

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



Année 2021

N° 220

LES EVACUATIONS SANITAIRES A LA
MATERNITE DE L'HOPITAL DE L'INSTITUT
D'HYGIENE SOCIALE : A PROPOS DE 1156 CAS
COLLIGES EN 2020

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

PRESENTÉ ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

Le 24 Novembre 2021

PAR

Dr Mohamed Amine INZALE

Né le 03 Janvier 1988 à Agadir (Maroc)

MEMBRES DU JURY

Présidente :

Mme Mariame

GUEYE BA

Professeur Titulaire

Membres :

M. Magatte

MBAYE

Professeur Titulaire

M. Mohamed Tété

DIADHIOU

Maître de Conférences Titulaire

Directeur de Mémoire :

M. Mouhamadou Mansour

NIANG

Professeur Assimilé

A notre Maître et Présidente du jury

Madame le Professeur Mariame GUEYE BA

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme présidente de notre jury de mémoire. Nous ne saurions vous exprimer notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger notre travail.

Votre compétence, votre sympathie, votre modestie et votre perfectionnisme sont autant de qualités à admirer.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Magatte MBAYE

Vous nous faites un grand honneur de siéger dans notre Jury de mémoire.

Nous voudrons rendre grâce à Dieu et à vous pour votre coaching, vos conseils et vos enseignements qui ont contribué grandement dans notre formation en tant que DES.

La clarté et la concision de vos raisonnements forcent respect et admiration.

Permettez-nous en ce jour solennel, de vous rendre un juste et plein hommage non seulement pour cela, mais également pour vos qualités humaines faites de sagesse, de bonté et d'humilité, peu communes.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Mohamed Tété DIADHIOU

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail en acceptant de le juger. Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre sens du travail bien fait font de vous un maître exemplaire.

Soyez assuré, Cher Maître, de nos sincères remerciements.

A Notre directeur de mémoire

Monsieur le Professeur Mouhamadou Mansour NIANG

Cher maître, vous avez fait preuve d'une détermination sans faille tout au long de ce travail. Votre humanisme, votre modestie et votre disponibilité, nous ont profondément touchés. Dévoué, infatigable, respectueux, nous avons admiré votre simplicité et votre attachement à notre formation. Ce mémoire est le couronnement de votre indéfectible attachement au travail bien fait.

Veuillez recevoir toute notre reconnaissance et notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

BRH	: Brigade Régionale de l'Hygiène
CIM-10	:Classification statistique internationale des maladies des problèmes de santé, 10e révision
CMU	: Couverture Médicale Universelle
CPN	: Consultation prénatale
CPRS	: Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
DES	: Diplôme des Etudes Spécialisés
EPS	: Etablissement Public de Santé
GEU	: Grossesse extra-utérine
GG	: Grossesse gémellaire
HRP	: Hématome rétro placentaire
HTA	: Hypertension artérielle
HU	: Hauteur utérine
IHS	: Institut d'Hygiène Sociale
MFIU	: mort fœtale in utero
MPEC	: meilleure prise en charge
NFS	: Numération formule sanguine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PGAC	: Politique pour la Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne
PNDS	: Plan National pour le Développement Social
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
RCIU	: Retard de Croissance Intra Utérin
RPM	: rupture prématurée des membranes
ROM	: rétention d'œuf mort
RTS	: Radio Télévision Sénégalaise
SFE	: sage-femme d'état
SONU	: soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SRAS	: Services Régionaux de l'Action Sociale
SSP	: Soins de Santé Primaire
TMM	: taux de mortalité maternelle
UNFPA	: Nations Unies Pour la population
SIDA	: syndrome d'immunodéficience humaine acquise

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Pyramide sanitaire au Sénégal	8
Figure 2: Répartition des patientes selon la tranche d'âge	20
Figure 3: Répartition des patientes selon la gestité	21
Figure 4: Répartition des patientes selon la parité.....	21
Figure 5: Répartition des patientes selon le lieu de résidence	22
Figure 6: Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisée.....	23
Figure 7: Répartition des patientes selon le lieu des CPN	24
Figure 8: Répartition des patientes selon les structures de référence	24
Figure 9: Répartition des patientes selon le nombre de structures transité	26
Figure 10: Répartition des patientes selon le moyen de transport.....	26
Figure 11: Répartition des patientes selon la qualification du récepteur.....	27
Figure 12: Répartition des patientes selon le temps de prise de décision d'évacuation vers la structure de référence	28
Figure 13: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel	30
Figure 14: Répartition des patientes selon la phase du travail	31
Figure 15: Répartition des patientes selon le type d'accouchement	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patientes selon la qualification de l'évacuateur	25
Tableau II: Répartition des patientes selon les traitements recus avant évacuation	28
Tableau III: Répartition des patientes selon les motifs d'évacuations	29
Tableau IV: Répartition des patientes selon les examens en urgence	31
Tableau V: Répartition des différents diagnostics retenus	32
Tableau VI : Répartition des patientes selon les causes de décès fœtal.....	34

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	4
I. GENERALITES	5
1. Définitions et concepts	5
2. Le système de santé au Sénégal	7
2.1. Organisation de la pyramide sanitaire au Sénégal	7
2.2. Politique en matière de santé	8
3. Le système Référence/contre-référence	9
3.1. Les systèmes de référence	9
3.2. Indications de la référence en urgence	10
3.3. Pronostic de la référence en urgence.....	11
4. Le cadre conceptuel des trois délais.....	11
4.3.1. L'importance du troisième délai	12
4.3.2. Les composantes du troisième délai.....	13
5. La qualité des soins obstétricaux	14
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	15
I. Cadre d'étude.....	16
I.1 Infrastructures	16
I.1.1. Au rez-de-chaussée	16
I.1.2. Au premier étage	17
I.2. Personnel	17
I.3 Activités.....	17
I.3.1. Soins	18
I.3.2. Formation.....	18
I.3.2.1. Formation théorique	18
I.3.2.2 Formation pratique	18
I.3.3 Recherche	18
II.Patiennes et méthodes.....	18
II.1. Type et durée d'étude	18
II.2. Critères d'inclusion.....	18
II.3. Paramètres étudiés	18
II.4. Collecte des données.....	19
II.5. Analyse des données	19
III.Résultats	20
1.Fréquence.....	20

2.Caractéristiques sociodémographiques	20
2.1.Age.....	20
2.2.Gestité	20
2.3.Parité	21
2.4.Lieu de résidence.....	22
3.Suivi de la grossesse.....	22
3.1.Nombre de consultation pré natale	22
3.2.Prestataire des CPN	23
3.3.Lieu des CPN	23
4.Evacuation	24
4.1.Origine	24
4.2. Fiche d'évacuation	25
4.3.Fonction de l'évacuateur	25
4.4.Nombre de structure fréquentée	25
4.5.Moyens de transport	26
4.6.Qualification du récepteur	27
4.7.Délai de prise de décision d'évacuation au niveau de la structure d'origine....	27
4.8.Soins prodigues avant évacuation	28
4.9.Motifs d'évacuations	28
4.10.Prise en charge immédiate	29
5.Situation obstétricale à l'entrée	29
5.1.Admission	29
5.2.Age gestationnel.....	30
6.Examen clinique à l'entrée	30
6.1.Etat général	30
6.2.Travail.....	30
7.Examens complémentaires en urgence	31
8.Diagnostic retenu et prise en charge	32
8.1.Diagnostic	32
8.2.Délai diagnostic.....	32
8.3.Concordance diagnostic et motif d'évacuation	32
8.4.Prise en charge	32
8.5.Temps entre la prise de décision et la prise en charge	33
8.6.Types d'accouchement	33
8.7.Difficultés lors de l'accouchement	34
9.Pronostic	34
9.1.Maternel	34

9.2.Pronostic fœtal	34
Discussion	35
1.Suivi de la grossesse.....	35
2.Evaluation de la qualité de l'évacuation	36
3.Prise en charge à l'admission	38
4.Pronostic maternel.....	38
5.Pronostic fœtal	39
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	40
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	43
ANNEXE	

INTRODUCTION

Depuis la signature de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, les responsables du monde entier se sont engagés à réaliser les objectifs 4 et 5 pour le développement, qui sont relatifs à la mortalité juvénile-infantile et à la santé maternelle, on assiste à une intensification des efforts consentis pour améliorer l'existence des femmes et des enfants partout sur la planète.

Les objectifs initialement fixés consistaient à réduire des deux tiers la mortalité des moins de cinq ans et des trois quarts le taux de mortalité maternelle au cours de la période 1990–2015 [28].

Au Sénégal, le rapport de mortalité maternelle y est estimé à 315 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Ce rapport a diminué de 40% environ entre 1990 et 2015 au Sénégal mais les progrès à réaliser dans les prochaines années pour atteindre les Objectifs de Développement Durable sont considérables. La mortalité maternelle peut être maîtrisée si les complications de la grossesse sont prises en charge correctement et en temps opportun. La solution du problème de la mortalité est aussi d'ordre organisationnel [24].

Les pays en développement ont opté pour un système de prestation de soins de type pyramidal pour mettre à la disposition des populations des soins de base et de proximité. La liaison entre les différents niveaux des soins est un élément essentiel depuis le début des soins de santé primaire (SSP). Le système de Référence/Evacuation a été conçu pour servir de complément au principe des SSP qui est de traiter les patients à un premier niveau de soins aussi près que possible de leur habitation avec toute la compétence nécessaire. L'organisation du système de Référence/Evacuation garantit la cohésion du système de santé [17].

Dans sa mise en œuvre, elle est confrontée à de nombreuses difficultés qui se traduisent notamment par le non-respect du circuit officiel de référence et le renoncement aux soins par les parturientes [27].

Une bonne politique d'évacuations (références) est très importante en matière de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Selon différentes études, les évacuations obstétricales à partir des structures périphériques représenteraient 3 à 66 % des activités des hôpitaux de référence. Malheureusement, ces évacuations sont influencées par une série de facteurs, dont les questions inhérentes aux agents de santé, à la population, à la distance et à l'accessibilité géographique (évacuations en provenance des zones rurales), à la mauvaise organisation du système contribuant à les rendre moins performantes et ces évacuations seraient associées à des taux importants de morbi-mortalité materno-fœtale. Pour réduire les risques liés à la grossesse et à

l'accouchement, il est capitale d'identifier le plutôt possible les 15% des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte que les femmes soient référées vers des structures mieux équipées [3].

De tous ces constats faits, il est intéressant d'accorder une attention particulière à la problématique des évacuations, spécifiquement celles des parturientes vers les hôpitaux de référence.

Objectif général :

- Etudier les facteurs pronostiques des évacuations sanitaires en Gynécologie-Obstétrique

Objectifs spécifiques :

- Identifier les facteurs étiologiques des évacuations dans le Service de Gynécologie-Obstétrique.
- Déterminer la fréquence des évacuations.
- Déterminer les causes du retard à l'évacuation.
- Evaluer la prise en charge initiale des évacuées de la structure d'origine à la structure de référence.
- Evaluer le pronostic maternel et fœtal lié aux références obstétricales.

PREMIERE PARTIE

I. GENERALITES

1. Définitions des concepts

- **Système de santé** : C'est l'ensemble des institutions, des personnes et des ressources qui participent à la prestation de soins de santé. Il constitue, avec l'assurance maladie, les deux éléments du système de santé [19].
- **Référence** : C'est le mécanisme par lequel, une maternité oriente une patiente qui dépasse ses compétences, vers une structure plus spécialisée et mieux équipée (hôpital en général), pour une meilleure prise en charge [29].
- **Evacuation sanitaire** : Elle désigne une référence réalisée vers une situation d'urgence. C'est le cas pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- **Contre-référence** : C'est le mécanisme par lequel, une structure plus spécialisée et mieux équipée adresse, après l'avoir soignée, une patiente à la maternité qui l'avait référée, pour assurer la continuité des soins et le suivi post-hospitalier [29].
- **Soins obstétricaux et néonataux d'urgence** : Ce sont des soins d'urgence administrés aux femmes qui connaissent des complications lors de l'accouchement. Cette stratégie a pour but de réduire la mortalité maternelle, d'après le fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Les autres stratégies sont la planification familiale et des accouchements assistés.
Les SONU peuvent être divisés en deux catégories: SONU de base et SONU complets.
 - Les SONU de base peuvent être administrés par des sages-femmes ou des médecins et ne nécessitent pas de compétences chirurgicales. Ils sont composés des interventions suivantes: l'administration d'antibiotiques, de médicaments et d'anticonvulsivants parentéraux; l'extraction manuelle du placenta et des résidus; et l'accouchement par voie basse assisté [5].
 - Les SONU complets comprennent toutes ces interventions, en plus de la possibilité d'effectuer des césariennes et des transfusions sanguines. Ils ne peuvent être administrés que par des prestataires de soins ayant les compétences chirurgicales adéquates dans un centre de santé qui dispose des ressources nécessaires. L'accès aux SONU est donc influencé par la possibilité pour une femme d'être transférée d'un centre de santé offrant des soins de base à un autre offrant des soins complets. Les systèmes de référence visent à assurer ce transfert [7].

- **Mortalité Maternelle** : C'est « le décès d'une femme, survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » [11,39].

Toutefois, les normes de notification de la mortalité maternelle ont évolué dans la CIM-10, avec l'apparition de deux nouveaux concepts :

- la mortalité maternelle tardive, qui se définit comme le décès d'une femme, résultant de causes obstétricales directes ou indirectes, survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.
- la mortalité liée à la grossesse qui se définit comme le décès d'une femme, survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort [20].

Cette évolution de définition a contribué à élargir le champ de la mortalité maternelle, et a suscité dans la communauté scientifique, un intérêt grandissant pour l'analyse des causes de décès des femmes en cours de grossesse ou du post-partum [11]. Ainsi, les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

- Les décès par cause obstétricale directe qui « résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un des quelconques facteurs ci-dessus ».
- Les décès par cause obstétricale indirecte qui « résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse » [30]. Hormis ces deux types de décès, les causes générales de la mortalité maternelle qui sont résumés en 4 TROP et 3 RETARD peuvent être signalées :

*4TROP :

- Grossesses trop nombreuses : plus de 6 enfants
- Grossesses trop rapprochées : moins de 2 ans
- Grossesses survenues trop tard : plus de 35 ans
- Grossesses survenues trop tôt : moins de 20 ans

*3 RETARD :

- Retard sur la décision de consulter le service de santé
 - Retard pris pour arriver à l'établissement de santé
 - Retard pris dans la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales
- **Taux de mortalité maternelle (TMM)** : Il exprime le nombre de décès maternels dans une population divisé par le nombre de femmes en âge de procréer. Il reflète donc non seulement le risque de décès maternel associé à chaque grossesse ou accouchement (naissance vivante ou mort naissance), mais aussi le taux de fécondité dans la population [30].
 - **Morbidité obstétricale** : Elle est définie comme toute pathologie, chez une femme enceinte (quelles que soient la localisation et la durée) ou accouchée depuis moins de 42 jours, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou par sa prise en charge, mais sans lien avec une cause accidentelle ou fortuite [37].
 - **Mortalité fœtale** : La mort fœtale in utero (MFIU) exprime le décès constaté avant le début du travail, par opposition à la mort per partum, qui est la survenue du décès au cours du travail [37].
 - **Mortalité fœtale** : La mort fœtale in utero (MFIU) exprime le décès constaté avant le début du travail, par opposition à la mort per partum, qui est la survenue du décès au cours du travail [37].

2. Le système de santé au Sénégal

2.1. Organisation de la pyramide sanitaire au Sénégal

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays [24]. Elle comprend :

- un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés, les Centres Nationaux de Réinsertion Sociale et les Etablissements Publics de Santé de niveau 3 ;
- un niveau intermédiaire stratégique qui regroupe les Régions Médicales, les Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH), les Services Régionaux de l'Action Sociale (SRAS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 2 ;
- un niveau périphérique opérationnel avec les Districts Sanitaires, les Sous – Brigades de l'Hygiène, les Services Départementaux de l'Action Sociale, les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 1.



Figure 1: Pyramide sanitaire au Sénégal [24]

2.2. Politique en matière de santé

La politique de santé du Sénégal est définie dans le Plan national de Développement sanitaire (PNDS) pour la période allant de 2009 à 2018. La mise en œuvre du PNDS 2009-2018 poursuit les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé et d'action sociale notamment [24]. Il s'agit plus spécifiquement de :

- Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile ;
- Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- Renforcer durablement le système de santé ;
- Améliorer la gouvernance du secteur de la santé ;
- Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables.

Pour surmonter les obstacles financiers afférents aux soins de maternité, le pays a adopté une Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne (PGAC).

A cela s'ajoute la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui offre une garantie d'accès aisement à des soins de qualité. Officiellement lancée le 24 septembre 2013, cette politique, entrant dans le cadre de la protection sociale, est porteuse d'espoir. Dans ses premières applications, la CMU assurait la gratuité des soins des enfants âgés de 0 à 5 ans et celle de la césarienne. Elle prenait également en charge le Plan Sésame, destiné aux personnes du troisième âge, avant de s'étendre aux subventions de la dialyse.

Ainsi, la mise en œuvre de ces initiatives, nécessite une répartition équitable du personnel de santé. Cependant, de grandes disparités subsistent dans le pays, car 70% des médecins et 80% des pharmaciens et des dentistes sont installés dans la capitale (Dakar) [36].

La vision de la politique de santé est bâtie au tour du principe d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion.

3. Le système Référence/contre-référence

3.1. Les systèmes de référence

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. Il s'agit d'être en mesure de reconnaître les signes de complications obstétricales dans les centres de santé de premier niveau afin d'assurer le transfert rapide des parturientes dans les centres de santé de deuxième niveau qui disposent des ressources nécessaires pour les prendre en charge. Toutefois, malgré le fait que plusieurs pays africains aient mis en place ce type de structure, les taux élevés de mortalité maternelle persistent.

Plusieurs éléments limitent les effets positifs que pourrait induire l'implantation des systèmes de référence. Comme le soulignent Murray et Pearson [26], l'efficacité des systèmes de référence «C'est dire qu'il s'agit d'une chose que d'arriver à temps au sein d'une structure sanitaire et d'une toute autre que d'obtenir les soins appropriés rapidement». En effet, la mauvaise qualité des soins, le manque de personnel qualifié, l'absence d'équipements adéquats et d'outils de communication ne sont que des exemples des nombreux problèmes rencontrés au sein des systèmes de santé en Afrique qui nuisent à leur efficacité [26].

Afin d'accroître l'efficacité des systèmes de référence, les professionnels de santé doivent être encadrés à l'aide d'un protocole qui facilite leur prise de décision. Ces derniers seraient alors en mesure de déterminer à quel moment lors de l'apparition d'une complication ou à quel degré de risque les patientes doivent être évacuées vers un niveau de soins supérieur. Par ailleurs, les prestataires de soins doivent faire preuve de responsabilité à l'égard de leur fonction à remplir.

Cela est influencé par le contexte organisationnel, soit par les procédures et par le type de relations qu'entretiennent les employés. Les systèmes de référence devraient également bénéficier de mécanismes de protection pour les plus démunis lorsque ceux-ci ne peuvent pas assurer les frais liés à l'évacuation d'urgence, d'un système de surveillance afin d'évaluer leur performance et du soutien des décideurs [26].

Le bon déroulement des évacuations des urgences obstétricales ne dépend pas uniquement de caractéristiques techniques ou organisationnelles des systèmes de santé, mais dépend aussi des prestataires de soins dans les centres de santé de première ligne qui peuvent manquer de compétences nécessaires à la reconnaissance rapide des signes de complication. Ainsi, la mauvaise gestion des complications obstétricales et la survenue de délais dans la prestation du traitement adéquat sont fréquentes dans les centres de santé de première ligne [22].

3.2. Indications de la référence en urgence

Selon MAGNIN [22] 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 polysystémiques, les anomalies de l'hémostase et le SIDA) et les anomalies apparues au cours de la grossesse (pré-éclampsie, éclampsie, placenta prævia, hématome rétro placentaire, maladie embolique et grossesse multiple). 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.

Les études africaines [3] ont permis de ressortir une classification des pathologies qui constituent les motifs de référence en urgence. Ces pathologies sont regroupées en : dystocies, hémorragies de la délivrance, pathologies gravidiques, pathologies associées à la grossesse et pathologies du post-partum.

MARTEY [9], en plus des indications susmentionnées, ajoute les grossesses à risque, la rétention du deuxième jumeau et les ruptures utérines.

3.3. Pronostic de la référence en urgence

Sur 529.000 femmes qui meurent chaque année de complications de grossesse dans le monde, environ une sur quatre succombe à une hémorragie, selon une analyse de l'OMS. L'infection (la septicémie) est responsable d'une mort sur six. Les autres causes majeures comprennent l'éclampsie et d'autres troubles de la tension artérielle, et l'accouchement dystocique. La plupart de ces décès se produisent dans les pays en développement, et pourraient être évités si ces femmes avaient accès à des soins de qualité [3].

Parmi les déterminants de cette morbi-mortalité, les références obstétricales occupent une place importante. En effet, elles représentent plus de 20% des cas de morbidité associée à la grossesse [27]. Le plus souvent tardives, les références grèvent lourdement le pronostic de la mère et du nouveau-né.

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, ils relevaient que la mortinatalité était particulièrement élevée au sein des enfants nés de mères évacuées. Les principales causes de mortalité retrouvées par ces différents auteurs étaient représentées par l'infection et l'hémorragie [3].

4. Le cadre conceptuel des trois retards

La majorité des décès maternels sont évitables. En effet, il existe des retards dans la prestation du traitement adéquat. Selon Taddheus et Maine [38], 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 retard),
- le temps nécessaire pour se rendre à un centre de santé (deuxième retard),
- le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la prestation des soins (troisième retard).

À chacun de ces retards correspondent certains facteurs qui déterminent leur importance.

4.1. Le premier retard

Le premier retard est influencé par les éléments qui entourent la prise de décision, tels 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.

4.2. Le deuxième retard

L'accessibilité du centre de SONU va influer sur le retard qui peut survenir à cette étape. Cette accessibilité est définie par plusieurs facteurs : le coût et la disponibilité du transport, le coût et la réputation des soins que dispensent le centre, la distance à parcourir.

4.3. Le troisième retard

Le troisième retard est attribuable à la qualité des soins dispensés et au temps mis pour recevoir ces soins.

4.3.1. L'importance du troisième retard

Dans les pays en voie de développement, le troisième retard contribue de façon importante aux décès maternels. Une étude réalisée dans cinq centres de santé de l'État d'Enugu au Nigeria [31] a trouvé que la majorité des décès maternels ont été causés par des retards au niveau du traitement des urgences obstétricales. Les auteurs ont conclu que les taux de mortalité maternelle demeurent élevés dans cette région à cause du troisième délai. D'après les chercheurs, la lutte contre la mortalité maternelle demeurera inefficace tant et aussi longtemps que les hôpitaux ne seront pas mieux équipés et les prestataires mieux formés, deux éléments qui causent un troisième retard.

Ces conclusions vont dans le même sens que celles de l'Organisation Mondiale de la Santé: «Chaque mère et chaque nouveau-né ont besoin maternel qualifié et les soins néonataux dispensés par des professionnels à et après la naissance d'un professionnel, capable d'agir immédiatement en cas de complications imprévisibles se produisant en grande partie» [32].

L'efficacité des systèmes de santé et la qualité des soins n'influencent pas seulement la durée du troisième retard, mais aussi la perception qu'ont les parturientes des systèmes de santé modernes et, ainsi, leur décision d'y avoir recours. En conséquence, la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales dans les centres de santé influence également la durée du premier retard, puisque « le désir d'obtenir des soins et la motivation pour surmonter les problèmes de transport sont éclipsés par un manque de confiance dans le système médical» [34]. Plusieurs travaux se sont intéressés aux expériences négatives vécues par les parturientes. Des entrevues réalisées auprès de femmes ayant présenté des complications, mais en ayant réchappé (échappées-belles)

avaient montré que, lors des évacuations sanitaires, les patientes rencontraient de nombreux problèmes [34]. Parmi ceux-ci figurent les mauvais traitements infligés aux patientes par le personnel soignant, les coûts élevés engendrés par l'évacuation, les retards au niveau du transport, etc. Ces obstacles provoquent des retards dans le traitement des urgences obstétricales et découragent les femmes de refaire appel au système de santé par la suite. Les expériences vécues dans les centres de santé lors des accouchements antérieurs sont un des déterminants du recours aux soins [38]. Il est donc essentiel d'agir sur les éléments qui constituent le troisième retard afin d'améliorer la prise en charge des urgences obstétricales et d'encourager les femmes à avoir 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. 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 retard. Si une femme développe une complication à la maison, elle devra d'abord faire face aux premier et deuxième retards avant de recevoir urgentement des soins de qualité [20,26,33].

4.3.2. Les composantes du troisième retard

Le troisième retard 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, les ruptures de stocks au niveau des médicaments et des poches sanguines, l'organisation du transport pour permettre l'évacuation des parturientes, le niveau de communication entre les paliers de soins, l'absence de protocoles cliniques, etc [4,15].

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 [15]. 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) [3].

Le personnel de santé doit disposer d'un environnement adéquat et des compétences nécessaires pour être en mesure de détecter les complications obstétricales et fournir aux parturientes le traitement adéquat (évacuation vers le centre de référence) de façon rapide [15].

5. La qualité des soins obstétricaux

La mauvaise prise en charge des accouchements, surtout des complications obstétricales, est responsable d'une bonne partie des décès maternels [14]. L'amélioration de qualité des soins obstétricaux est donc une des composantes clés de l'amélioration de santé maternelle. Or, la qualité des soins est un enjeu complexe et multidimensionnel. La qualité ne revêt pas seulement une dimension technique, mais aussi une dimension interpersonnelle. C'est à travers la relation qu'entretient un médecin avec son patient qu'il sera en mesure de diagnostiquer sa maladie et de lui fournir un traitement adéquat. Le processus interpersonnel est à la base du succès des interventions médicales et influence la qualité des soins. De plus, la qualité des soins ne peut être dissociée de l'environnement dans lequel ceux-ci sont dispensés. Les agents de santé font face à certaines contraintes qui limitent les interventions qu'ils sont en mesure de réaliser [13].

L'efficacité du traitement n'est donc pas la seule composante de la qualité des soins. Dans les pays en développement, malgré le fait que les interventions cliniques efficaces pour la prise en charge des urgences obstétricales soient connues, leurs effets positifs sont souvent réduits par le faible recours aux services de santé chez les femmes enceintes et par la mauvaise prise en charge des complications obstétricales. La qualité des soins obstétricaux dépend donc de multiples facteurs sociaux, économiques et culturels [1].

Ces facteurs exercent une influence sur la prise en charge des accouchements normaux, sur l'identification des signes de complications et sur la gestion des urgences obstétricales. Bien que la qualité des soins obstétricaux soit multifactorielle, le déploiement de ressources financières par l'État et la disponibilité d'un personnel qualifié sont des éléments fondamentaux [1].

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. Cadre d'étude

Notre étude a eu pour cadre la Maternité de l’Institut d’Hygiène Sociale de Dakar (IHS) qui est depuis 2010 un Etablissement Public de Santé de niveau 1 (EPS 1). Il est situé dans le District Sud de la région médicale Dakar. Il est limité à l’Ouest par l’avenue Blaise Diagne, au Sud par l’avenue Malick Sy, à l’Est par la Radiotélévision Sénégalaise (RTS) et au Nord par le stade Iba Mar Diop.

I.1 Infrastructures

La maternité était jusqu’en Décembre 2005 une maternité de niveau 1 où on effectuait que des accouchements normaux. De 2006 à 2010, on y réalisait en moyenne 6000 accouchements par an dont 1000 césariennes.

De 2010 à 2018, elle a été fermée pour réhabilitation et les activités ont repris dans les nouveaux locaux au mois d’Avril 2018.

La maternité bâtie sur deux niveaux comporte plusieurs unités de soins logées au rez-de-chaussée et au premier étage.

I.1.1. Au rez-de-chaussée

Le rez-de-chaussée abrite les unités hôpital du jour et médecine fœtale (salles d'accouchement) et les salles d'hospitalisation des post-opérées et des grossesses à risque.

L’unité hôpital du jour comprend :

- le secrétariat médical,
- le bureau de la Surveillante Générale du Service,
- les quatre (4) salles de consultation,
- la salle d'échographie,
- la salle de colposcopie,
- la salle de pansement,
- et la salle du fichier de planification familiale.

L’unité de médecine fœtale est composée de :

- quatre (4) salles d'accouchement individuelles équipées chacune d'une table d'accouchement, d'une table de réanimation néonatale, d'un cardiotocographe et d'un moniteur de surveillance multiparamètre.
- une salle de travail d'une capacité de 3 lits dotée d'un échographe portable,
- et une salle de garde pour les sages-femmes.

L’unité d'hospitalisation du rez-de-chaussée comprend :

- la salle des post-opérées d'une capacité de 8 lits avec le bureau de la sage-femme responsable,
- et la salle des grossesses à risque équipée également de 8 lits.

I.1.2. Au premier étage

Le premier étage abrite les infrastructures suivantes :

- l'unité d'hospitalisation de première catégorie réservée aux suites de couches normales et aux patientes opérées dans le cadre de la chirurgie gynécologique programmée ; elle est dotée d'une grande salle d'une capacité de quatre (4) lits et de dix (10) cabines individuelles et d'une salle de consultation post-natale.
- le secteur pédagogique avec la salle de réunion, la salle de simulation médicale, le bureau du Chef de Service, les cinq (5) bureaux des Médecins Gynécologues-Obstétriciens et le secrétariat administratif.

I.2. Personnel

Le personnel médical du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'EPS1 Institut d'Hygiène Sociale est composé de :

- un Professeur d'Université Titulaire en Gynécologie-Obstétrique,
- un Maître de Conférences Agrégé en Gynécologie-Obstétrique,
- un Maître-Assistant en Gynécologie-Obstétrique,
- une Assistante Chef de Clinique en Gynécologie-Obstétrique,
- deux (2) Praticiennes Hospitalières en Gynécologie-Obstétrique,
- des médecins en cours de spécialisation (DES et interne) en nombre variable, moyenne huit (8) par semestre,
- et des étudiants en Médecine en cycle de Doctorat et de Master,

Pour le personnel paramédical et de soutien, on dénombre :

- vingt-huit (28) Sages-femmes d'Etat,
- une conseillère en planification familiale,
- six (6) aides-infirmières,
- onze (11) filles de salle,
- Deux (2) secrétaires,
- un agent d'accueil,

I.3 Activités

La maternité de l'EPS1 IHS a une triple vocation de soins, de formation et de recherche

I.3.1. Soins

La maternité de l'IHS a une activité importante. En effet, elle reçoit des urgences obstétricales 24 heures sur 24 et on y effectue en moyenne 6000 accouchements par an dont 1000 césariennes.

I.3.2. Formation

I.3.2.1. Formation théorique

La maternité de l'EPS1 IHS abrite tout au long de l'année de nombreux enseignements universitaires et post-universitaires dont le but est de faire la promotion de la santé maternelle et infantile. Ces enseignements portent sur la Gynécologie, l'Obstétrique et la Néonatalogie.

I.3.2.2 Formation pratique

La maternité de l'EPS1 IHS participe à la formation de médecins en spécialisations dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Gynécologie- Obstétrique, elle assure également la formation des étudiants du cycle de Doctorat et de Master, de même que celui des élèves sages-femmes d'Etat et des élèves infirmiers d'Etat.

I.3.3 Recherche

La maternité de l'EPS1 IHS contribue à la recherche opérationnelle dans plusieurs domaines comme celui de la planification familiale, la prévention du cancer du col utérin, les soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU), les soins après avortement (SAA), la prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH ainsi que la maladie trophoblastique gestationnelle.

II. Patientes et méthodes

II.1. Type et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive, portant sur les évacuations sabitaires au Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital d'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar du 01 Janvier au 31 Décembre 2020.

II.2. Critères d'inclusion

Dans notre étude nous avons inclus toutes les évacuations vers la maternité de l'IHS.

II.3. Paramètres étudiés

Nous avons recueilli les données en utilisant une fiche d'enquête comportant les paramètres suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Antécédents gynéco-obstétricaux ;
- Motifs d'évacuation ;
- Fonction de l'évacuateur ;

- Moyen de transport ;
- Structures de transit ;
- Prise en charge avant transport ;
- Fonction du receveur ;
- Prise en charge obstétricale, chirurgicale ou médicale ;
- Pronostic maternel et fœtal.

II.4. Collecte des données

La collecte des données était faite à partir de :

- dossiers des patientes ;
- registre d'accouchement ;
- registre d'avortement ;
- registre d'hospitalisation ;

II.5. Analyse des données

Les données étaient analysées par le logiciel EPI info version 3.5

III. Résultats :

1. Fréquence

Durant notre durée d'étude allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020, nous avions pu colliger 1156 patientes évacuées pour un total de 3507 patientes prises en charge dans le Service, soit une fréquence de 32,96 %.

2. Caractéristiques sociodémographiques

2.1. Age

L'âge moyen des patientes était de 27,07 ans avec des extrêmes de 14 et 46 ans. Comme illustré sur la figure 1.

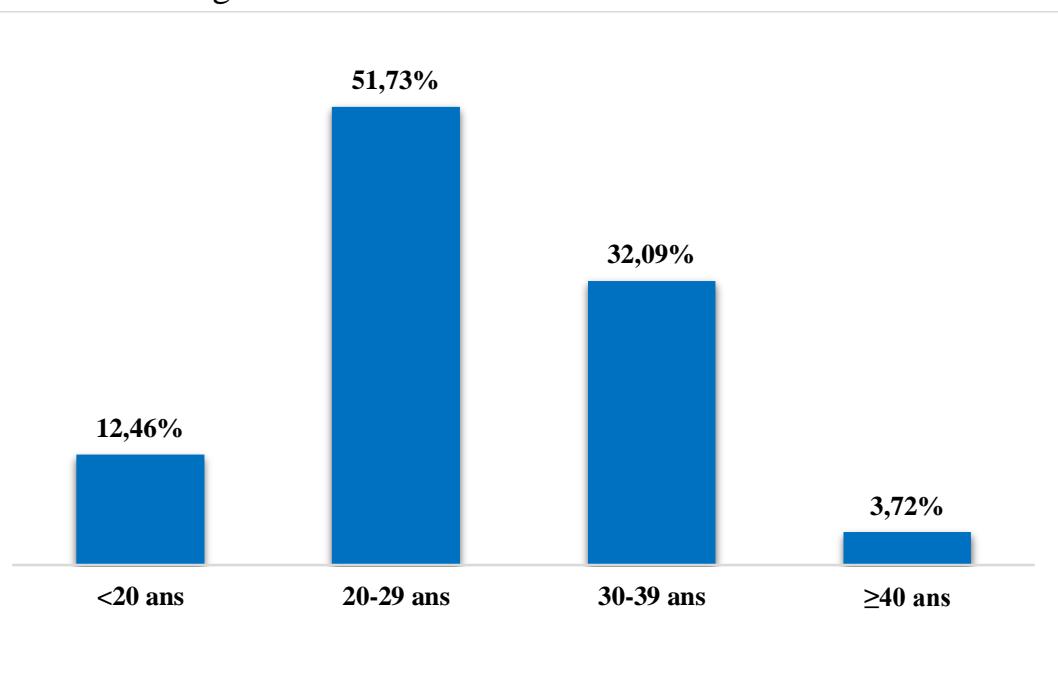


Figure 2: Répartition des patientes selon la tranche d'âge

2.2. Gestité

La gestité moyenne était de 1,76 avec des extrêmes de 0 et 12 gestes. Moins de la moitié des patientes soit 41,26% étaient des nulligestes. La figure 2 ci-dessous illustre les résultats.

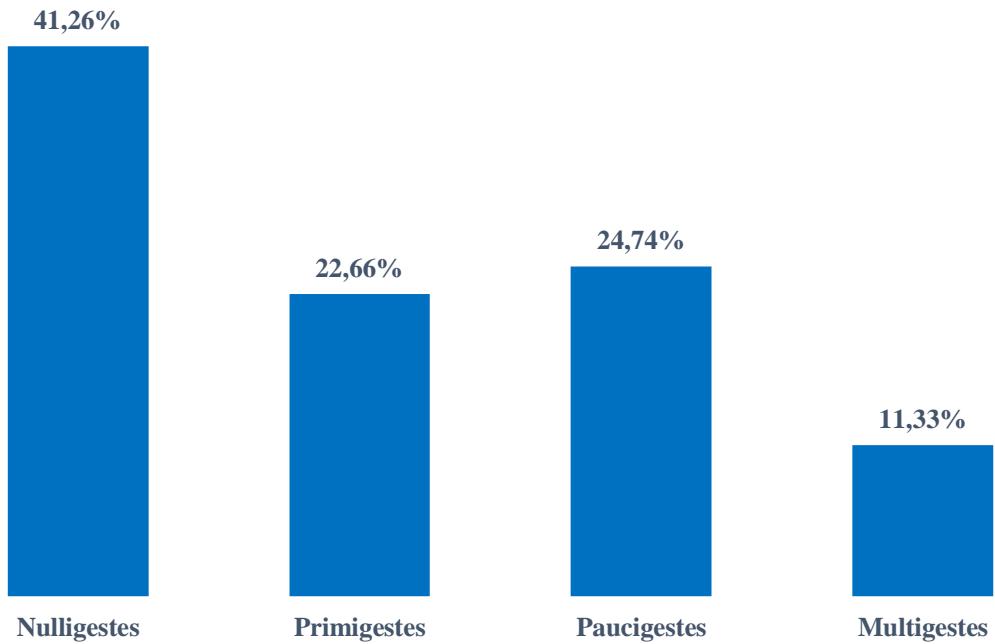


Figure 3: Répartition des patientes selon la gestité

2.3. Parité

La parité moyenne était de 1,60 avec des extrêmes de 0 et 10 pares. Quatre patientes sur dix 46,37% étaient des nullipares. La figure 3 ci-dessous illustre les résultats.

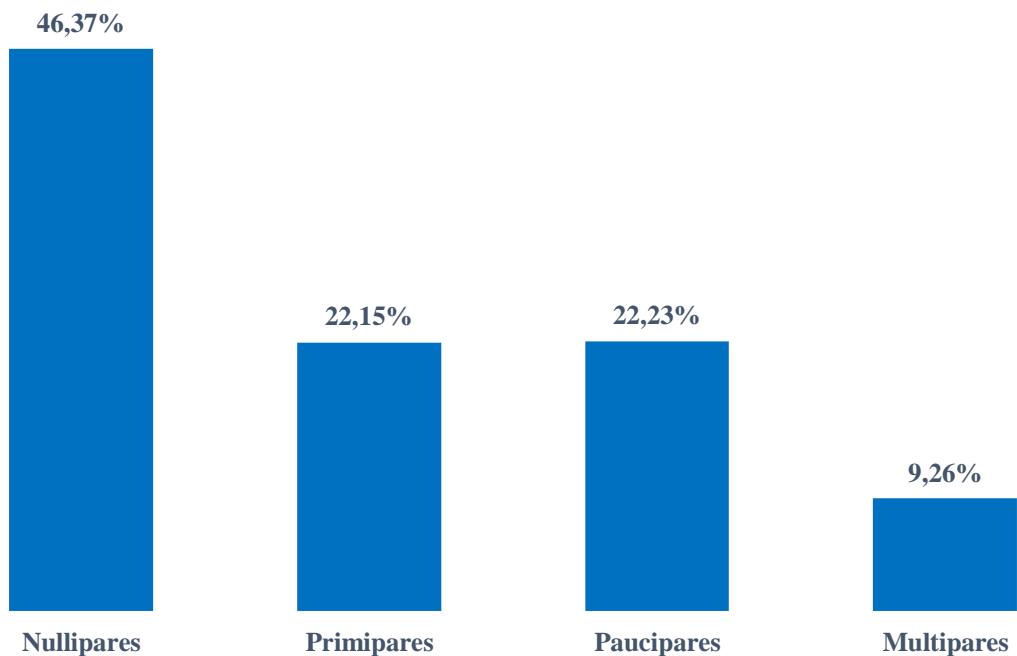


Figure 4: Répartition des patientes selon la parité

2.4. Lieu de résidence

La majorité des patientes évacuées 99,65% résidaient dans la région de Dakar, dont 58,04% d'entre elles résidaient dans la banlieue. La figure 4 illustre ces résultats.

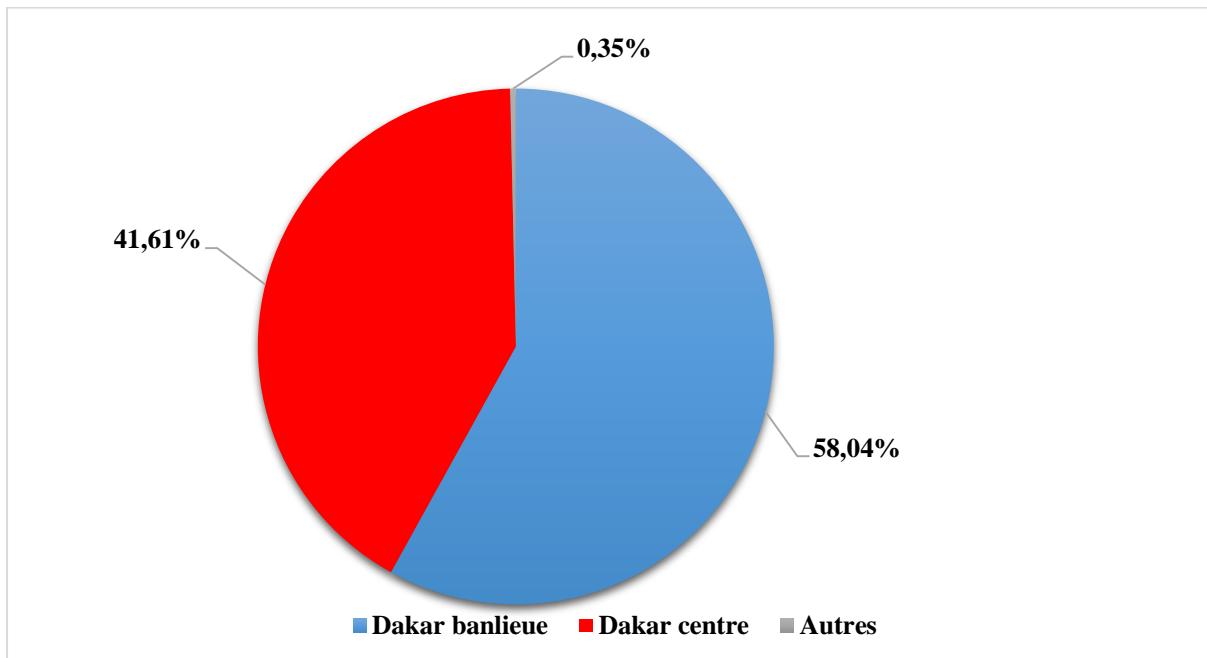


Figure 5: Répartition des patientes selon le lieu de résidence

3. Suivi de la grossesse

3.1. Nombre de consultation prénatale

Les patientes reçues avaient réalisé en moyenne 3 consultations prénatales avec des extrêmes allant de 0 et 9 CPN.

Plus de la moitié des patientes 58,13% avaient réalisé au moins 4 CPN. Par ailleurs, 37,20% d'entre elles avaient réalisé entre 1 et 3 CPN et seulement 54 patientes (4,67%) n'avaient pas de suivi prénatal.

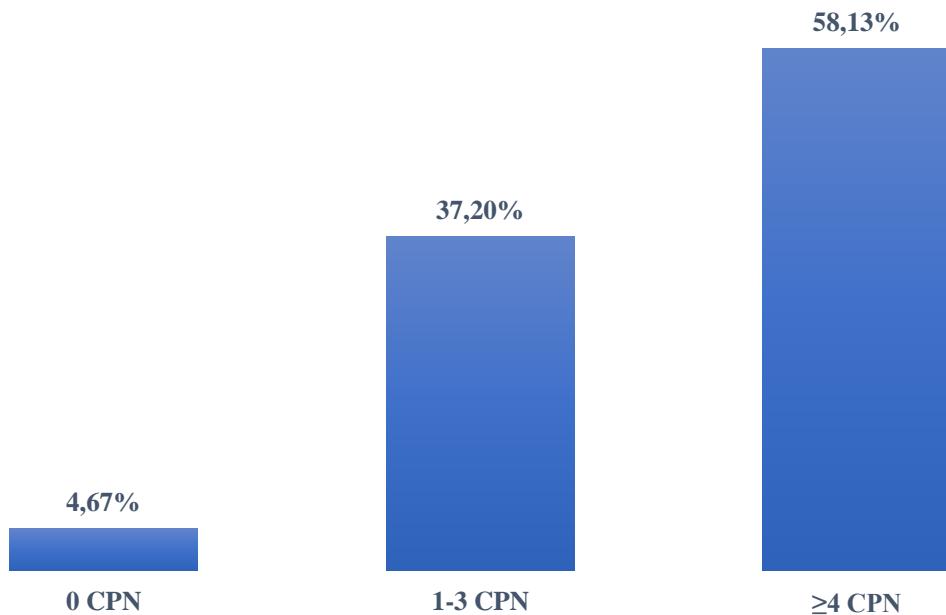


Figure 6: Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisée

3.2. Prestataire des CPN

Lors des consultations prénatales, le suivi avait été fait en majorité par des sages-femmes soit 98,46% (1086) et 17 patientes seulement étaient suivies par des médecins soit 1,54%.

3.3. Lieu des CPN

Les centres de santé assuraient l'essentiel des CPN pour 60,56% des patientes, tandis que 34,90% d'entre elles avaient été suivies dans un poste de santé. (Figure 6)

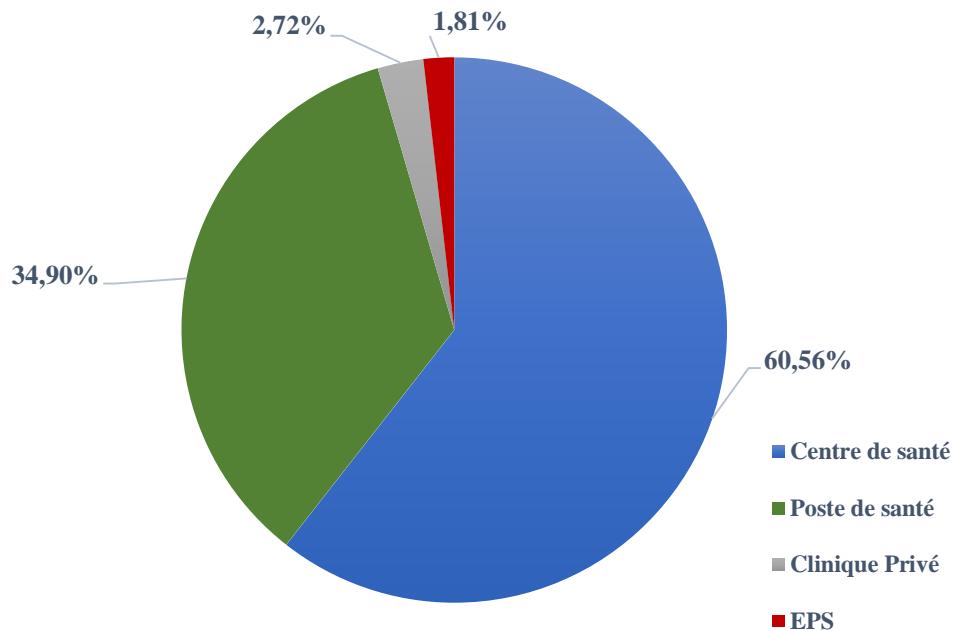


Figure 7: Répartition des patientes selon le lieu des CPN

4. Evacuation

4.1. Origine

Les structures d'origine étaient notifiées chez 1148 patientes. Les centres de santé étaient les structures qui nous avaient référées plus de la moitié des patientes 55,05%, suivis des hôpitaux avec 339 patientes (29,09%). (Figure 3)

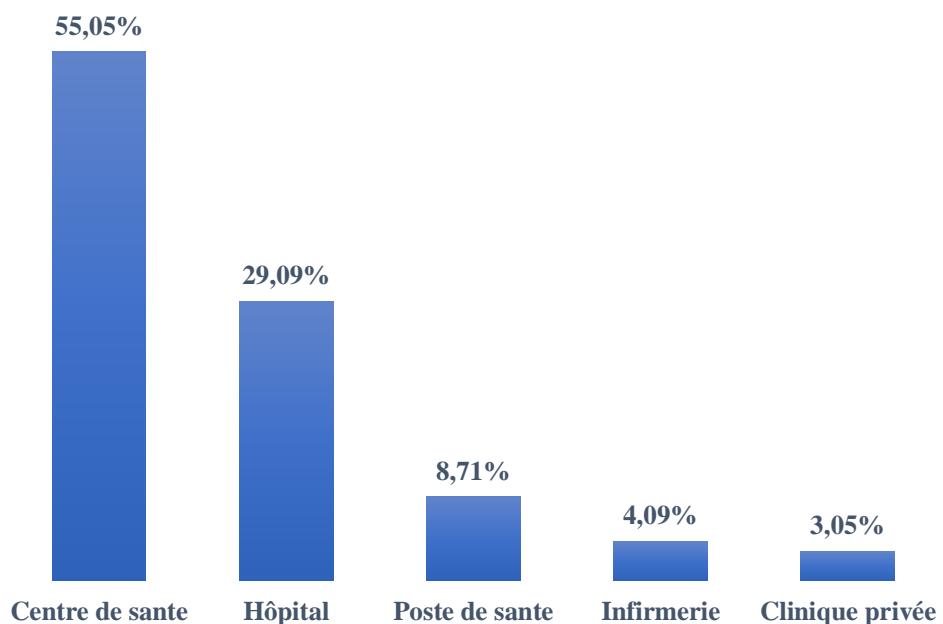


Figure 8: Répartition des patientes selon les structures de référence

4.2. Fiche d'évacuation

A l'admission, seulement 15,22% (176) des patientes étaient munies d'une fiche d'évacuation. La qualité des renseignements mentionnés était jugée essentiellement moyenne 51,93% ; toutefois, 28,73% étaient dûment renseignées. Cependant, les informations étaient manquantes dans 19,34% des fiches d'évacuation.

4.3. Fonction de l'agent évacuateur

La qualification de l'évacuateur était mentionnée chez 739 patientes. Dans la majorité des cas soit 96,62%, la décision d'évacuation était prise par une sage-femme d'état. Le tableau I représente la qualification des évacuateurs.

Tableau I: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent évacuateur

Fonction évacuateur	Effectif	Pourcentage
SFE	714	96,62
DES	18	2,44
Médecin généraliste	3	0,41
Gynécologue	2	0,27
Infirmier	2	0,27
Total	739	100,00

4.4. Nombre de structures fréquentées

Le nombre de structures fréquentées avait été renseigné chez 1113 patientes, elles avaient transité par une structure en moyenne, avec des extrêmes allant de 0 à 7 structures fréquentées. (Figure 8)

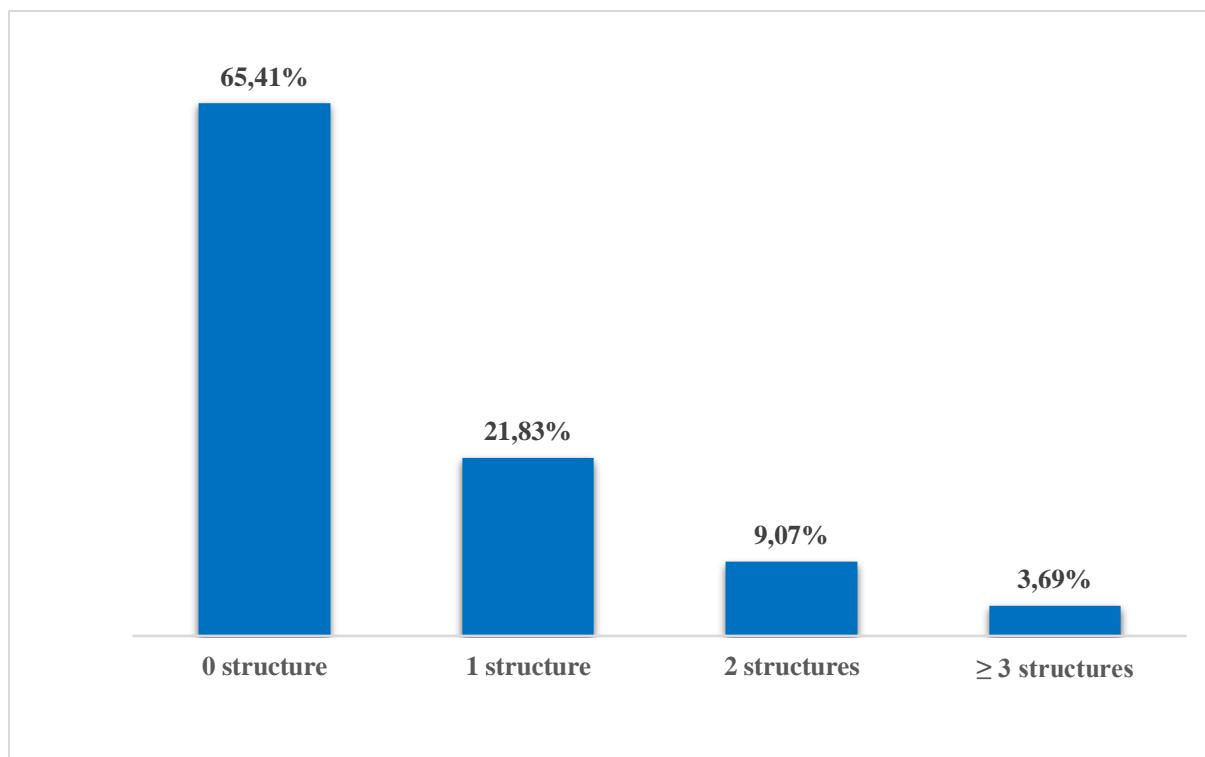


Figure 9: Répartition des patientes selon le nombre de structures de transit

4.5. Moyens de transport

L'évacuation était en majorité (91,96%) assurée par la patiente avec ses propres moyens, seulement 87 (7,53%) patientes étaient évacuées par une ambulance (figure 9).

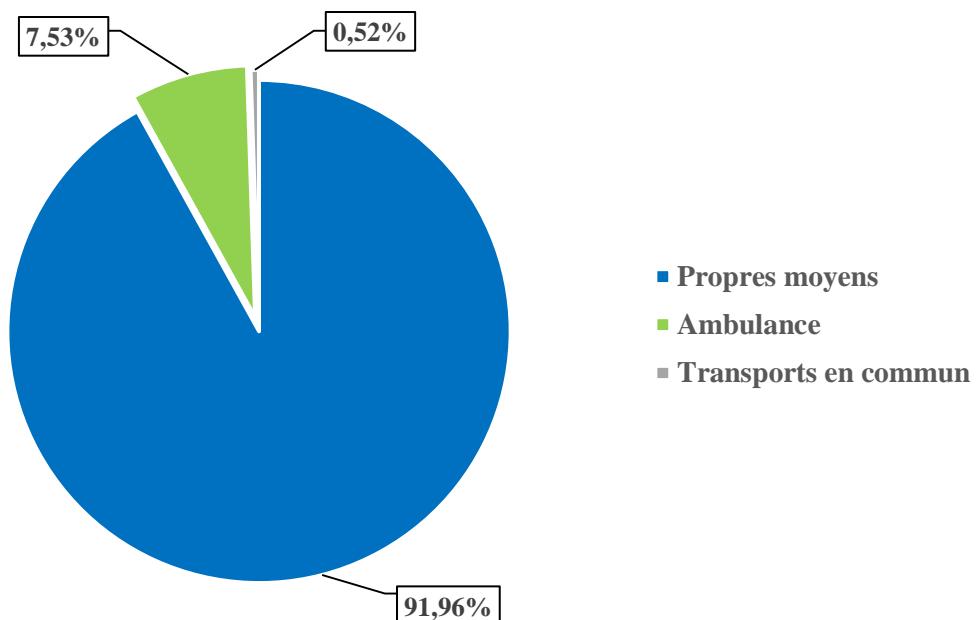


Figure 10: Répartition des patientes selon le moyen de transport

Les patientes évacuées par ambulance étaient toutes assistées par un personnel de santé qualifié, dans 96,55% des cas par une sage-femme.

4.6. Qualification du récepteur

L'agent récepteur avait été renseigné chez 1028 patientes. Le service d'accueil des patientes était assuré en majorité par des sages-femmes 75,39% (Figure 10).

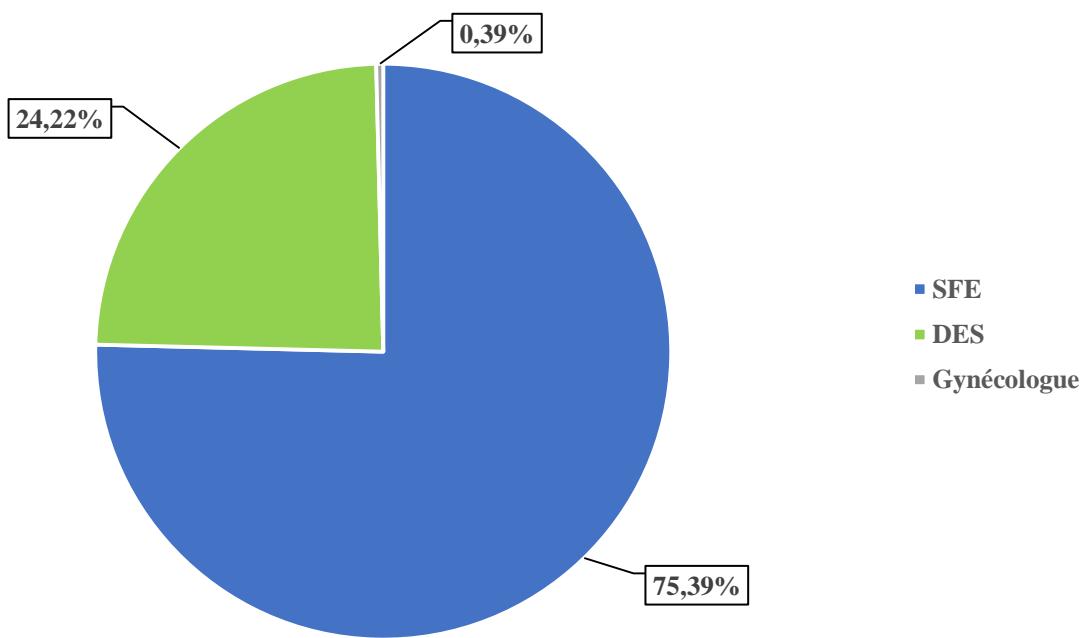


Figure 11: Répartition des patientes selon la qualification du récepteur

4.7. Délai de prise de décision d'évacuation au niveau de la structure d'origine.

Le temps de prise de décision d'évacuation était noté chez 92 patientes (8,21%), avec une moyenne de 11,4 minutes et des extrêmes de 0 et 259 minutes (figure 11).

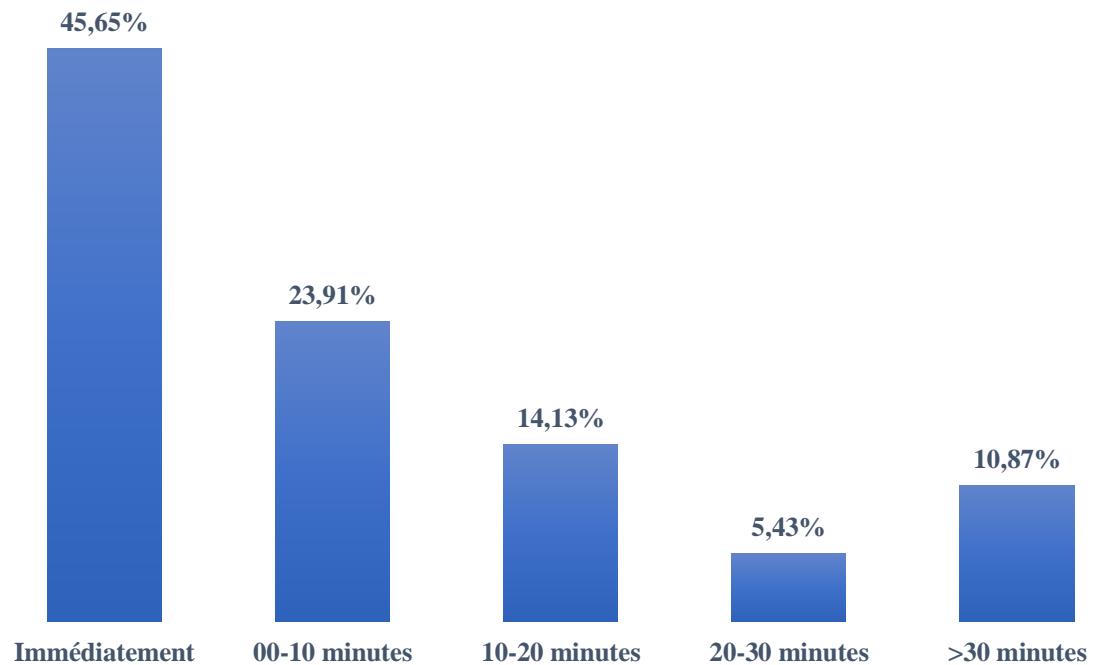


Figure 12: Répartition des patientes selon le temps de prise de décision d'évacuation vers la structure de référence

4.8. Soins prodigués avant évacuation

Avant l'évacuation, nous retrouvions que 53 patientes (4,58%) avaient reçu un traitement, et que 95,41% d'entre elles n'avaient reçu aucun traitement (Tableau II).

Tableau II: Répartition des patientes selon les traitements reçus avant évacuation

Traitements avant évacuation	Effectif	Pourcentage
Conditionnement	29	2,51
Traitements médicaux	24	2,08
Aucun	1103	95,41

4.9. Motifs d'évacuations

Les motifs d'évacuations étaient dominés par les dystociques avec 249 cas soit 21,54%, suivies par la rupture prématurée des membranes dans 199 cas soit 17,21%, puis les accouchements prématurés 189 cas soit 16,35%. Le tableau III illustre nos résultats.

Tableau III: Répartition des patientes selon les motifs d'évacuations

Motifs d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Dystocie	249	21,54
RPM	199	17,21
Accouchement prématuré	189	16,35
HTA et complications	130	11,24
HU excessive	86	7,44
Dépassement de terme	75	6,49
Faute de place	51	4,12
Hémorragie	36	3,11
GEU	20	1,73
Pathologie médicale	16	1,38
Souffrance fœtale	14	1,21
MPEC	14	1,21
Aucun motif	12	1,04
Anémie	10	0,86
Avortement	9	0,78
RCIU	9	0,78
Grossesse mal suivie	8	0,70
Oligamnios sévère	6	0,52
ROM	5	0,43
Grossesse gémellaire	4	0,34
Malformation fœtale	4	0,34
Refus de coopérer	4	0,34
Autres	6	0,52
Total	1156	100 %

4.10. Prise en charge immédiate

Presque la totalité des patientes 99,31% avaient été immédiatement admises ; seules 8 patientes (0,69%) n'avaient pas été admises à l'arrivée, car elles ne présentaient aucun tableau d'urgence et étaient introduites dans le planning du programme opératoire.

5. Situation obstétricale à l'entrée

5.1. Admission

Les admissions obstétricales représentaient 99,82% des évacuations; seulement 2 patientes présentaient des urgences gynécologiques avec un cas de déchirure du cul-de-sac de Douglas et un cas d'abcès tubo-ovarien.

5.2. Age gestationnel

L'âge gestationnel avait été renseigné chez 1078 patientes. Les grossesses à terme étaient les plus représentées 63,54%. La figure 14 représente la répartition selon le terme de la grossesse.

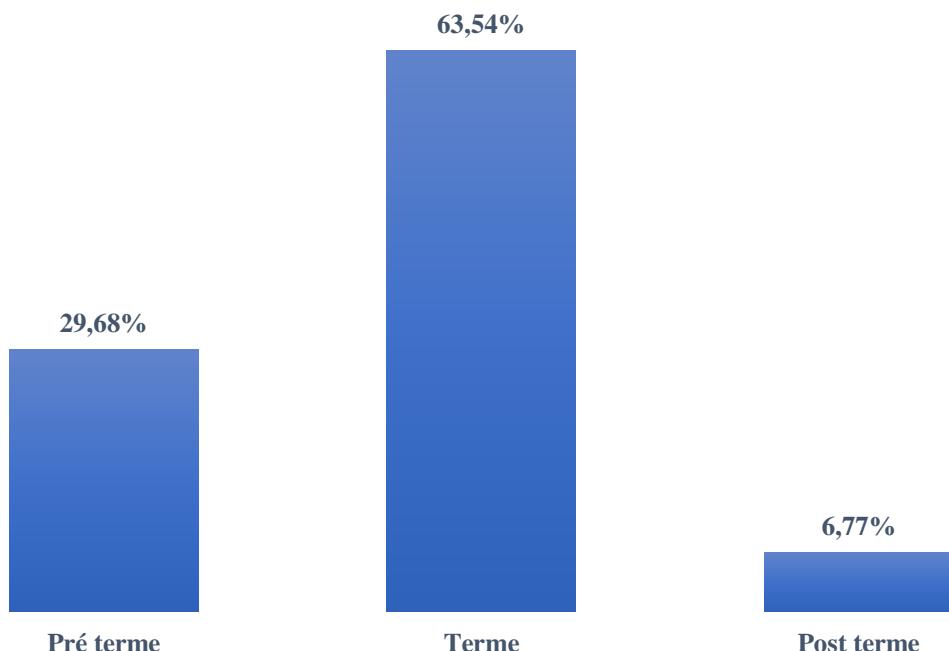


Figure 13: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

6. Examen clinique à l'entrée

6.1. Etat général

L'état général des patientes était majoritairement bon 98,36% à l'admission, toutefois, 15 patientes (1,30%) avaient un état jugé passable et 4 patientes (0,35%) étaient reçues en mauvais état général.

6.2. Travail

Dans notre série d'étude, plus de la moitié des patientes 56,50% étaient reçues en phase de latence du travail, tandis que 16,95% n'étaient pas en travail d'accouchement (figure13).

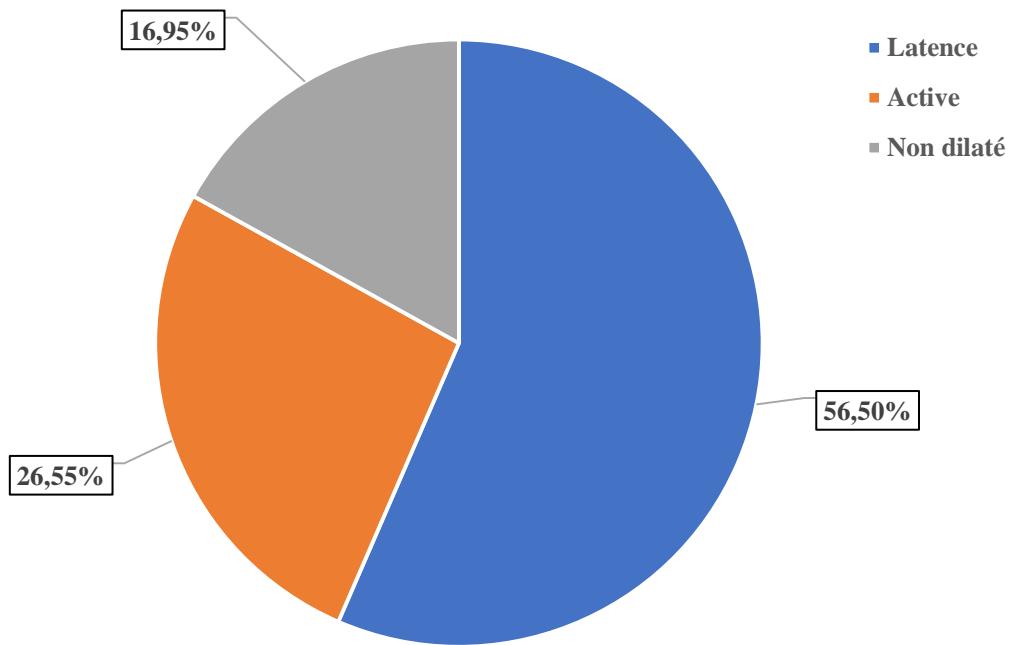


Figure 14: Répartition des patientes selon la phase du travail

7. Examens complémentaires en urgence

A l'admission, les examens complémentaires demandés en urgence étaient dominée par la numération formule sanguine (NFS) (86,94%) et le bilan d'hémostase (83,91%) (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des patientes selon les examens en urgence

Examens	Demandé	Réalisé
	N(%)	N(%)
Groupage sanguin rhésus	123(10,64)	123(100,00)
NFS	1005(86,94)	997(99,20)
Bilan hémostase	970(83,91)	961(99,07)
Hépato rénal	185(16,00)	180(100,0)
Echographie	141(12,20)	135(97,74)
CRP	37(3,20)	37(100,00)
BHCG	7(0,61)	7(100,00)
ERCF	118(10,21)	118(100,00)
AgHBS	3(0,26)	3(100,00)
SRV	4(0,35)	4(100,00)

8. Diagnostic retenu et prise en charge

8.1. Diagnostic

Au terme de l'examen initial, le diagnostic retenu était un travail normal dans 32% des cas, une dystocie dans 21,98% des cas et les accouchements prématurés dans 12,63% des cas (Tableau V).

Tableau V: Répartition des différents diagnostics retenus

Diagnostics	Effectif	Pourcentage
Travail normal	370	32,00
Dystocie	254	21,98
Accouchement prématuré	146	12,63
HTA et complications	109	9,42
Asphyxie périnatale	84	7,27
Dépassement de terme	51	4,42
HRP	31	2,68
MFIU	29	2,51
Avortement	21	1,81
GEU	21	1,81
Hémorragie	12	1,05
Pathologie médicale	8	0,69
Rupture utérine	7	0,60
Accouchement en cours de route	4	0,34
Anémie	3	0,26
Malformation	3	0,26
Infection post partum	1	0,09
Infection génitale	1	0,09
Chorioamniotite	1	0,09
Total	1156	100,00

8.2. Délai diagnostic

Le délai du diagnostic était renseigné chez 1152 patientes dont la moyenne était d'une minute avec des extrêmes de 0 et 160 minutes.

8.3. Concordance diagnostic et motif d'évacuation

Les diagnostics d'évacuation et ceux retenus étaient concordants chez 936 patientes (80,97%).

8.4. Prise en charge

Après avoir posé un diagnostic, la majorité des patientes avaient été hospitalisées 72,79% pour une prise en charge d'accouchement ou de pathologie

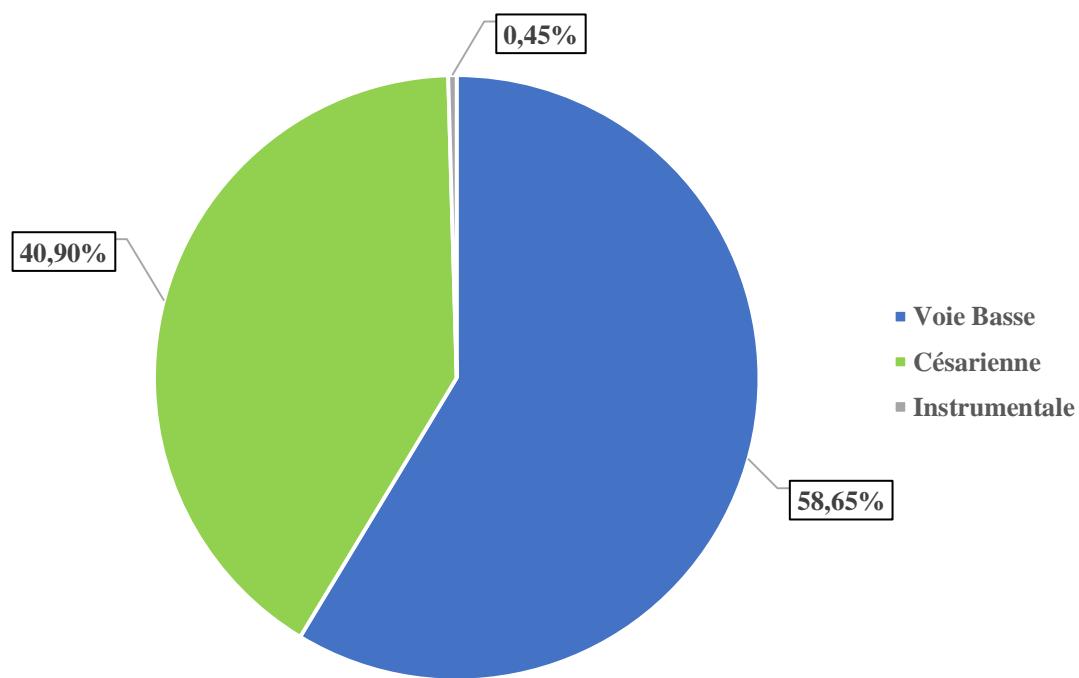
de grossesse, une césarienne d'urgence avait été immédiatement indiquée 23,83%, la décision d'une laparotomie avait été prise chez 1,99% des patientes et pour les 16 autres patientes, 6 d'entre elles étaient programmées au vu d'une césarienne, 9 avaient bénéficié d'un traitement médical dans le cadre d'une grossesse arrêtée et un examen sous valve chez une seule patiente.

8.5. Temps entre la prise de décision et la prise en charge

Le temps mis entre la prise de décision et la prise en charge d'accouchement était renseigné chez 1152 patientes dont la moyenne était de 9 heures avec des extrêmes de 0 et 1080 heures.

8.6. Types d'accouchement

Dans notre échantillon, nous avions colligé 1115 accouchements 96,45% des admissions. Plus de la moitié des patientes 58,65% (654) avaient accouché par voie basse, 40,90% (456) avaient bénéficié d'une césarienne et 5 patientes avaient bénéficié d'un accouchement instrumental par ventouse obstétricale.



Les grossesses extra utérines et les avortements étaient de 42 ce qui représentait 36,39% des admissions obstétricales.

8.7. Difficultés lors de l'accouchement

Des difficultés à l'accouchement étaient notées chez 42 patientes (3,63%). Le retard à l'acquisition du kit de césarienne était la principale difficulté liée à des problèmes financiers.

9. Pronostic

9.1. Maternel

Dans notre série d'étude, la majorité des patientes étaient vivantes et bien portantes.

Nous avions déploré un décès maternel lié à une infection du post-partum tardif. La durée du séjour était en moyenne de 2,3 jours avec des extrêmes de 0 et 40 jours.

Le retour à domicile était favorable à 98,48% des patientes, cependant 5 patientes soit 0,48% avaient présenté des complications médicales et chirurgicales, ayant nécessité un transfert dans un service adapté à la prise en charge de sa complication.

9.2. Pronostic fœtal

Nous avions enregistré 7,18% de décès néonataux liés essentiellement à la prématurité 24,70%, l'hypertension artérielle et ses complications 20,98% et l'asphyxie périnatale 19,76% (Tableau VI).

Les enfants vivants bien portant représentaient 92,82%, le score d'APGAR était en moyenne de 7,3 avec des extrêmes de 3 et 9.

Tableau VI : Répartition des patientes selon les causes de décès fœtal (N=60)

Causes de décès fœtal	Effectif	Pourcentage (%)
Prématurité	20	24,70
HTA et complications	17	20,98
Asphyxie périnatale	16	19,76
HRP	9	11,11
Pathologie maternelle	6	7,40
Malformation fœtale	6	7,40
Avortement	2	2,47
Inconnue	2	2,47
Autres	3	3,71
Total	81	100

Discussion :

1. Caractéristiques sociodémographiques :

L'âge moyen dans notre étude était de 27,07 ans avec des extrêmes de 14 et 46 ans. La tranche d'âge des 20-29 ans était la plus représentée.

Ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux retrouvés par Sylla à Saint Louis [36], qui avait trouvé un âge moyen de 26,83 ans et des extrêmes de 14 et 46 ans et à Maiga et al. [23] au Mali avec un âge moyen à 26,17 ans et des extrêmes de 14 et 47 ans.

Cependant, ce résultat était supérieur à celui enregistrés par Cissé [9] au Sénégal et Sépou [35], qui avaient respectivement trouvé 23,5 et 24 ans. Par contre, à l'hôpital Principal de Dakar (Sénégal) Imbert avait retrouvé une moyenne d'âge plus élevée à 30,5 ans avec des extrêmes de 14 et 43 ans [16].

Ces résultats peuvent s'expliquer par l'âge précoce au mariage et à la procréation.

Dans notre échantillon d'étude, les nulligestes 41,26% étaient les plus représentées avec une moyenne de 1,76 et des extrêmes de 0 à 12. Ces résultats sont nettement inférieurs à Sylla [36], Imbert [16] et Thiam [8] qui avaient trouvé respectivement une gestité moyenne de 2,92, 3,5 et 3,8.

Dans notre série les nullipares étaient majoritaires avec 46,37% avec une moyenne de 1,6 et des extrêmes de 0 à 10.

Nos résultats sont superposables avec ceux retrouvé par Belinga [2] au Cameroun 40,5% de nullipares, Thiam [8] avec 35,2% et Diarra 27,7% [27]. Par contre, Sylla [36] avait retrouvé 38,49% de primipares et Cissé [9] 43% de multipares.

L'accouchement d'une primipare présente plus fréquemment des difficultés que celui d'une autre parturiente, notamment lié à son jeune âge et au manque d'expérience.

2. Suivi de la grossesse

Les visites prénatales permettent d'identifier les grossesses à risque. Ils sont malheureusement insuffisants car, selon les croyances locales, la femme enceinte, qui est très vulnérable au premier trimestre, a besoin de discréction pour se protéger des mauvais esprits qui peuvent être utilisés par les coépouses en polygamie [12].

Le niveau d'instruction des femmes joue un rôle sur la probabilité qu'elles aillent en consultation prénatale, ce qui influence sur l'éducation des femmes dans l'usage qu'elles peuvent faire des services sanitaires. Nous ne disposions pas de données concernant le niveau d'instruction de notre échantillon d'étude.

Dans notre série, les deux tiers de nos patientes 58,13% avaient réalisé 4 CPN ou plus avec une moyenne de 3 CPN et des extrêmes de 0 et 9. Ces résultats sont supérieurs à Thiam [8] à Ndioum et Sylla [36] à Saint Louis qui ont trouvé respectivement 33,3% et 37,76%. Cependant, seulement 4,47% n'avaient pas été suivies ce qui est superposable avec les résultats de Sylla 4,40% [36], contrairement à Cissé à Kolda avec ses 30% [9].

Ces CPN (60,56%) étaient réalisées le plus souvent dans les centres de santé par des sages-femmes (98,46%). Au Cameroun, Belinga [2] a trouvé que 95% des patientes étaient suivies dans des centres de santé.

Plus de la moitié de nos patientes résident dans la banlieue 58,04%, le même constat avait été fait par Sepou et collaborateurs en Centrafrique [36] avec 42,5% qui venaient de la banlieue. En raison des centres de santé qui y sont particulièrement implantés, ceci montre l'importance de ces structures dans l'introduction des patientes aux soins de santé primaires.

La date des dernières règles était méconnue chez 89,19% des patientes, cela prouve le faible niveau d'instruction ainsi que le manque d'information lors des CPN et aussi le retard d'accès aux soins de santé primaire.

Les deux tiers des patientes évacuées étaient des grossesses à terme 63,54% suivies des grossesses non à terme 29,68% (3,63% au 1^{er} trimestre et 26,05% au 2^{ème} trimestre) et les dépassements de terme 6,77%. Ces résultats sont similaires aux données retrouvées par Ciss [6] avec 62,5% de grossesses à terme.

3. Evaluation de la qualité de l'évacuation

Les centres de santé sont les principaux points de départs des patientes avec 55% des cas suivies des hôpitaux 29,09%. Ils sont implantés dans la banlieue, l'accès y est plus facile et moins onéreux par rapport aux hôpitaux.

La majorité des décisions d'évacuation sanitaire étaient prises par une sage-femme (96,62%). Les soins dans la plupart des structures référentes y sont assurés par des sages-femmes.

Les deux tiers des patientes 65,41% nous avaient été référées directement, cependant 21,83% étaient passées par une structure, par contre 3,69% avaient fréquenté plus de 3 structures avant de pouvoir atteindre notre Service avec une extrême de 7 structures. Ce long périple, résulte de la disparité entre les districts sanitaires en centres de SONU, du manque d'agent de santé compétent surtout dans la banlieue, du nombre limité de places dans certaines structures et du manque de services de néonatalogie.

Dans notre étude, 91,96% des patientes avaient assuré financièrement leur propre trajet jusqu'à l'hôpital. Dans d'autres études, Diallo [25] à Dakar avait

trouvé que 79,4% des patientes assuraient leur propre transport. Cependant, dans les séries de Thiam [8] 29,3% et de Sylla [36] 41,28%, les patientes avaient payé leurs propres transports.

Par contre, seulement 7,53% avaient été évacuées par ambulance avec une assistance par un agent de santé qualifié.

Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux retrouvés par Diallo [25] , Sylla [36] et Thiam [8] qui rapportaient respectivement que 20,6%, 58,72% et 69% des évacuations étaient assurées par des ambulances.

La majorité des patientes nous étaient référées sans aucun traitement 95,41%, seulement 4,59% ont bénéficié d'un traitement, ce qui est largement inférieur à ceux de Sylla [36] 46,77% et Thiam [8] 49%.

Ceci pointe du doigt la mauvaise gestion des cas d'évacuations liée au manque de moyens dans les structures d'origine, le manque de personnel qualifié, le flux important de patientes dans certaines structures de certaines zones qui sont inadaptées à la population.

La fiche de liaison est essentielle pour comprendre l'historique d'une évacuation. Cela nous permet d'instaurer en urgence des soins appropriés. Dans notre étude, 15,22% des évacuées avaient une fiche de liaison. Ce taux était moins élevé que celui retrouvé par différents auteurs : Diarra (19,09%) [27], Coulibaly (29%) [10], Diallo [25] (77%). Ce document est très important car il oriente le personnel du centre d'accueil vers des soins plus efficaces. Le mode d'évacuation est médiocre en général à Dakar, ceci pouvant être aggravé par des moyens logistiques inadaptés et inappropriés. Il est donc urgent d'assurer une évacuation de qualité.

Le tableau des évacuations était dominé surtout par les différents types de dystocie, elles étaient soit mécanique ou osseuse 21,54%, suivies des anomalies foeto-annexielles essentiellement la rupture prématurée des membranes 17,21% et les accouchements prématurés 16,35%. Nos résultats sont presque similaires à Sylla [36] avec une prédominance des dystocies 29,76%, suivies des hémorragies et l'hypertension artérielle et ses complications. Par contre Diallo [25] avait trouvé que les hémorragies étaient prédominantes, suivies des dystocies puis des anomalies foeto-annexielles. La rupture prématurée des membranes (RPM) est apparue significative chez les femmes référées. La série de Louai et Baskett zen 2007 a décrit 21% de RPM chez les référées en Nouvelle Ecosse [18]. Par contre, les études africaines parcourues ne la décrivent pas. La RPM est connue pour augmenter le risque infectieux maternel et fœtal, justifiant son association avec la référance obstétricale.

Ces pathologies nécessitent une prise en charge chirurgicale ou un accouchement en milieu adapté au vu du manque criant au niveau des services de néonatalogie à Dakar.

4. Prise en charge à l'admission

A l'admission, 98,36% des patientes avaient un bon état général, un état passable chez 1,30% et 0,34% étaient venues en mauvais état. Ceci pourrait être occasionné par les retards liés à la prise de décision d'évacuation, à la longueur du trajet parcouru et au moyen de transport emprunté.

L'élaboration d'un diagnostic était faite en moyenne à la 1^{ère} minute après l'admission avec un maximum de 160 minutes. Ils étaient concordants dans 80,97% des cas. Cependant, 32% des évacuations n'étaient pas justifiées car il s'agissait d'un travail normal, ce qui est supérieur au résultat retrouvé par Sylla [36] qui était de 22,43%. Ces chiffres démontrent le manque de compétence du personnel référant.

Dans notre échantillon, le taux d'accouchement par voie naturelle était de 58,65%, contre un taux de 40,90% de césariennes et 0,45% d'accouchement par manœuvre instrumentale. Ces résultats sont largement supérieurs à ceux retrouvés dans l'étude par Diallo et collaborateurs [25] avec 43,9% d'accouchements naturels, 25,7% de césariennes et 5,5% d'accouchement par manœuvre instrumentale. La pratique de la césarienne est supérieure à la moyenne recommandée par l'OMS qui préconise que 5% des accouchements devraient être par césarienne, nos résultats sont relatés par le nombre important des évacuations surtout liées à la dystocie 21,98% [29].

5. Pronostic maternel

Au Sénégal, la mortalité maternelle concerne les femmes évacuées des structures périphériques. Plusieurs facteurs expliquent cela : soins prénatals médiocres, soins inadéquats de la parturiente, le problème de l'accessibilité géographique aux centres de référence, le manque de moyens matériels, logistiques et financiers. La part de l'évacuation dans la mortalité et la morbidité maternelles sont très élevées. La mauvaise qualité des évacuations obstétricales semblent ainsi représenter l'un des obstacles à la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal [36].

Dans notre étude, nous déplorons un décès maternel de cause indirecte lié à l'infection du post partum, ce qui était largement inférieur aux résultats retrouvés dans l'étude de Diallo [25], Sylla [36] et Cissé [9] qui avaient respectivement un taux de décès de 1%, 1,03 % et 8,80%.

Ce faible taux est dû à la qualité de prise en charge qui est assuré 24h/24 et 7 jours/7 par un personnel qualifié, à la disponibilité d'un service de réanimation entièrement dédié à la maternité et de la rapidité de prise en charge des patientes.

La durée d'hospitalisation était en moyenne de 3 jours avec des extrêmes de 0 et 40 jours, ce résultat est supérieur à celui retrouvé dans la série de Thiam [8] qui avait une durée moyenne d'hospitalisation de 2,6 jours avec des extrêmes de 0 et 12 jours.

6. Pronostic fœtal

Nous avons enregistré 92,82% d'enfants vivants bien portant. Cependant, nous avons constaté 7,18% de décès néonataux et périnataux. Ces résultats sont nettement supérieurs aux taux retrouvés dans l'étude de Thiam [8] avec 75,4% de nouveau-nés et 18% de mortalité.

L'accouchement prématuré, connu pour être préjudiciable à la survie du nouveau-né, peut également affecter le pronostic maternel en fonction de la pathologie sous-jacente qui détermine la durée d'hospitalisation.

Le score d'APGAR était supérieur ou égal à 7 chez 61,63% des nouveau-nés et inférieur à 7 chez 38,37% des cas.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le transfert en Obstétrique est une pratique courante qui, bien appliquée pourrait notamment réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale, et se déroule sans horaire au cours de l'année.

Dans le cadre de notre étude qui s'est déroulée de Janvier à Décembre 2020, soit une période de 12 mois, 1156 transferts avaient été recensés parmi 3507 femmes prises en charge à l'hôpital d'Hygiène Sociale équivalent à une fréquence de 32,96% de toutes les admissions.

Le profil épidémiologique de la femme évacuée est une femme âgée en moyenne de 27 ans, nulligeste (41,26%), nullipare (46,37%) habitant dans la banlieue (58,04%) de Dakar.

Les évacuations étaient obstétricales dans 99,57% des cas et venaient d'un centre de santé (55,05%). L'évacuation était assistée par une sage-femme à l'aide d'une ambulance dans 7,53% des cas.

Le nombre moyen de consultation prénatale était de 3, réalisé dans des centres de santé (60,56%) par des sages-femmes (98,46%). La grossesse était à terme (63,54%).

Les motifs d'évacuations étaient dominés par les dystociques (21,54%), la rupture prématuée des membranes (17,21%) et les accouchements prématurés (16,35%).

A l'admission, les diagnostics n'étaient pas justifiés dans 32% des cas, car il s'agissait d'un travail normal. Cependant les diagnostics retenus étaient les dystociques (21,98%), les accouchements prématurés (12,63%) et l'hypertension artérielle et ses complications (9,42%).

La prise en charge était immédiatement entreprise avec des accouchements par voie basse dans 58,65% cas, les césariennes dans 40,90% des cas, et 0,45% d'accouchement par manœuvre instrumentale.

Les naissances vivantes étaient de 92,82% la mortalité de 7,8%.

La patiente avait séjourné à l'hôpital pendant 3 jours en moyenne, elle était bien portante dans 99,57% seulement 1 cas de décès avait été notifié (0,08%).

A la lumière de ces résultats, nous recommandons :

- Au niveau du personnel de la santé et des structures sanitaires privées :
 - Former le personnel de santé pour la maîtrise de la bonne tenue des documents de références/évacuations.
 - Appliquer les normes et procédures de la référence en référant les cas à risque et cela dans les délais conformes.
 - Référer les patientes à risque dépistées lors du suivi prénatal.
 - Effectuer les gestes simples mais utiles comme la prise de la voie veineuse sûre avant toute évacuation pour hémorragie.
 - Assurer un transport médicalisé.
 - Alerter le Centre de Référence en utilisant les moyens de communication dont on dispose pour mobiliser l'ambulance et notifier tout cela sur la fiche de référence.
 - Bannir les références verbales.
- Au niveau des autorités étatiques :
 - Equiper la maternité en appareil cardiotocographe
 - Agrandir et équiper les services de la pédiatrie et de la néonatalogie pour faciliter la prise en charge des nouveaux nés.
 - Former un nombre suffisant de Personnel qualifié.
 - Mettre à niveau les structures sanitaires au niveau de la banlieue.
 - Doter les structures sanitaires d'ambulances médicalisées.
 - Impliquer les promoteurs d'agents sanitaires privés dans le système de référence/ évacuation.
- A la population :
 - Inviter les femmes à faire les CPN et les consultations post natales
 - Eviter les accouchements à domicile.
 - Adopter les méthodes de contraception et promouvoir l'espacement des naissances pour un meilleur état de santé de la mère et de l'enfant.

Afin de minimiser ce taux élevé d'évacuations et améliorer le pronostic fœto-maternel, il est nécessaire que les gestantes soient informées des signes de danger au cours de la grossesse et pendant le travail d'accouchement et, que les prestataires puissent bien assurer la prévention primaire en conduisant correctement les consultations prénatales afin d'identifier les grossesses à haut risque pour les référer à temps.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1- **Adeyi, O., & Morrow, R.** Concepts and methods for assessing the quality of essential obstetric care. *The International journal of health planning and management*, 1996, 11(2), 119- 134.
- 2- **Belinga, E., Foumane, P., Dohbit, S. J., Um, E. M. N., Kinyeck, D. K., & Mboudou, E.** T. Pronostic des références obstétricales à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). *The Pan African Medical Journal*, 2017, 28(301), Article 301.
- 3- **Busingisi, B. C.** *Facteurs étiologiques et pronostiques des parturientes évacuées/référées en Obstétrique en milieux urbain et rural (cas spécifiques des HGR de Panzi et Walungu)*. Université Evangélique en Afrique, RDC, 2017.
- 4- **Cham, M., Sundby, J., & Vangen, S.** Availability and quality of emergency obstetric care in Gambia's main referral hospital : Women-users' testimonies. *Reproductive Health*, 2009, 6(1), 5.
- 5- **Chu, K., Cortier, H., Maldonado, F., Mashant, T., Ford, N., & Trelles, M.** Cesarean Section Rates and Indications in Sub-Saharan Africa : A Multi-Country Study from Medecins sans Frontieres. *PLoS ONE*, 2012, 7(9), e44484.
- 6- **Ciss, D.** *Les cas d'«échappées belles» ou «near miss » au centre de sante Roi BAUDOUIN de Guédiawaye (Dakar / Sénégal)*, Thèse Médecine, Dakar, n°43 ; 2010.
- 7- **Cisse, C. T., Faye, E. O., de Bernis, L., Dujardin, B., & Diadhiou, F.** [Cesarean sections in Senegal : Coverage of needs and quality of services]. *Sante (Montrouge, France)*, 1998, 8(5), 369- 377.
- 8- **Cisse, M. L., Dieye, S., Diouf, A. A., Gueye, M., Mbaye, M., Moreau, J. C., Niang, M. M., & Thiam, O.** La problematique des parturientes evacutees en zone rurale senegalaise : Exemple du centre hospitalier de Ndioum. *Sciences de la santé*, 2015 : 51- 56.

- 9- Cissé, M., Raad, B., Diouf, A., Wade, F., & Moreau, J.** Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital régional de Kolda (Sénégal). *Médecine d'Afrique Noire*, 2015 : 35-43.
- 10- Coulibaly, A. B.** *La référence /évacuation gynéco-obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako* ; 2004.
- 11- Crépin, G., Bréart, G., Bergoignan-Esper, M. C., Bréart, MM. G., Crépin, G., Milliez, J., Sallé, B., Sureau, C., & Vert, P.** Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2010, 194(8), 1581- 1599.
- 12- Diallo, F., Diallo, M., Bangoura, S., Diallo, A., & Camara, Y.** Facteur de réduction de morbidité et de mortalité foeto-maternelle au Centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen de Conakry (Guinée). *Méd d'Afrique Noire* : 1998, 45 (12) ; p3-4.
- 13- Donabedian, A.** The quality of care : How can it be assessed? *Jama*, 1998, 260(12), 1743- 1748.
- 14- Dumont, A., Gaye, A., Bernis, L. de, Chaillet, N., Landry, A., Delage, J., & Bouvier-Colle, M.-H.** Facility-based maternal death reviews : Effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84, 218- 224.
- 15- Garenne, M., Mbaye, K., Bah, M. D., & Correa, P.** Risk Factors for Maternal Mortality: A Case-Control Study in Dakar Hospitals (Senegal). *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 1997, 1(1), 14- 24.
- 16- Imbert, (P.), Berger (F.), Diallo (N.S.), Cellier (C.), Goumbala (M.), Ka (A.S.), & Petrognani (R.).** Pronostic maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : Étude prospective à l'hôpital principal de Dakar (Sénégal) *Med Trop 2003; 63:351-357.*

- 17- Jahn, A., & De Brouwere, V.** La référence pendant la grossesse et l'accouchement : Concepts et stratégies. *Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique*, 2001.
- 18- Jony, L., & Baskett, T. F.** Emergency air transport of obstetric patients. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et Gynécologie Du Canada: JOGC*, 2007, 29(5), 406- 408.
- 19- Kette, (Jean-Chrysostome), & Kette (Jean-Chrysostome).** *Problématique de la référence inter-hospitalière dans la région de l'oriental du Maroc. Institut National d'Administration Sanitaire 2010* ; 98p.
- 20- Khlat, M., & Guillaume, A.** Santé de la Reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action : *Evolution du concept de mortalité maternelle et émergence de la mortalité violente en relation avec la grossesse*. 2004; p2-3.
- 21- Koblinsky, M., Matthews, Z., Hussein, J., Mavalankar, D., Mridha, M. K., Anwar, I., Achadi, E., Adjei, S., Padmanabhan, P., Marchal, B., De Brouwere, V., van Lerberghe, W., & Lancet Maternal Survival Series steering group.** Going to scale with professional skilled care. *Lancet (London, England)*, 2006, 368(9544), 1377- 1386.
- 22- Magnin, G.** Morbidité et mortalité maternelles liées à l'accouchement. . Rev Prat (Paris) 1999 ; 49 :173-7.
- 23- Maiga, I. B.** *Les évacuations sanitaires obstétricales reçues au Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf. CV) du District de Bamako (Mali)* 2019.
- 24- Ministère de la santé.** *Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS), Dakar (Sénégal)* 2019; p-108.
- 25- Moussa, D., Gassama, O., Ndiaye, M., Gueye, M., Diallo, A., Mbodji, A., Diouf, A., & Mbaye, M.** Audit of Obstetric Medical Evacuations at Youssou Mbargane DIOP Hospital in Rufisque, Dakar-Senegal. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2019, 09, 1092-1102.

- 26- Murray, S. F., & Pearson, S. C.** (2006). Maternity referral systems in developing countries : Current knowledge and future research needs. *Social Science & Medicine* (1982), 62(9), 2205- 2215.
- 27- Nama, A. J. D., Angbo, O., Koffi, M. N., Koffi, M. K., Ekra, C. W., Yao, T. K., & Diarra Nama, A. J.** Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte d'Ivoire. *Santé publique*, 1999, vol. 11, n° 2, 193- 201.
- 28- OMS** *Objectif du Millénaire pour le développement 5 : Améliorer la santé maternelle.* (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 15 juin 2021, à l'adresse
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/fr/
- 29- OMS, & UNFPA.** *Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique ; OMS, 2019; 12-127.*
- 30- OMS, UNFPA, UNICEF, & Banque mondiale.** *OMS / Mortalité maternelle en 2005.* World Health Organization. 2008, p 46.
- 31- Onah, H. E., Okaro, J. M., Umeh, U., & Chigbu, C. O.** Maternal mortality in health institutions with emergency obstetric care facilities in Enugu State, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 25(6), 569- 574.
<https://doi.org/10.1080/01443610500231484>
- 32- Organization, W. H.** (2005). *The World Health Report 2005 : Make Every Mother and Child Count.* World Health Organization.
- 33- Ronmans, C., & Graham, W. J.** Maternal mortality : Who, when, where, and why. *The Lancet*, 2006 Sep 30; 368 (9542) : 1189-1200.
- 34- Saizonou, J., Godin, I., Ouendo, E. M., Zerbo, R., & Dujardin, B.** La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin : Le point de vue des «Echappées Belles» et leurs attentes. *Tropical Medicine & International Health*, 2006, 11(5) : 672-680.

- 35- Sépou, A., Yanza, M. C., Nguembi, E., Dotte, G. R., & Nali, M. N.**
Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie-obstétrique à Bangui, Centrafrique. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 2006, 10(6) : 399-405.
- 36- Sylla, B.** *Facteurs pronostiques des évacuations obstétricales au Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis (Sénégal)*. Gaston Berger, 2020.
- 37- Taux de mortalité maternelle.** (2021). In *Wikipédia*.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Taux_de_mortalit%C3%A9_maternelle&oldid=185886361
- 38- Thaddeus, S., & Maine, D.** Too far to walk : Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 1994, 38(8), 1091- 1110.
- 39- WHO** *Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2013*. (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 7 octobre 2021, à l'adresse <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

N° DOSSIER

ETAT CIVIL

Q1- Age : Q2- Adresse : Q3-Ethnie : Q4-Profession :
Q5- Niveau d'instruction : Non scolarisée : 1 Secondaire : 2 Supérieur : 3
Q6 : Profession du procréateur :

ANTECEDENTS

EVACUATION

Q11-Struture sanitaire qui a évacué :

Q12- Date et heure de la décision d'évacuation :

Q13- Fiche d'évacuation : OUI : 1 NON : 2

Q14- Qualité renseignements mentionnés :

Q15- Fonction de l'agent ayant décidé de l'évacuation :

Q16- Nombre de structures où la patiente a transité :

Q17- Nom et localisation de ces structures :

Q18- Moyen d'évacuation : Ambulance : 1 Propre moyen commun :3

Q19- Evacuation assistée : OUI : 1 NON : 2

Q20- Qualification de l'agent qui évacue :

Q21- Qualification de l'agent qui a reçu la patiente :

Q22- Motif(s) d'évacuation :

Q23- Date et heure de départ de la structure qui a évacué :

Q24- Traitement avant évacuation :

Q25- Date et heure d'admission au niveau de l'IHS :

Q26- Prise en charge immédiate : OUI : 1 NON : 2

Si NON, pourquoi ?

SITUATION OBSTETRICALE A L'ENTREE

Q27 : Grossesse : OUI : 1 NON : 2 Si OUI rang : Si NON (préciser) :

Q28- Nombre de consultation prénatale (CPN) :

Q29- Prestataire : Médecin : 1 Sage-femme : 2

Q30- Lieu des CPN : Poste de santé : 1 Centre de santé : 2 Privé : 3 EPS : 4

Q31- DDR : Connue : 1 Inconnue : 2

Q32- Age gestationnel :

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

Q33- Etat général : Bon : 1 Mauvais : 2 Passable : 3

Q34- Conscience : Claire : 1 Obnubilation : 2 Coma : 3

Q35- Conjonctives : colorées : 1 pales : 2

Q36- TA : Pouls : Q37-Poids : Q38 : Taille : IMC :

Q39- OMI : OUI : 1 NON : 2 Albumine :

Q40- Utérus : Souple : 1 Tonique : 2

Q41- MAF : Présents : 1 Absents : 2

Q42- Présentation : Q43- HU : Q44 : BDCF : Q45- CU :

Q46- Toucher vaginal (dilatation du col) : Non dilaté : 1 Latence : 2 Active : 3

Q47- Etat clinique du bassin : Normal : 1 Anormal : 2

Q48- Niveaux de la présentation : Mobile : 1 Appliquée : 2 Fixée : 3 Engagée : 4

Q49- Poche des eaux : Intactes : 1 Rompues : 2

Si oui, durée de la rupture :

Q50- Liquide amniotique : Clair : 1 Méconial : 2 Hématoïque : 3

Q51- Hémorragie : OUI : 1 NON : 2

EXAMENS COMPLEMENTAIRES DEMANDES EN URGENCE

Q52- GsRH : OUI : 1 NON : 2 Q53 : NFS : OUI : 1 NON : 2

Q54- Bilan d'hémostase : OUI : 1 NON : 2 Q55- Hépato-rénal : OUI : 1 NON : 2

Q56- Echographie : OUI : 1 NON : 2

Q57- Autres :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTIVEMENT FAITS EN URGENCE

Q58- GsRH : OUI : 1 NON : 2 Q59 : NFS : OUI : 1 NON : 2

Q60- Bilan d'hémostase : OUI : 1 NON : 2 Q61- Hépato-rénal : OUI : 1 NON : 2

Q62- Echographie : OUI : 1 NON : 2

Q63- Autres :

DIAGNOSTIC RETENU ET PRISE EN CHARGE

Q64- Diagnostic :

Q65- Délai :

Q66- Concordance entre diagnostic retenu et motif d'évacuation :

Q67- Décision : Césarienne : 1 Laparotomie : 2 Hospitalisation : 3 Autre : 4

Q68- Temps mis entre prise de décision et prise en charge :

Q69- Type d'accouchement : Césarienne : 1 Voie basse : 2

Instrumentale(préciser) : 3

Q70- Difficultés rencontrées : OUI : 1 NON : 2

Si OUI, motifs :

PRONOSTIC MATERNEL

Q71- Etat de sortie : Décès : 1 Domicile : 2 Transfert : 3

Q72- Durée de séjour :

Q73- Complication : NON : 1 OUI : 2

PRONOSTIC FŒTAL

Q74- Vivant : OUI : 1 NON : 2 Si non, cause :

Q75- Sexe : Masculin : 1 Féminin : 2 Non détermine : 3

Q76- Score d'APGAR : M1 : M5 :

DONNEES SUIVI POST NATAL

LES EVACUATIONS SANITAIRES A LA MATERNITE DE L'HOPITAL INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE (IHS) DE DAKAR : A PROPOS 1156 CAS COLLIGES EN 2020

Objectif : Déterminer le profil épidémiologique des patientes évacuées et la fréquence des évacuations, identifier les motifs d'évacuation et évaluer le pronostic maternel et périnatal.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les patientes évacuées à la Maternité de l'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar entre le 1^{er} Janvier et le 31 Décembre 2020, soit une période 12 mois. Les paramètres étudiés étaient la fréquence des évacuations, le profil épidémiologique des patientes, les motifs d'évacuation, le moyen de transport, l'itinéraire, la prise en charge thérapeutique et le pronostic maternel et périnatal. Les données étaient recueillies à partir des dossiers des patientes, des registres d'accouchement, d'avortement et d'hospitalisation et analysées par le logiciel EPI info version 3.5.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons colligé 1156 évacuées sur un total de 3507 patientes prises en charge en urgence, soit une fréquence de 32,96%. Le profil épidémiologique des patientes était celui d'une femme âgée en moyenne de 27 ans avec une parité moyenne de 1,6, résidant en banlieue dakaroise (58%) et ayant bénéficié en moyenne 3 consultations prénatales le plus souvent dans un Centre de Santé (60,6%). Dans la majorité des cas (96,6%), la décision d'évacuation était prise par une sage-femme d'état avec un délai moyen de 11,4 minutes et des extrêmes de 0 et 259 minutes. Le motif d'évacuation le plus fréquent était la dystocie (22%) suivie de la rupture prématuée des membranes (17,2%). Les patientes provenaient pour la plupart des Centres de Santé (55%) suivis des hôpitaux (29,1%). Le moyen de transport utilisé était le plus souvent un véhicule particulier (92%) sans accompagnement par un personnel médical. Les patientes transitaient en moyenne par une structure sanitaire avec des extrêmes de 0 et 7. A l'admission, seules 176 patientes (15,2%) étaient munies d'une fiche d'évacuation. Les patientes étaient reçues pour la plupart par une sage-femme d'Etat (75,4%). Les délais du diagnostic variaient entre 0 et 120 minutes et les diagnostics retenus étaient dominés par le travail normal (32%), la dystocie (22%), l'accouchement prématuré (12,6%) et l'hypertension artérielle et ses complications (9,4%). Concernant la prise en charge, les patientes avaient pour la plupart bénéficié d'un accouchement par voie basse (58,6%) ou d'une césarienne (40,9%). Le délai de prise en charge était en moyenne de 9 heures avec des extrêmes de 0 et de 1080 heures. L'évolution était favorable chez la quasi-totalité des patientes (99,9%), nous avons enregistré un décès maternel. Nous avons obtenu 92,8% de naissances vivantes et la mortalité était estimée à 71,8 pour mille naissances vivantes.

Conclusion : Les évacuations sanitaires constituent un véritable problème en pratique gynécologique et obstétricale à Dakar du fait de l'absence d'un système de référence-recours performant. Malgré les conditions d'évacuation souvent difficiles et les longs délais de diagnostic et de prise en charge, le pronostic demeure favorable.

Mots clés : Urgences obstétricales - Evacuées - Itinéraires – Pronostic.