concerne une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse.

L'évacuation concerne une parturiente ou une gestante adressée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge urgente.

Les références obstétricales sont fréquentes, leur pronostic tant maternel que fœtal est réservé. Ce dernier est aggravé par : le mauvais suivi prénatal, les insuffisances dans la prise en charge des femmes enceintes dans les centres de santé périphérique, le problème de l'accessibilité géographique des centres de référence, le manque de moyens logistiques, matériels, et financiers.

Ses différentes causes sont généralement responsables du retard dans la référence des malades.

1.3 Le cadre conceptuel des trois délais

La majorité des décès maternels sont évitables d'autant plus que dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, des femmes décèdent à la suite de complications obstétricales qui ne sont pas létales ailleurs, c'est qu'il existe des délais dans la prestation du traitement adéquat. Trois moments sont critiques entre l'apparition d'une complication et l'issue de la grossesse : le temps mis pour se décider à avoir recours aux soins de santé (premier délai), le temps nécessaire pour se rendre à un centre de santé (deuxième délai) et le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la prestation des soins (troisième délai) [7]. À chacun de ces délais correspondent certains facteurs qui déterminent leur importance. Le premier délai est influencé par les éléments qui entourent la prise de décision telle que le statut de la femme au sein de la famille, la perception de la gravité de la maladie, la distance à parcourir pour se rendre à un centre de santé, les coûts liés à la prestation des soins, les expériences antérieures, etc. Le deuxième délai dépend de facteurs liés à l'accessibilité physique comme le réseau routier, la disponibilité des transports, la distribution des centres de santé, etc. Le troisième délai est attribuable à la qualité des soins dispensés et au temps mis pour recevoir ces soins.

Ce cadre a été revisité en 2009 afin de distinguer le fait d'avoir recours aux soins de façon préventive de celui d'avoir recours aux soins de façon urgente [8]. Dans le premier cas, l'accouchement débute dans une formation sanitaire alors que dans l'autre, l'accouchement débute à domicile. Une revue de la littérature a permis d'identifier vingt éléments qui influencent le recours aux soins et qui peuvent être regroupés en quatre catégories : facteurs socio-culturels, bénéfices et nécessité perçus du recours aux soins, accessibilité économique et accessibilité physique [9]. Le rôle joué par chacun de ces déterminants varie selon le type de recours aux soins. La qualité des soins préventifs peut influencer la survenue des complications, alors que la qualité des soins d'urgence n'exerce une influence que

sur l'issue de la grossesse [8]. En effet, si une femme se trouve déjà dans un établissement de santé lorsqu'elle développe une complication, les prestataires de soins devraient être en mesure de la prendre en charge. Sa survie dépend donc de la capacité des prestataires de soins à identifier rapidement la complication et à fournir le traitement adéquat. S'ils peuvent soigner la femme sur place, elle n'aura pas besoin d'être transférée. Si la complication ne peut pas être traitée dans ce centre, la femme devra être déplacée vers un établissement de niveau supérieur et donc faire face à un deuxième délai. Si une femme développe une complication à la maison, elle devra d'abord faire face aux premiers et deuxièmes délais avant de recevoir urgemment des soins de qualité. Le troisième délai se caractérise par le temps écoulé entre l'identification d'une complication obstétricale et la prestation des soins appropriés dans les structures sanitaires. Il est donc déterminé par des facteurs qui sont propres aux centres de santé et qui ont une influence sur la qualité des soins obstétricaux dispensés dans ces établissements, tels que : l'absence de personnel formé en obstétrique [10], les ruptures de stocks au niveau des médicaments et des poches sanguines [11], l'organisation du transport pour permettre l'évacuation des parturientes, le niveau de communication entre les paliers de soins, l'absence de protocoles cliniques [12], etc. Selon une étude menée en Argentine, la structure des hôpitaux est fortement associée à leur taille (mesurée en matière d'accouchements par année) et est une des variables les plus importantes dans l'explication des décès maternels [13]. À Dakar, d'autres auteurs associent le risque de décéder lors de l'accouchement au délai entre l'arrivée d'une parturiente au centre de santé de base et son transfert dans un centre de santé de niveau supérieur [14]. Les décès maternels qui se produisent dans le système de santé sont d'abord provoqués par des éléments attribuables aux prestataires de soins (erreur du diagnostic, délai de référence, manque de suivi) et aux centres de santé (manque de médicaments) [15].

Le troisième délai peut être divisé en plusieurs phases. La première phase correspond au délai écoulé entre l'arrivée d'une parturiente dans un centre de santé et l'identification de la complication obstétricale. Elle est essentiellement déterminée par le niveau de compétence des prestataires de soins et la disponibilité des ressources nécessaires pour fournir des soins de base. La deuxième phase équivaut au temps mis pour assurer son transfert du centre de santé communautaire au centre de santé de référence. Elle dépend des moyens de communication et de l'organisation des transports. La troisième phase correspond au délai entre l'arrivée au centre de santé de référence et la prestation du traitement adéquat et varie selon le niveau de compétence des prestataires de soins et la disponibilité des ressources.

2 Rôles et situation du système de référence en Afrique

La liaison entre les différents niveaux de soins a été un des éléments essentiels des Soins de Santé Primaires (SSP). Le système de référence a été conçu pour servir de complément au principe des SSP, qui est d'offrir des soins à un premier niveau aussi près que possible des populations, avec toute la compétence nécessaire [16–18]. Le système de référence permet donc 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'urgence. Dans le domaine de la santé maternelle et infantile, l'importance du système de référence n'est plus à démontrer. La fonction d'appui de la référence est de toute importance pour la grossesse et l'accouchement puisqu'une série de complications, potentiellement vitales pour la mère, nécessitent une prise en charge et des compétences qui sont seulement disponibles aux plus hauts échelons de la pyramide sanitaire. L'évacuation en cas de complications constitue le principal moyen pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans les zones éloignées [17,19]. Cette importance du système de référence dans la prise

en charge des urgences et surtout les urgences obstétricales ont conduit les différents pays à l'introduire dans leur système de santé. Il a fait l'objet de diverses études par plusieurs auteurs [14,20].

Au Sénégal, la mortalité maternelle a baissé passant de 392 décès pour 100 000 NV en 2010 à 236 décès en 2018 selon les EDS. La mortalité néonatale quant à elle évolue en dents de scie et est passée de 19‰ en 2014 à 21 ‰ NV en 2019. Il est donc indispensable de mettre en place des interventions plus efficaces et un ciblage plus pragmatique pour atteindre les objectifs et réduire la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal.

En effet, selon les résultats de l'enquête rapide sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de 2016 de la direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME), 38 structures offraient des SONU 24h/24 et 7j/7 en 2016 pour un besoin de 157 par rapport à la taille de la population. Le taux de besoins en SONU satisfait (proportion des complications obstétricales attendues prises en charge dans les structures SONU) est de 29,4%, soit loin des 100% nécessaires pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale. Avec 4,6%, le taux de césariennes est proche du minimum de 5% requis, et le taux de létalité obstétricale des complications directes (proportion des décès maternels de complications directes majeures parmi les femmes présentant des complications prises en charge) est encore trop élevé avec 1,9% (presque 2 fois supérieur au niveau acceptable de 1%).

Devant cette situation, afin d'augmenter cette disponibilité des SONU, le ministère de la santé a pris l'option d'identifier un nombre limité de structures sanitaires pour constituer un réseau de maternités capables de délivrer l'ensemble de ces soins d'urgence 24h/24 et 7j/7.

Dans le souci de rationaliser les efforts et les ressources, un processus de priorisation du réseau de structures devant offrir les SONU au niveau de chacune

des régions du pays a été initié en 2017 par la DSME à l'aide de la cartographie de l'accessibilité des structures. Cette priorisation a permis d'identifier 142 structures devant offrir les SONU 24h/24 et 7j/7 pour une couverture de 92% de la population en 2 heures. Ce réseau, composé de 96 structures sanitaires devant offrir des SONUB et 46 des SONUC, est réparti dans toutes les régions. Il est composé de :

- 30 Établissements Publics de Santé (EPS) ;
- 67 centres de santé ;
- 45 postes de santé.

Cette priorisation a été faite en prenant en compte 5 critères principaux : la densité de la population ; le nombre d'accouchements ; l'accessibilité des maternités en 2 heures de trajet ; les aires de captages des maternités/population couverte à 2 heures de trajet ; la qualité des liens de référence entre les SONUB et les SONUC ainsi que de quatre critères secondaires (le personnel qualifié affecté à la maternité, particulièrement les sages-femmes ; la disponibilité de l'offre de SONU/déficit en fonctions signalétiques ; la qualité du management de la formation sanitaire et l'infrastructure compatible avec l'offre de SONU. Ainsi, les objectifs de la politique nationale en matière de SONU sont les suivants :

1. uniformiser à l'échelle nationale les attitudes diagnostiques et thérapeutiques vis-à-vis des SONU,
2. identifier, selon les urgences obstétricales et néonatales, les femmes et les nouveau-nés à traiter ou à référer, après mise en condition dans les meilleurs délais vers les centres plus structurés pour leur prise en charge,
3. intégrer les règles de prise en charge des complications obstétricales et néonatales dans toute structure s'occupant d'accouchement,
4. introduire les éléments de ces standards dans la formation de base des personnels de santé et étudiants en Médecine.

3 Organisation du système de santé au Sénégal

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central (Ministère de la Santé), intermédiaire (Régions Médicales) et périphérique appelé district sanitaire. Le district est considéré comme l'aire géographique opérationnelle dans le scénario de développement sanitaire et social au Sénégal. En 2010, le Sénégal compte 14 régions médicales et 75 districts sanitaires.

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, la médecine traditionnelle et au niveau communautaire, par des cases de santé.

Le fait de pouvoir référer une patiente d'un centre hospitalier offrant des soins de base à un autre offrant des soins de niveau supérieur est considéré comme un élément fondamental de l'amélioration de la santé maternelle, puisqu'il s'inscrit dans la problématique de la continuité de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Ci-dessous est établie la pyramide d'évacuation sanitaire.



Figure 1 Pyramide de l'offre de soin au Sénégal [21]

- Niveau central

Il conçoit les objectifs et les options stratégiques en santé. Il veille à :

- la mobilisation et l'utilisation des ressources ;
- l'acquisition des technologies traditionnelles et/ou modernes ;
- l'amélioration de la gestion.

- Niveau intermédiaire

Ce niveau sélectionne et adapte les techniques pour la mise en œuvre de la politique de santé et canalise l'expertise technique vers les districts sanitaires. La région médicale est chargée d'une mission permanente d'information, de

coordination technique des structures sanitaires, de synthèse et de gestion administrative du personnel.

La structure de dialogue du niveau régional est le fonds spécial régional pour la promotion de la santé.

- Niveau périphérique

C'est l'échelon opérationnel du système national de santé. C'est ici que s'opère l'intégration des ressources pour rendre effective l'action sanitaire aux communautés, ménages et individus à travers diverses activités.

4 Indications de la référence en urgence

Selon Magnin, le transfert maternel vers une structure adaptée doit être discuté devant : les antécédents maternels (cardiopathies, maladie vasculo-rénale, diabète insulino-dépendant, maladie neurologique et épilepsie, les maladies poly-systémique, les anomalies de l'hémostase et le SIDA) et les anomalies apparues au cours de la grossesse (pré-éclampsie, éclampsie, placenta prævia, hématome rétroplacentaire, maladie embolique et grossesse multiple) [22]. Ce transfert peut être aussi discuté à l'issue d'un accouchement compliqué par une hémorragie, des complications opératoires, une crise d'éclampsie. Il cite en plus des indications de transfert anténatal : la grande prématurité, l'hypotrophie sévère, les malformations graves et les incompatibilités sanguines fœto-maternelles.

En Afrique, Alihonou a ressorti une classification des pathologies qui constituent les motifs de référence en urgence [23]. Ces pathologies sont regroupées en : dystocies, hémorragies de la délivrance, pathologies gravidiques, pathologies associées à la grossesse et pathologies du post-partum. La plupart de ces motifs sont cités par d'autres auteurs [22]. Martey, en plus des indications susmentionnées, ajoute les grossesses à risque, la rétention du deuxième jumeau et les ruptures utérines [24]

5 Pronostic de la référence en urgence

Parmi les déterminants de la morbi-mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement, les références obstétricales occupent une place importante. En effet, elles représentent plus de 20% des cas de morbidité associée à la grossesse [22]. Le plus souvent tardives, les références grèvent lourdement le pronostic de la mère et du nouveau-né. Plusieurs auteurs dont Kabore au Burkina Faso [22,25] ; Dolo au Mali [26] ; Ebenye cité par Samake [27] ; Sepou en Centrafrique [24] faisaient ressortir dans leurs études que le risque relatif de complications chez les patientes référées en urgence comparé à celui des patientes venues d'elles-mêmes, était de 8,78. En d'autres termes, les patientes référées en urgence font 8 fois plus de complications que les autres. De même, le risque de mortinatalité était 4 fois plus élevé chez les patientes référées en urgence que chez les patientes référées dans un contexte non urgent et 2 fois plus élevé chez ces dernières que chez celles venues d'elles-mêmes. Aussi, suivant le même ordre d'idées, ils relevaient que la mortinatalité était particulièrement élevée au sein des enfants nés de mères évacuées. Les principales causes de mortalité retrouvées par ses différents auteurs étaient représentées par l'infection et l'hémorragie [24].

L'état morbide était surtout représenté, par l'anémie (36,8%), la fièvre (21,5%), les endométrites (18,3%) et les suppurations pariétales (5,1%), et chez plus du tiers des parturientes référées en urgence. Elles entraînent aussi des taux de mortalité maternelle et périnatale très élevés. En effet, plusieurs études faites sur la mortalité maternelle soulignent que les circonstances les plus meurtrières provenaient des évacuations sanitaires des centres périphériques vers les hôpitaux de références [24].

Ekoundzola en 2003 avait montré qu'au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville, le taux de létalité maternelle était de 5% chez les patientes référées contre 0,2% chez les non référées [22]. Le taux de létalité fœtale au sein des référées était de 23,5% contre 4% dans le groupe témoin.

6 Principales causes de mortalité périnatales

La mortalité maternelle est un enjeu mondial. En septembre 2000, la communauté internationale s'est réunie lors du sommet du Millénaire afin de se fixer huit objectifs, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les OMD, devant être atteints en 2015, regroupaient essentiellement des questions de santé, d'éducation et de pauvreté, qui ont pour but de permettre aux pays en voie de développement d'améliorer la qualité de vie de leur population et de combattre les problèmes sociaux auxquels ils font face. Parmi ces objectifs, on retrouvait celui d'améliorer la santé maternelle (OMD-5). L'OMD-5 avait pour cible de réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle observé en 1990 [28]. Selon l'organisation mondiale de la santé, la mortalité maternelle se définit comme le décès d'une mère qui survient pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement et qui peut être causé par la grossesse de façon directe, par une condition dont souffrait préalablement la femme et que la grossesse a aggravé, ou par le type de soins auxquels la femme a eu recours [1].

En septembre 2015, les chefs d'État et de gouvernement se sont réunis au siège des Nations Unies à New York pour adopter une nouvelle génération de 17 objectifs de développement durable (ODD) avec 169 cibles, qui succéderont aux objectifs du Millénaire pour le développement et guideront le développement mondial pour les 15 prochaines années jusqu'en 2030 [29,30]. Il est important de reconnaître l'ampleur du nouveau programme : non seulement il considère la santé comme permettant à chacun de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tous les âges, mais il reconnaît également que la santé et ses déterminants influencent et sont influencés par d'autres buts et cibles qui sont fondamentaux pour le développement durable. L'un des principes de base des objectifs de développement durable est qu'ils sont « intégrés et indivisibles » : les progrès dans

un domaine dépendent des progrès dans de nombreux autres. Réaliser cette perception dans la pratique est l'un des défis majeurs du nouveau programme.

Compte tenu du fardeau que représentent les décès maternels à l'échelle mondiale, l'amélioration de la santé maternelle est un objectif en soi. Les conséquences des complications obstétricales ne sont pas seulement néfastes pour les mères elles-mêmes, elles le sont aussi pour l'ensemble de la société [31]. Le décès d'une mère accroît la probabilité de décès de ses enfants ainsi que le risque que ces derniers développent des problèmes de croissance.

Les décès maternels ne sont pas distribués de façon uniforme dans les pays et à travers le monde. La région qui détient le plus haut taux de décès maternels est l'Afrique subsaharienne, où le risque pour une femme de décéder avant l'accouchement, ou peu de temps après, est d'une chance sur seize, alors que le risque dans le monde est d'une chance pour 74 [31]. Cela s'explique par le contexte de pauvreté généralisée, de crise humanitaire et d'épidémie du VIH/SIDA [32]. Pour plusieurs auteurs, cet écart constitue l'une des iniquités les plus importantes dans le domaine de la santé mondiale. On distingue ainsi des causes en rapport avec des complications obstétricales directes ou causes directes et d'autre part les causes indirectes

6.1 Causes directes

L'analyse de la cause des décès est souvent plus difficile.

Une revue de la littérature révèle que de façon habituelle, les causes de décès de la période périnatale sont classées selon deux principaux groupes :

- les causes obstétricales ou maternelles ;
- les causes fœtales ou néonatales.

6.1.1 Causes obstétricales ou maternelles

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les causes de la mortalité maternelle se distinguent en causes obstétricales directes et indirectes [33]. Les causes obstétricales directes représentent environ 80% des causes de décès [34,35].

❖ Complications obstétricales directes

Ce sont des complications qui surviennent pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches. L'une des caractéristiques est leur survenue brutale et soudaine, très souvent, sans aucun signal d'avertissement. Lorsqu'elles ne sont pas d'emblée efficacement traitées, elles deviennent de graves urgences avec des risques élevés de décès maternel et fœtal [36].

Les sept principales complications obstétricales directes qui causent 85% des décès maternels sont [36] : le travail prolongé ou dystocie, la pré-éclampsie sévère (PES) et l'éclampsie, l'hémorragie *antepartum* (HAP) et l'hémorragie du post-partum (HPP), la rupture utérine (RU), l'infection puerpérale, les complications de l'avortement (les complications hémorragiques, infectieuses et toxiques) et la grossesse extra-utérine (GEU).

➤ Travail prolongé ou dystocie

Selon « l'école » française, la définition de la dystocie se fait par défaut : tout accouchement qui n'est pas eutocique est dystocique. L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. De ce fait, on appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes. La progression du travail peut être entravée, soit parce qu'il existe des anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col : on parle alors de dystocie dynamique ; soit parce qu'il existe une mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel : on parle alors de dystocie mécanique.

Cela correspond à l'une des anomalies du travail suivant :

- prolongation de la première phase active du travail (> 12 heures) ;
- prolongation de la deuxième phase du travail (> 1 heure) ;
- disproportion céphalo-pelvienne, y compris utérus cicatriciel ;
- présentation dystocique : transverse, du front ou de la face.

➤ **Pré-éclampsie sévère et éclampsie**

La pré-éclampsie est une complication de la grossesse humaine, survenant volontiers au 3^{ème} trimestre. Son diagnostic est fondé sur l'association :

- d'une hypertension artérielle (HTA) gravidique (pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm Hg et/ou pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm Hg) survenant après 20 SA et disparaissant dans les 6 semaines après la délivrance ;
- d'une protéinurie (> 0,3 g/24 h).

La pré-éclampsie est dite sévère lorsqu'elle est associée à au moins un des critères suivants :

- une HTA grave (PAS ≥ 160 mm Hg et/ ou PAD ≥ 110 mm Hg)
- une éclampsie ;
- un œdème aigu pulmonaire ;
- des douleurs épigastriques ;
- des nausées ;
- des vomissements ;
- des céphalées persistantes ;
- une hyper réflectivité ostéo-tendineuse ;
- des troubles visuels ;
- une obnubilation ;
- des acouphènes ;
- une protéinurie > 5g/24h ;
- une créatininémie > 100 $\mu\text{mol/L}$;

- une oligurie avec diurèse $< 20 \text{ ml/h}$ (ou $< 500 \text{ ml/24 h}$) ;
- une hémolyse (présence de schizocytes), ou des lactates déshydrogénases (LDH) $> 600 \text{ U/L}$;
- des transaminases sériques élevées avec un taux d'aspartate-aminotransférases (ASAT) supérieure à trois fois la norme ;
- une thrombopénie $< 100\,000/\text{mm}^3$.

La pré-éclampsie sévère peut elle-même se compliquer de :

- HELLP (*Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets count*) syndrome qui associe une hémolyse, une cytolysé hépatique et une thrombopénie ;
- hématome rétro-placentaire ;
- éclampsie qui se définit comme la survenue, chez une patiente présentant des signes de pré-éclampsie, de convulsions et/ou de troubles de la conscience ne pouvant être rapportée à une autre cause neurologique.

➤ **Hémorragie**

Deux entités sont individualisées : les hémorragies *antepartum* (HAP) et les hémorragies du post-partum (HPP).

L'HAP correspond à une hémorragie profuse avant et pendant le travail : placenta prævia (PP) ou hématome rétro-placentaire (HRP) qui est le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré.

L'HPP se caractérise par la survenue de l'un des cas suivants :

- hémorragie nécessitant un traitement (pose d'une perfusion, administration d'utérotoniques ou transfusion sanguine) ;
- rétention placentaire ;
- hémorragie profuse due à des déchirures vaginales ou cervicales ;
- saignement vaginal de plus de 500 ml après l'accouchement ;
- plus d'une protection hygiénique souillée en 5 minutes (min).

Seule l'hémorragie *ante partum* peut être responsable d'une issue périnatale défavorable.

➤ **Rupture utérine**

La rupture utérine (RU) se définit comme une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine survenant pendant la grossesse ou le travail. Elle correspond à deux entités de pronostic différent :

- la RU complète (vraie) intéresse l'ensemble des couches tissulaires de la paroi utérine y compris la séreuse péritonéale (péritoine, myomètre et endomètre). La poche des eaux peut être rompue, ce qui est le cas le plus fréquent, ou rester intacte. Elle peut s'accompagner d'une issue du fœtus et/ou du placenta dans la cavité abdominale. Elle est le plus souvent symptomatique et nécessite une réparation chirurgicale urgente ;
- la RU incomplète (ou sous-séreuse), souvent qualifiée de déhiscence, n'intéresse que l'endomètre et le myomètre et respecte le péritoine viscéral. Elle est le plus souvent asymptomatique, de diagnostic fortuit (au cours d'une césarienne itérative) et de meilleur pronostic materno-fœtal.

➤ **Infection puerpérale**

Elle est caractérisée par une fièvre (température de 38 degrés centigrade ou plus) survenant plus de 24 heures après l'accouchement (avec au moins deux prises de température parce que le travail seul peut causer une certaine fièvre). D'autres signes et symptômes pouvant être présents incluent : une douleur abdominale du bas, des pertes vaginales purulentes et fétides (lochies), un utérus douloureux à la pression.

➤ **Complications de l'avortement**

Il peut s'agir :

- d'une hémorragie due à l'avortement avec un retentissement hémodynamique qui requiert la ressuscitation avec des fluides IV et/ou une transfusion sanguine.
- d'une infection due à l'avortement (ceci inclut la perforation et l'abcès pelvien)

➤ **La Grossesse Extra-Utérine (GEU)**

C'est la nidation et le développement de l'œuf fécondé en dehors de cavité utérine. Elle se manifeste par douleurs abdominales associées à des métrorragies dans un contexte d'aménorrhée gravidique.

❖ **Complications obstétricales indirectes**

Ce sont les complications 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 a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse telles l'anémie, la malaria, la tuberculose, le VIH/SIDA et diverses affections chroniques.

6.1.2 Causes fœtales ou néonatales

Elles correspondent aux pathologies et aux anomalies du fœtus et de l'enfant qui peuvent être à l'origine du décès (hypoxie, prématurité, l'hypotrophie, malformation, infection, hémorragie).

7 Importance de la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal

7.1 Mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, a considérablement chuté selon les EDS. Il est passé de 850 pour 100 000 naissances vivantes (NV) dans les années 86-87, à 501 pour 100 000 NV en 1997, 315 pour 100 000 NV en 2015, et 236 pour 100 000 NV en 2017. Toutefois, malgré les résultats encourageants pour le Sénégal, ils n'ont pas permis d'atteindre l'OMD5 en 2015 où la cible était de 122 pour 100 000 NV et la cible pays 200 [2]. La figure ci-dessous représente cette variation entre 1997 et 2017.



Figure 2: Tendence de la mortalité maternelle au Sénégal entre 1997 et 2017
(Source EDS / Comptes à rebours SNU 2018)

Ces tendances favorables cachent des disparités selon le milieu rural ou urbain et les régions. Les causes de mortalité maternelle demeurent principalement de deux ordres :

L'évolution des performances en matière de mortalité maternelle est à rapprocher de celle de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et de la prévalence contraceptive. L'indice de fécondité est passé de 5,7 enfants par femme en 1997 à 4,6 enfants par femme en 2017, tandis que, le Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) est passé de 8% en 1997 à 26,3% en 2017 soit 3 fois plus en 20 ans [2].

7.2 Mortalité néonatale

Le taux de mortalité néonatale a connu une baisse entre 1997 et 2017, passant de 37‰ à 28‰. Cette mortalité est plus élevée en milieu rural (26‰) qu'en milieu urbain (20‰). Il est variable selon les régions. Selon l'EDS-Continue 2017, les quotients de mortalité néonatale les plus élevés, sont enregistrés dans les régions de Kaolack (36‰), Sédhiou (35‰), Matam (33‰), Louga (33‰) et Diourbel (31‰). Les régions de Kolda et Dakar ont les quotients de mortalité néonatale les plus faibles, avec respectivement 23‰ et 22‰ [2].

Les principales causes de mortalité néonatale au Sénégal sont constituées par la prématurité, les asphyxies, les septicémies, les anomalies congénitales et la pneumonie [34].

7.3 Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale, qui comprend les mort-nés et les décès néonataux précoces (0-6 jours), est élevé, atteignant 41 décès pour mille grossesses de sept mois ou plus. Elle est plus importante chez les femmes de 40-49 ans (49 pour mille grossesses) que chez les femmes de 20-29 ans (35 pour mille grossesses). Elle est également plus élevée selon la durée de l'intervalle avec la naissance précédente (49 pour mille pour une naissance précédente inférieure à 15 mois contre 28 pour mille grossesses pour une naissance précédente comprise entre 27 et 38 mois). La mortalité périnatale est plus élevée en milieu rural (42‰) qu'en milieu urbain (37‰) [2].

Les variations de la mortalité périnatale sont importantes à l'échelle régionale. Les taux les plus faibles sont observés dans la région de Kédougou (25‰), et dans une moindre mesure celle de Tambacounda (31‰). Les risques les plus élevés sont observés dans les régions de Sédhiou (54‰), Kaolack (51‰) et Louga (49‰) [2].

Il est montré également que la mortalité périnatale varie selon le niveau d'instruction de la mère passant de 46‰ pour une mère sans niveau d'instruction à 31‰ pour une mère ayant un niveau d'instruction primaire [2].

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1 Objectifs

1.1 Objectif général

L'objectif général de notre étude était d'évaluer le pronostic maternel et périnatal des patientes évacuées (référées) en milieu obstétrical.

1.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de notre étude étaient de :

- déterminer la fréquence des références/évacuations obstétricales ;
- préciser le profil sociodémographique des patientes référées/évacuées ;
- déterminer le pronostic maternel et fœtal ;
- rechercher les facteurs de risque qui influencent ledit pronostic.

2 Cadre d'étude

2.1 Description du site d'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Sante Philippe Maguilen Senghor (CSPMS) du District Ouest de Dakar situé dans la banlieue Ouest - Dakaroise. Ce district couvre les communes d'arrondissement de Mermoz, Sacré Cœur, Ngor, Ouakam et Yoff. Le District Ouest couvre une superficie de 32km² avec une population de 225100 habitants dont 51773 femmes en âge de reproduction. En matière d'infrastructures sanitaires, le District comporte :

- un (1) Établissement Public de Santé (EPS) ;
- trois (3) Centres de Santé ;
- huit (8) Postes de Santé.

La figure ci-dessous montre la situation du district sur la carte de la région de Dakar.



Figure 3: Situation du centre de santé Philippe Maguilen Senghor

2.2 Description du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR

Le Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor est le centre de référence du District Ouest. Il a été inauguré le 07 juin 1984. À la suite du redéploiement du personnel de la maternité de la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) le Dantec de Dakar, il est passé du niveau I au niveau II et, depuis 2011, des activités obstétricales et chirurgicales y sont régulièrement effectuées.

2.2.1 Locaux

Au moment de notre étude, le service de Gynécologie-Obstétrique du CSPMS comprenait :

- une salle d'accouchement avec :
 - six lits de travail ;
 - trois tables d'accouchement ;
 - une salle de garde et
 - une table de réanimation de nouveau-nés
- une unité d'hospitalisation composée de 32 lits
- une unité de consultations externes et d'échographie composée de 2 bureaux
- Un bloc opératoire avec :
 - une salle destinée aux urgences gynécologiques et obstétricales ;
 - une salle destinée au programme opératoire ;
 - une salle d'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) ;
 - une salle de réveil de 8 lits qui fait aussi office d'unité de réanimation ;
 - un coin nouveau-né avec une table de réanimation du nouveau-né ;
 - une salle de néonatalogie avec 6 lits 2 tables de réanimation et 3 couveuses.

2.2.2 Ressources humaines

Au moment de notre étude, le personnel de la maternité et du bloc opératoire comprenait :

- un (1) Professeur titulaire en Gynécologie Obstétrique ;
- deux (2) Maitres de Conférences Agrégés en Gynécologie-Obstétrique ;
- trois (3) Spécialistes en Gynécologie-Obstétrique ;
- un (1) Anesthésiste -Réanimateur ;
- un (1) Pédiatre-Néonatalogue ;
- cinq (5) Internes des Hôpitaux ;

- trente (30) Médecins inscrits au Diplôme d'Étude Spécialisées (DES) en Gynéco-Obstétrique ;
- quarante-deux (42) Sages -femmes d'État ;
- trois (3) Techniciens Supérieurs en Anesthésie -Réanimation ;
- six (6) Infirmiers et Aide-infirmiers et
- six (6) Instrumentistes et Brancardiers.

2.2.3 Activités

2.2.3.1 Activités de soins

Des soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 par des équipes de médecins en cours de spécialisation avec des rotations de 24 heures, des sages-femmes et infirmiers. Les gardes se font sous la supervision d'un sénior spécialiste en Gynéco-Obstétrique.

Des consultations de gynécologie, de suivi prés et post-natals, de planification familiale et d'échographie sont assurées au quotidien. La chirurgie programmée est effectuée tous les jours ouvrables sur la base d'un recrutement fait lors des consultations externes et les différentes voies d'abord sont utilisées (abdominale, vaginale, endoscopique et sénologique).

2.2.3.2 Activités de formation

La maternité, sous la tutelle de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du CHU Aristide Le DANTEC, reçoit dans le cadre d'une formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine, des sages-femmes et élèves sages-femmes. La recherche en santé de la reproduction a fait l'objet de plusieurs mémoires de spécialisation et thèses de doctorat en médecine.

3 Méthodologie

3.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective, réalisée à la maternité du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR.

3.2 Période d'étude

Cette étude s'étale sur une durée de 120 mois, allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2020.

3.3 Critères d'inclusion

Étaient incluses dans l'étude toutes patientes porteuses d'une grossesse de plus de 22 semaines d'aménorrhée reçues pour la prise en charge de leur accouchement au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR.

3.4 Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés étaient les suivants :

- Le mode d'admission ;
- provenance des référées selon le district ;
- les caractéristiques socio-démographiques ;
- les données de la grossesse et de l'accouchement (terme de la grossesse à l'admission, mode d'admission, type de grossesse, mode d'accouchement) ;
- les données néonatales (état à la naissance, score d'Apgar, issue néonatale) ;
- l'issue maternelle ;
- les complications traumatiques liées à l'accouchement (épisiotomies, déchirures périnéales) ;
- les complications obstétricales.

3.5 Collecte et analyse des données

Les données étaient saisies dans notre base de données informatique *E-Perinatal*. Elles y étaient ensuite extraites et analysées d'abord dans Microsoft Excel 2016 puis à l'aide du logiciel *Statistical Package for Social Science* (SPSS 24, version Mac). Pour les variables qualitatives, nous avons déterminé les pourcentages et

pour les variables quantitatives nous avons calculé les paramètres de position et de dispersion.

Dans la partie analytique des résultats, les variables qualitatives étaient décrites par des proportions par rapport à leur part totale.

L'issue obstétricale et néonatale était comparée par le test du Khi 2 entre les deux groupes (Exposées/non Exposées) à un taux de significativité de $p = 0,05$.

Les issues avec une différence significative étaient secondairement évaluées dans un modèle de régression logistique binominale en fonction du mode d'admission en prenant le mode « domicile » comme variable de référence. Enfin, selon un modèle de régression multivariée, nous avons ajusté les risques relatifs en fonction d'autres paramètres dont l'issue sur le paramètre évalué est connue. Il s'agit de l'âge et la parité des patientes, ainsi que le poids de naissance des nouveau-nés. Les issues sont résumées en une information minimum : le risque relatif assorti de son intervalle de confiance (IC). L'intervalle de confiance donne la « marge d'incertitude » autour du risque établi. Nous le présentons ici à « à 95 % ». Cela signifie qu'il y a 95% de chances que la « vraie » valeur se trouve entre les bornes de cet intervalle. La valeur du risque relatif présentée dans ce document permet d'évaluer l'importance de l'effet étudié. Si l'intervalle de confiance contient la valeur 1, l'effet est « négatif », ce qui veut dire que la valeur de « p » est supérieure à 5 p.100 ($p < 0,05$). En effet, parmi les valeurs compatibles « à 95% » avec les résultats de l'effet, figure la valeur 1. Cette valeur 1 signifie que l'effet étudié est similaire dans les groupes concernés. Cette valeur 1 étant dans l'intervalle de confiance, on ne peut rien conclure, l'effet étudié est peut-être identique dans les groupes où il existe une différence en faveur/détriment de l'un ou de l'autre. Au contraire, lorsque la borne (inférieure ou supérieure, selon les situations) est éloignée de la valeur 1, le résultat est « positif » et le « p » est inférieur à 5 p. 100. La largeur de l'intervalle de confiance représente la « précision » de l'estimation du risque relatif. Dans une étude de forte puissance,

l'intervalle de confiance est étroit, dans une étude de faible puissance l'intervalle de confiance est large.

4 Résultats

4.1 Résultats descriptifs

4.1.1 Fréquence

Durant la période d'étude, le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR a enregistré 48535 accouchements. Le nombre d'accouchements a connu une croissance annuelle constante depuis 2011 (n=966) atteignant 7233 accouchements en 2018 comme le montre la courbe suivante :

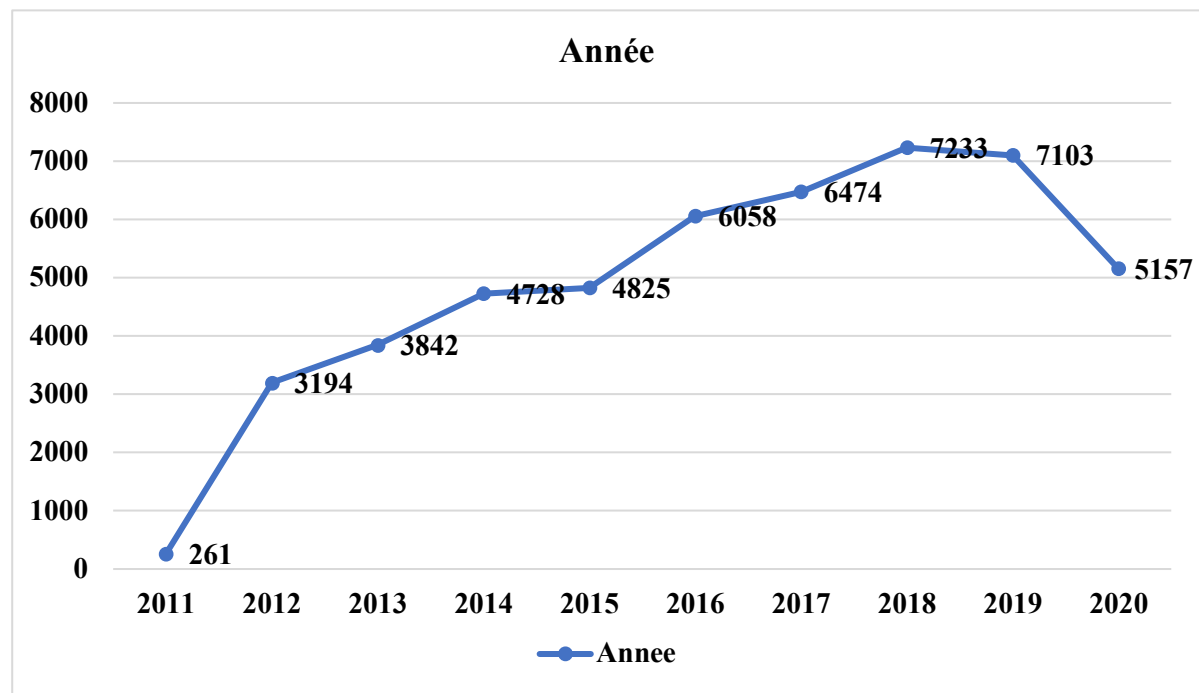


Figure 4 : Courbe évolutive du nombre d'accouchements par année

Plus d'une patiente sur 6 (16,8%) était admise provenant d'une autre structure sanitaire comme le montre le tableau ci-dessous

Tableau I : Distribution des patientes selon le mode admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Domicile	40390	83,2%
Transfert	8145	16,8%
Total	48535	100%

La quasi-totalité des évacuées provenaient des autres districts sanitaires de Dakar et du Sénégal alors que moins d'une évacuée sur 10 provenait du District-Ouest comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau II: Répartition des patientes évacuées selon leur provenance

Secteur	Effectif	Pourcentage
District Ouest	678	8,3%
Hors District Ouest	7467	91,7%
Total	8145	100%

4.1.2 Caractéristiques socio-démographiques et antécédents

La parité moyenne était de 1,39 avec des extrêmes de 0 et 13. Par ailleurs, comparées aux patientes qui provenaient de leur domicile, les patientes qui étaient admises par le biais d'un transfert étaient plus jeunes avec une moyenne d'âge de 27,1 ans. Ces dernières comptaient plus de nullipares (19,9% contre 14,3%) et le poids de naissance des nouveau-nés était plus faible comme le montre le tableau ci-après.

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge, la parité et le poids de naissance

	Domicile	Transfert	p
Age (ans)	27,4	27,1	<0,001
Nullipares (%)	14,3	19,9	<0,001
Poids de naissance (g)	3057,9	3007,3	<0,001

RR : Risque Relatif ; **IC** : Intervalle de Confiance

La parité avec un risque relatif de 1,563 ($p < 0,001$) ; l'âge de la patiente ainsi que le poids de naissance étaient des facteurs influents sur le mode d'admission.

4.1.3 Données cliniques

4.1.3.1 Terme de l'accouchement

Plus de 9 patientes sur 10 avaient accouché à terme (92,49%) ; le taux d'accouchement prématuré était de 4,06%. La figure ci-dessous rapporte la répartition de patientes selon le terme à l'accouchement.

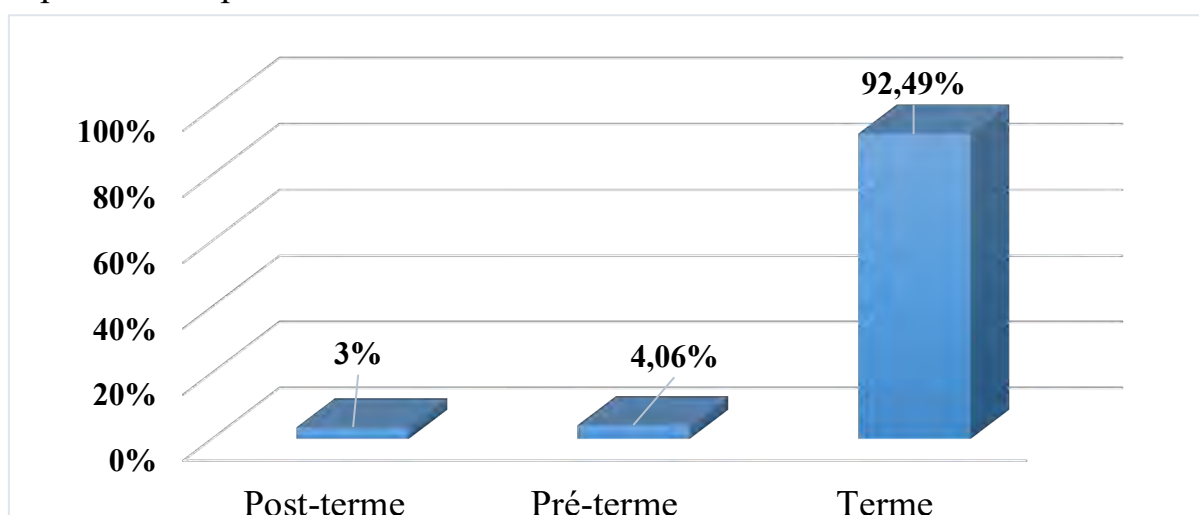


Figure 5 : Répartition des patientes selon le terme de l'accouchement

4.1.3.2 Type de grossesse

La majorité des grossesses était monofoetale (97,3%). Les grossesses gémellaires représentaient 2,6% de l'échantillon.

4.1.3.3 Présentation fœtale

La présentation fœtale la plus représentée était celle du sommet chez 94,6% des patientes comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le type de présentation

Présentation	Effectif	Pourcentage
Sommet	45921	94,6%
Siege	2249	4,6%
Autres	361	0,8%
Total	48535	100%

4.1.3.4 Induction du travail

L'induction du travail était spontanée chez 92% des patientes contre un taux de césarienne avant le travail de 5% comme l'indique la figure ci-après.

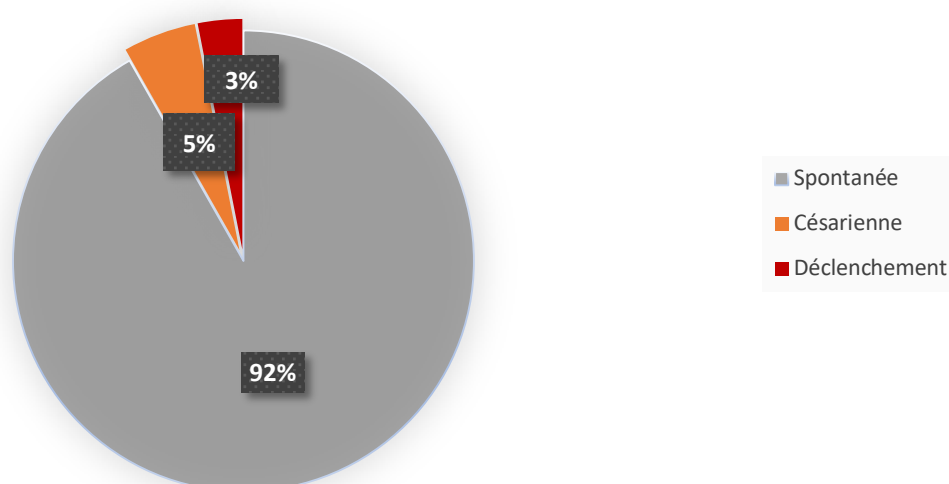


Figure 6 : Répartition des patientes selon l'induction du travail

4.1.3.5 Mode d'accouchement

Durant la période d'étude, l'établissement a enregistré 36965 (76,1%) accouchements par voie basse et 11570 (23,8%) césariennes. Les extractions instrumentales et les accouchements par manœuvre représentaient moins de 1%.

4.1.3.6 État fœtal à la naissance

La quasi-totalité des enfants étaient nés vivants ($n = 47\,791 - 98,5\%$). Une proportion de 1,5% des enfants de l'échantillon était représentée par des mort-nés frais. Parmi les enfants nés vivants, 46620 (95,2%) avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 à la première minute.

4.2 Résultats analytiques

À la lumière de nos résultats, on note un taux de césarienne 2 fois plus élevé chez les patientes évacuées soit 42,4% contre un taux de 20,2% pour le groupe témoin. Ces dernières avaient aussi un pourcentage d'épisiotomie plus élevé (30,1% chez les exposées contre 25,4% chez les non exposées). La probabilité de survenue d'un score d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute ainsi que celle d'un décès néonatal précoce était 3 fois plus élevée chez les patientes évacuées comme le montre le tableau V ci-dessous.

Avant ajustement, les patientes évacuées avaient un risque plus élevé de césarienne et d'épisiotomie comparées aux patientes admises en provenance de leur domicile comme le montre le tableau V. Le pronostic néonatal défavorable était plus corrélé aux évacuées comparées aux patientes venant de leur domicile. Les patientes évacuées avaient en plus 2 à 6 fois plus de risque d'avoir au moins une complication obstétricale directe comparés à celles venant de leur domicile comme le montre le tableau VI.

Tableau V : Répartition des patientes selon certaines issues maternelles et néonatales en fonction du mode d'admission

Pronostic	Domicile		Transfert		p
	Effectif %	RR	Effectif %	RR IC	
Épisiotomie	8228 25,4	1	1422 30,1	1,167 1,358-1,718	0,001
Déchirure	2828 8,8	1	364 7,8	0,895 0,807-0,993	0,036
Césarienne	8127 20,2	1	3443 42,4	2,264 2,139-2,395	<0,001
Score d'Apgar < 7	1534 3,8	1	781 9,6	1,529 1,358-1,718	<0,001
Réanimation Néonatale	5886 14,6	1	2494 30,6	1,715 1,610-1,828	<0,001
Décès Néonatal	78 0,2	1	28 0,3	0,914 0,582-1,434	0,696
Morts Nés Frais	452 1,1	1	292 3,6	1,976 1,631-2,398	<0,001

***RR= Risque Relatif ; IC= Intervalle de confiance**

Tableau VI : Répartition des patientes selon les complications obstétricales directes en fonction du mode d'admission

	Domicile		Transfert		p
	Effectif %	RR IC	Effectif %	RR IC	
Hémorragie du post-partum	115 0,3	1	46 0,6	1,897 1,333-2,695	0,001
Rupture Utérine	58 0,1	1	36 0,4	2,551 1,650-3,937	<0,001
Dystocie	2165 5,4	1	1206 14,8	3,174 2,949-3,424	<0,001
Pré-éclampsie Sévère	854 2,1	1	605 7,4	3,571 3,205-3,984	<0,001
Décès Maternel	17	1	16 0,2	2,518 1,233-5,154	0,011
Hémorragie ante partum	508 1,3	1	299 3,7	2,849 2,450-3,300	<0,001
Septicémie	1	1	1	6,602 0,375-10	0,232

*RR= Risque Relatif ; IC= Intervalle de confiance

Après ajustement à l'âge, la parité et au poids de naissance, nos résultats restent significatifs. Ainsi, même si ces derniers influent sur le mode d'admission, leurs actions sur le pronostic maternel et néonatal restent négligeables sur les résultats, il en est de même pour la probabilité de survenue d'une complication obstétricale en fonction du mode d'admission comme le montre les tableaux ci-après.

Tableau VII : Répartition des patientes selon certaines issues maternelles et néonatales en fonction du mode d'admission, après ajustement

Pronostic	Domicile		Transfert		p
	Effectif %	RR IC	Effectif %	RR IC	
Épisiotomie	8228 25,4	1	1422 30,1	1,167 1,358-1,718	0,001
Déchirure	2828 8,8	1	364 7,8	0,895 0,807-0,993	0,036
Césarienne	8127 20,2	1	3443 42,4	2,534 2,361-2,719	<0,001
Score d'Apgar < 7	1534 3,8	1	781 9,6	1,392 1,207-1,605	<0,001
Réanimation Néonatale	5886 14,6	1	2494 9,6	1,597 1,477-1,724	<0,001
Décès Néonatal	78 0,2	1	28 0,3	0,874 0,493-1,550	0,643
Morts Nés Frais	452 1,1	1	292 3,6	2,192 1,709-2,808	<0,001

*RR= Risque Relatif ; IC= Intervalle de confiance

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les complications obstétricales directes en fonction du mode d'admission, après ajustement

	Domicile		Transfert		p
	Effectif %	RR IC	Effectif %	RR IC	
Hémorragie du post-partum	115 0,3	1	46 0,6	1,901 1,335-2,710	0,001
Rupture Utérine	58 0,1	1	36 0,2	1,992 1,283-3,086	0,003
Dystocie	2165 5,4	1	46 14,8	3,115 2,890-3,367	<0,001
Pré-éclampsie Sévère	854 2,1	1	605 7,4	3,448 3,086-3,861	<0,001
Décès Maternel	16 3,8	1	17 0,2	1,858 0,730-4,716	0,204
Hémorragie ante partum	508 1,3	1	299 3,7	2,087 1,782-2,444	<0,001
Septicémie	1	1	1	6,369 0,397-100	0,219

***RR= Risque Relatif ; IC= Intervalle de confiance**

5 Discussion

5.1 Principaux résultats

Durant notre période d'étude, le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR a enregistré 48535 accouchements dont 8145 évacuées, soit une fréquence de 16,8%. La moyenne d'âge était de 27,1 ans et la parité moyenne était de 1,39 avec des extrêmes de 0 et 13. Les patientes qui étaient admises par le biais d'un transfert étaient plus jeunes avec une moyenne d'âge de 27,1 ans. Ces dernières, comptaient plus de nullipares (19,9% contre 14,3%) et le poids de naissance des nouveau-nés était plus faible. Le taux de césarienne était 2 fois plus élevé chez les patientes évacuées soit 42,4% contre un taux de 20,2% pour le groupe témoin. Le risque de survenue d'un score d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute ainsi que celle d'un décès néonatal précoce était 3 fois plus élevé chez les patientes évacuées. Elles avaient en outre un risque plus élevé de césarienne comparées aux patientes admises en provenance de leur domicile. Le pronostic néonatal défavorable était plus corrélé aux évacuées comparées aux patientes venant de leur domicile. Les patientes évacuées avaient en plus 2 à 6 fois plus de risque d'avoir au moins une complication obstétricale directe comparés à celles venant de leur domicile.

5.2 Interprétation de nos résultats

➤ Fréquence des évacuées

Durant la période d'étude, l'évacuation s'élevait à 16,8% de l'ensemble des accouchements. Notre taux est inférieur à ceux rapportés par Traoré au Mali (24,4%) [39]. Par contre, il est nettement supérieur à ceux rapportés par Camara au Mali (14,8%) [40], Thiero [41] au CHU Gabriel Toure (12,9%) et Macalou [42] à l'hôpital régional de Kayes (11,5%). Dans les pays développés, les évacuations sont exceptionnelles car il existe toujours, annexé à la maternité, un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [43].

En Afrique, la fréquence des évacuations est diversement appréciée. Cela dépend de la zone, du mode et de la durée de recrutement. En effet, dans certaines régions, il existe des « déserts médicaux » du fait de l'insuffisance de structure sanitaire et de ressources humaines de qualité qui fait que les hôpitaux sont souvent dits de référence. Notre fréquence pourrait s'expliquer par le fait que le centre de santé de Philippe Maguilen Senghor dispose d'un service d'accueil d'urgence obstétricale toujours opérationnel d'une part et d'autre part la proximité des autres districts sanitaires qui représentent 91,7% des patientes référées. Par ailleurs, ce fort pourcentage de patientes « hors district » met à nu les failles du « réseau SONU » dans la région de Dakar. En effet, la logique voudrait que les patientes se rendent dans la formation sanitaire la plus proche de leur lieu de résidence. Mais la réalité est tout autre et très complexe, tant les raisons évoquées sont multiformes. La dernière enquête de la direction de la santé et de la mère sur la fonctionnalité des blocs opératoires dans la région de Dakar montre en 2020, que sur 22 structures, seules 12 étaient fonctionnelles obligeant les patientes à faire le tour des hôpitaux pour enfin aboutir dans notre structure.

➤ **Pronostic maternel**

Les principales complications auxquelles les patientes étaient exposées étaient la césarienne et les lésions traumatiques du périnée. Nous avons noté un taux de césarienne de 42,4% chez les patientes transférées. Ces résultats, diffèrent de ceux rapportés par d'autres auteurs comme Traoré dans un district référence de Bamako qui retrouvait un taux de césarienne de 64,22 % chez les évacuées [23] et nettement inférieur à ceux de Thiam à Ndioum avec un taux de césarienne de 33,2% chez les patientes évacuées [24]. Ces taux de césarienne élevés chez les évacués peuvent être imputés au système de référence obstétricale mal cordonné pouvant être source de retard à la prise de décision d'évacuation et à la difficulté de trouver un point de chute lorsqu'une régulation est faite par le SAMU. La nécessité de rendre fonctionnels les blocs opératoires et de rendre les soins

obstétricaux d'urgence accessibles au niveau des centres de santé qualifiés avec un très bon personnel de réanimation peuvent contribuer à réduire la fréquence ainsi que la morbidité en rapport avec les évacuations.

Malgré les recommandations de l'OMS qui suggèrent une utilisation restrictive de l'épisiotomie, l'épisiotomie a été pratiquée chez 30,1% patientes évacuées. Ce taux, même s'il est supérieur aux directives et recommandations internationales, telles que celles du Royal College of Obstetricians (RCOG) [44] qui recommande un taux inférieur à 30% et du Collège américain d'Obstétrique et de Gynécologie (ACOG) [45], peut être expliqué par les caractéristiques des patientes dans le groupe qui comporte plus de nullipares et de patientes jeunes. Fort de ce constat, il s'impose des mesures pour réduire cette pratique chez les patientes en prêtant plus d'attention au le management de l'accouchement dans ce groupe de patientes.

➤ **Pronostic périnatal**

Le pronostic néonatal défavorable était plus corrélé aux évacuées comparées aux patientes venant de leur domicile. En effet, la survenue d'un score d'Apgar à la naissance inférieure à 7 et d'une mort fœtale était plus l'apanage des patientes référées avec des risques relatifs respectifs de 1,392 et 2,192. Cette tendance est observée dans plusieurs études africaines [42] [46] . Cette augmentation du risque de décès pourrait s'expliquer d'une part par certains facteurs en rapport avec la référence elle-même (décision tardive d'évacuer, problème lié à la régulation) et d'autre part par les limites de notre structure. En effet, le centre de santé Philippe Senghor ne dispose pas d'un service de néonatalogie pour la prise en charge urgente et correcte des nouveau-nés. Le centre ne dispose que d'une unité de néonatalogie qui fonctionne grâce à la délégation de compétence et l'appui de la chaire de pédiatrie par la présence d'un médecin pédiatre en spécialisation.

La question de la prise charge néonatale à Dakar reste une préoccupation majeure. En effet, seules trois maternités au Sénégal sont équipées pour prendre correctement en charge les nouveau-nés à Dakar. L'une ne dispose pas de

maternité et est limitée par le nombre de lits/couveuses. La construction de pôles mère-enfant et la mise en place d'un réseau de périnatalogie permettraient de réduire cette morbi-mortalité néonatale élevée liée à l'évacuation.

5.3 Implications de nos résultats

À la lumière de nos résultats, la référence obstétricale est corrélée à un mauvais pronostic néonatal et maternel. Il est ainsi nécessaire de mieux structurer les références par :

- la mise en place d'un dispositif d'information et de communication performante entre les structures ;
- la création d'un service d'accueil médical d'urgence obstétricale dédié exclusivement à la régulation et aux transports médicalisés des parturientes ;
- l'ouverture des structures non fonctionnelles du réseau SONU ;
- la mise en place d'un réseau de périnatalogie car la dimension néonatale est très peu prise en considération aussi bien dans les programmes de santé globaux qu'au niveau des pays. L'une des principales causes de cette soi-disant "négligence" est que la néonatalogie est très peu prise en considération par les programmes de lutte contre la mortalité maternelle et les programmes de lutte contre la mortalité infantile, le nouveau-né est un peu oublié entre les deux, tandis que la logique de santé publique plaide pour l'inverse, que les deux stratégies se chevauchent au niveau du nouveau-né qui est inséparable de la mère.

5.4 Forces et limites de l'étude

La force de cette étude était la taille de l'échantillon avec 48535 accouchements. L'étude était aussi réalisée dans une maternité universitaire où plusieurs études ont été produites.

Cependant, il s'agissait d'une étude rétrospective qui expose à des données incomplètes pouvant être à l'origine d'un biais dans le recensement de certaines complications obstétricales. Par exemple, nous n'avons colligé que 2 cas de septicémie.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Les évacuations obstétricales sont des situations assez fréquentes en Afrique subsaharienne et qui peuvent influencer sur le pronostic obstétrical. Ainsi, une place importante est à accorder à la problématique de la référence /évacuation pour améliorer la prise en charge des parturientes. C'était dans ce contexte que nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective sur 120 mois portant sur le pronostic maternel et périnatal des évacuées à la maternité du Centre de Santé de Philippe Maguilen Senghor.

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective sur une durée de 120 mois, allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2020.

Étaient incluses dans l'étude toutes patientes porteuses d'une grossesse de plus de 22 semaines d'aménorrhée reçues pour la prise en charge de leur accouchement. Les paramètres étudiés incluaient le mode d'admission, la provenance des, les caractéristiques socio-démographiques, les données de la grossesse et de l'accouchement, les données néonatales, les complications traumatiques liées à l'accouchement, les complications obstétricales et l'issue maternelle et néonatale. Les données étaient saisies dans notre base de données informatique *E-Perinatal*. Elles y étaient ensuite extraites et analysées d'abord dans Microsoft Excel 2016 puis à l'aide du logiciel *Statistical Package for Social Science* (SPSS 24, version Mac). Pour les variables qualitatives, nous avons déterminé les pourcentages et pour les variables quantitatives nous avons calculé les paramètres de position et de dispersion.

Dans la partie analytique des résultats, les variables qualitatives étaient décrites par des proportions par rapport à leur part totale.

L'issue obstétricale et néonatale était comparée par le test du Khi 2 entre les deux groupes (Exposées/non Exposées) à un taux de significativité de $p = 0,05$.

Les issues avec une différence significative étaient secondairement évaluées dans un modèle de régression logistique binominale en fonction du mode d'admission en prenant le mode « domicile » comme variable de référence.

Nous avons enregistré 48535 accouchements. Les évacuations représentaient 16,8% (8145) des accouchements. La majeure partie provenait hors district avec un taux de 91,7%. La moyenne d'âge des transférées était de 27,1 ans. On note un taux de césarienne 2 fois plus élevé chez les patientes évacuées soit 42,4% contre un taux de 20,2% pour le groupe témoin. La probabilité de survenue d'un score d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute ainsi que celle d'un décès néonatal précoce était 3 fois plus élevée chez les patientes évacuées.

Au terme de ce travail et au regard des résultats obtenus, nous formulons les recommandations suivantes pour une meilleure efficacité du système dans le centre de santé:

Cette étude confirme les résultats d'études antérieures sur le pronostic défavorable des patientes admises par le biais d'une évacuation médicale. Elles nécessitent dès lors une attention particulière.

Le taux d'évacuées provenant hors du District sanitaire appelle à une révision de la carte sanitaire de la région de Dakar ou à rendre fonctionnelles les autres structures de référence de chaque district sanitaire afin d'améliorer le pronostic des patientes évacuées en réduisant le facteur temps.

En outre, le Centre de santé Philippe Senghor ne dispose pas de ressources humaines et matérielles pour faire face à plus de 5000 accouchements par année dont près de 10 % de prématurés.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale devrait prendre en charge cet aspect par le biais de la Région Médicale de Dakar en redéfinissant les priorités.

REFERENCES

1. Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : OMS ; 2005. 261p (1-12).
2. Youssoufa Ndiaye, SECK PA, FALL MM. Le Plan National de Développement Sanitaire et Social. Senegal; 2018.
3. M.Mathai M.M Sanghvi- Dr Guidolle RJ-et-al . Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement guide destiné aux sages femmes et aux médecins -63p.
4. Sidiki B. Guindo. Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso [doctorat en Médecine]. [Bamako]: Université de Bamako; 2008.
5. Théra T, Traoré Y, Kouma A, Diallo B, Traoré ZO, Traoré M, Traoré AT, Doumbia S. Problematique du systeme de reference-contre-reference des urgences obstetricals et l'implication des communautes dans le district de Bamako. mali medical. 3:34-7.
6. Vancutsem I. Rapport de stage A 3ASC- Louvain developpement. :52.
7. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Social Science & Medicine. avr 1994;38(8):1091-110.
8. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy Childbirth. déc 2009;9(1):34.
9. Franckel A. Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Senegal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar. :466.
10. Anwar I, Kalim N, Koblinsky M. Quality of Obstetric Care in Public-sector Facilities and Constraints to Implementing Emergency Obstetric Care Services: Evidence from High- and Low-performing Districts of Bangladesh. J Health Popul Nutr. 15 sept 2009;27(2):139-55.
11. Cham M, Sundby J, Vangen S. Availability and quality of emergency obstetric care in Gambia's main referral hospital: women-users' testimonies. Reprod Health. déc 2009;6(1):5.

12. Grollman C, Ronsmans C. Systematic review of the proportion of pregnancy-related deaths attributed to HIV in population-based studies in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. janv 2014;19(1):83-97.
13. Ramos S. A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. *Bull World Health Organ*. 1 août 2007;85(8):615-22.
14. Garenne M, Mbaye K, Bah MD, Correa P. Risk Factors for Maternal Mortality: A Case-Control Study in Dakar Hospitals (Senegal). *African Journal of Reproductive Health*. mars 1997;1(1):14.
15. Kongnyuy EJ, Mlava G, van den Broek N. Facility-Based Maternal Death Review In Three Districts In The Central Region of Malawi. *Women's Health Issues*. janv 2009;19(1):14-20.
16. M P. Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RD Congo. *Biologie et Médecine présenté à: Mémoire Online*; 2015; RD Congo.
17. F R, V DB. Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement. Burkina Faso: Institute of Tropical Medicine; 2003 p. 1-20. (Programme AQUASOU.). Report No.: Composante 2.
18. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Make every mother and child count. Geneva; 2005. 229 p. (The world health report).
19. Brouwere V de, Leberghe W van. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. London; Antwerpen: Centre for Sexual & Reproductive Health ; UON Network, Unmet Need for Major Obstetric Interventions; 2001.
20. Ouédraogo D. La Liaison obstétrico-pédiatrique à Bobo-Dioulasso (Bilan de trois années de coopération de 1995 à 1997). :93.
21. Diakhate, Moussa. Plan stratégique du Système d'Information Sanitaire du Sénégal. 2012.

22. Barry A. Les references obstetricales au CMA du secteur 30 de Ouagadougou : Analyse de la pertinence des indications et pronostic materno-fœtal au cours de l'année 2009. [Burkina Faso]: Universite de Ouagadougou; 2011.
23. E A, E P, Y D. Les Évacuations Sanitaires Obstétricales dans un Hôpital de Deuxième Niveau de Référence du District de Bamako. AfrMéd. 1997;26(250):165-70.
24. Thiam O, Cissé ML, Mbaye M, Niang MM, Gueye M, Diouf AA, Dièye S, Moreau JC. La problematique des parturientes evacuees en zone rurale Senegalaise : exemple du centre hospitalier de Ndoum. 2013;6.
25. Ouedraogo TL, Kpozehouen A, Gléglé-Hessou Y, Makoutodé M, Saizonou J, Tchama-Bouraima M. WHO analysis of causes of maternal death. Santé Publique. 2013;25(4):507.
26. Keita PMM. Prevalence et facteurs de risque de la mortinatalite dans le service de gynecologieobstetrique de l'hopital national du point « G » entre 1985 ET 2003. 1985;112.
27. Traore DM. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSRef de Niafunké Thèse de médecine Abdoufatahi Salihou 1Evaluation du système de référence évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Niafunké de janvier 2007 à decembre 2008. :99.
28. Organisation mondiale de la Santé. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse; 1990.
29. Sethia B, Kumar P, Knights F, Knights D, Davies SC. Essentials of Global Health. 2019. (Elsevier 2019).
30. Shirai K. Obesity as the core of the metabolic syndrome and the management of coronary heart disease. Curr Med Res Opin. 20(3):295-304.
31. Filippi V, Ronsmans C, Campbell OM, Graham WJ, Mills A, Borghi J,

Koblinsky M, Osrin D. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet*. oct 2006;368(9546):1535-41.

32. Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. OMS. 2005;1-12.

33. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10. 3, 3,. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2009.

34. Organización Mundial de la Salud. Au-delà des nombres: examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2004.

35. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet*. avr 2006;367(9516):1066-74.

36. Prual A. Morbidite maternelle grave par causes obstetricales directes en Afrique de l'Ouest : incidence et létalité. 2000;(3):9.

37. M B-C, M S, C D-T. The confidential enquiries into maternal deaths, 1996-2006 in France: what consequences for the obstetrical care? 2011; France.

38. M S, C D-T, M B-C. Le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Maternal mortality in France, 2007-2009. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.*; 2013.

39. Traore Y. EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION DES URGENCES OBSTETRIQUES AU CSREF DE NIOURO DU SAHEL DE 2015 A 2018. [Bamako]: Université de Bamako; 2020.

40. CAMARA W. Evacuations sanitaires obstetricales : profil epidemiologique et pronostic materno-fœtal au centre de sante de reference de la commune v du district de bamako A propos de 4280 cas. [Bamako]: Université des sciences des techniques et des technologies de BAMAKO; 2018.

41. Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas. [Bamako]: Université de Bamako; 1995.
42. Macalou B, Dembele S, Diassana M, Sidibe A, Hamidou A, Berthe D, Bocoum A, Fane S, Teguede I, Traore Y. Les Évacuations Obstétricales à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Health Science and Disease. mai 2021;21(5):90-4.
43. Berlan M, Morel O, Gayat E. Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum. Choc hémorragique. Elsevier Mason; 2008.
44. RCOG. The Management of Third and Fourth perineal degree Green top Guideline. 2015.
45. Practice Bulletin No. 165 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstet Gynecol. juill 2016;128(1):226-7.
46. Boua C. Présentée et soutenue publiquement le //2013 devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali. :95.

RESUME

Objectifs : Evaluer le pronostic maternel et périnatal des patientes évacuées en milieu obstétrical.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective réalisée à la Maternité du centre de santé Philippe Maguilen Senghor du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2020 portant sur les patientes porteuses d'une grossesse de plus de 22 semaines d'aménorrhée reçues pour la prise en charge de leur accouchement. Les accouchées étaient réparties selon qu'elles venaient de leur domicile ou issues d'un transfert. Les données étaient extraites de notre base de données informatique *E-perinatal* puis analysées dans le logiciel *Statistical Package for Social Science (SPSS 24, version Mac)*.

Résultats : Nous avons enregistré 48535 accouchements. Les évacuations représentaient 16,8% (8145) des accouchements. La majeure partie provenait hors district avec un taux de 91,7%. La moyenne d'âge des transférées était de 27,1 ans. On note un taux de césarienne 2 fois plus élevé chez les patientes évacuées soit 42,4% contre un taux de 20,2% pour le groupe témoin. La probabilité de survenue d'un score d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute ainsi que celle d'un décès néonatal précoce était 3 fois plus élevée chez les patientes évacuées.

Conclusion : Cette étude confirme les résultats d'études antérieures sur le pronostic défavorable des patientes admises par le biais d'une évacuation médicale. Elles nécessitent dès lors une attention particulière.

Le taux d'évacuées provenant hors du District sanitaire appelle à une révision de la carte sanitaire de la région de Dakar ou à rendre fonctionnelles les autres structures de référence de chaque district sanitaire afin d'améliorer le pronostic des patientes évacuées en réduisant le facteur temps.

Mots clés : Évacuées, Référées, Accouchement, Pronostic, District, Dakar