

LES EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE SAINT-LOUIS, SENEGAL : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES

P. NDIAYE., O. THIAM, K. NIANG, B. SYLLA, M. GUEYE, O. GASSAMA, M. DIALLO, M. MBAYE

RESUME

Objectif : Etudier les facteurs pronostiques des évacuations obstétricales

Méthodologie : Etude rétrospective transversale descriptive et analytique portant sur les dossiers obstétricaux enregistrés à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis du 1^{er} Juin 2017 au 30 Juin 2018, soit une période 13 mois. Les données ont été recueillies sur Excel. Les analyses ont été effectuées grâce au logiciel Epi Info version 3.1. Les tests statistiques Chi2 et Fisher ont été utilisés pour l'analyse bivariée. Le seuil été fixe à 0,05.

Résultats : La fréquence des évacuations obstétricales était de 23,43%. L'âge moyen était de 26,83 ans. La gestité moyenne était de 2,92, la parité moyenne de 2,65. Les évacuées n'étaient pas scolarisées dans 60,92%. Elles étaient mariées dans 97,73%. Le niveau de revenu était faible chez 93,84%. Moins de la moitié des femmes avait effectué 4 CPN et plus. La grossesse était estimée à terme dans 85,92% des cas. Elles venaient des postes de santé dans 63,64% et le transport était assuré par une ambulance dans 58,72% des cas. Le référent n'avait informé l'hôpital avant évacuation que dans 1,03% des cas. Les motifs d'évacuations étaient dominés par les dystocies (29,76%) et l'évacuation était décidée par un personnel qualifié dans 99,56%. Les évacuées étaient accompagnées par un personnel qualifié dans 58,87% et avaient reçu une prise en charge avant leur évacuation dans 53,23%. L'état général était bon dans 94,80% et le travail normal était au premier rang des diagnostics à l'entrée. Le traitement médical avait encadré les traitements obstétrical et chirurgical. L'accouchement par voie basse naturelle était réalisé dans 53,44%, la césarienne dans 22,21% et la chirurgie dans 2,20%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,34 jours. La mortalité concernait la mère pour 14 cas (1,03%), le nouveau-né pour 108 cas (7,92%) et les deux pour 2 cas (0,15%). Le risque de décès maternel et néonatal est statistiquement plus élevé quand : l'âge de la mère est ≥ 35 ans, la parité ≥ 4 , la mère scolarisée, la situation matrimoniale mariée, le niveau socioéconomique faible, le nombre de CPN < 4 , l'âge de la grossesse au trimestre 3, la grossesse monofoetale le moyen d'évacuation par ambulance, l'absence d'information avant évacuation, la qualification du référent, l'accompagnement par un personnel qualifié, la prise en charge avant évacuation, le diagnostic à l'admission (travail anormal et HTA et complications) et l'accouchement par césarienne.

Conclusion : Au décours de cette étude, nous pouvons affirmer que le pronostic maternel et néonatal en cas d'évacuation sanitaire obstétricale était lié aux caractéristiques sociodémographiques, au déroulement de la grossesse, aux conditions d'évacuation, à l'état général à l'entrée et aux aspects diagnostiques et thérapeutiques.

Mots-clés : Urgence, Evacuation, Facteurs, Pronostic, Mortalité maternelle, Mortalité néonatale.

SUMMARY

Prognostic factors for obstetric emergencies received at the Saint-Louis regional hospital, in Senegal

Context: In Senegal, mortality remains high for both mothers (236/100,000 live births (LB)) and newborns (28/1000 LB). In support of control strategies, the objective of this study was to identify the factors of poor prognosis for obstetric emergencies.

Methodology: The retrospective and analytical study used obstetric maternity records from July 1, 2017 to June 30, 2018. The existence or not of poor prognosis (maternal and/or neonatal death) was crossed with each of the other variables. These were related to socio-demographic profile, evacuation conditions, and care. The data were entered with Excel and then analyzed with Epi info. The Chi-square and Fisher tests were used with a degree of significance fixed at $p < 0.05$.

Results: Out of 1,107 files, 120 (10.84%) noted a death: of the mother for 12 (1.08%), of the newborn for 106 (9.58%), and of the mother-child couple for 2 (0.18%). Poor prognosis was more common among women schooled [OR=1.3(1.4-2.04), single [OR=1.08(1.03-4.7)], with too many deliveries (≥ 4) [OR=2.02(1.3-3)], and less than 4 prenatal consultations [OR=1.3(1.1-2.7)]. The same was true for evacuations by health centers [OR=1.2(1.1-1.8)], accompanied by a provider [OR=1.2(1.2-2.8)], with a venous route [OR=1.5(1.03-2.25)], and a general altered state upon arrival at the hospital [OR=8.7(3.5-21.3)]. It was the same in case of abnormal labor [OR=5.2(2.63-10.5)], uterine rupture [OR=23.38(6.11-89.4)], hemorrhage [OR=8.3(5.2-13.07)], prematurity [OR=4.86(2.2-10.4)], and hospitalization for more than 2 days [OR=4.9(3.2-7.4)].

Conclusion: Our results inspired three recommendations: Improve the use of antenatal and family planning services; Pay attention to evacuations accompanied by a provider, with a venous route and/or a deteriorated general state on arrival; Reinforce surveillance of cases with abnormal labor, uterine rupture, hemorrhage, premature delivery, and / or prolonged hospitalization.

Keywords: Emergency, Evacuation, Factor, Prognosis, Mortality, Mother, Newborn.

Tirés à part : Ousmane Thiam : Gynécologue Obstétricien, Université Gaston Berger de Saint-Louis. Email : cassoumane@yahoo.fr, ousmane.thiam@ugb.edu.sn

NDIAYE P., THIAM O., NIANG K., SYLLA B., GUEYE M., GASSAMA O., DIALLO M., MBAYE M. Les évacuations sanitaires obstétricales au centre hospitalier régional de Saint-Louis, Sénégal : aspects épidémiologiques et pronostiques. Journal de la SAGO, 2020, vol.21, n°2, p.29-35

INTRODUCTION

La survie de la mère et de l'enfant constitue une préoccupation constante d'ordre mondial. Les décès maternels, estimés à plus de 500000 par année, sont souvent corrélés à ceux néonataux [1]. Ils sont retrouvés pour 99% dans les régions en développement à cause de problèmes sociodémographiques et économiques [1,3]. Il y'a un réel besoin de prise en charge précoce et efficace des complications obstétricales [4,5,6]. Cela suppose des services équitablement répartis et fonctionnels en permanence, offrant une gamme suffisamment complète et accessible de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de bonne qualité [7]. Un tel système implique des liaisons fluides pour une bonne référence/contre référence intra et inter-pays. Au Sénégal, de 1992 à 2015, la mortalité maternelle est passée de 592 pour 100 000 naissances vivantes (NV) à 139 pour 100 000 NV, et celle néonatale de 35‰ à 12‰. Pour réduire cette mortalité, une feuille de route a été élaborée pour l'atteinte du troisième Objectif de Développement Durable (ODD 3). Trois mesures ont été prises : Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) en 2005 ; Couverture Maladie Universelle (CMU) en 2013 ; Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne (PGAC) en 2015. Ces initiatives font face à de grandes disparités dans la disponibilité des ressources entre régions [8].

Dans la région de Saint-Louis, la référence devrait théoriquement faciliter l'accès à des soins plus performants [9]. Le manque d'études antérieures sur la prise en charge des évacuations relatives à l'accouchement justifient cette étude qui avait pour objectif d'identifier des facteurs pronostiques des urgences obstétricales reçues à l'hôpital régional de Saint-Louis.

I. CADRE, MATERIEL ET METHODE

1. Cadre d'étude

Le Sénégal compte 15 726 037 habitants pour 196 712 km² subdivisés en 14 régions. La région de Saint-Louis (1 036 003 hbt / 19 241 km²) compte trois départements : Dagana, Podor, et Saint-Louis à l'extrême ouest, qui abrite l'hôpital régional. Parmi les services, figure la maternité qui compte trois secteurs : Consultation, Hospitalisation, et Bloc opératoire. Les activités sont assurées par trois équipes : service général, consultation prénatale - planification familiale, et garde. La garde reçoit les urgences, non seulement de la région de Saint-Louis, mais aussi des régions voisines (Louga et Matam), et des zones limitrophes de la Mauritanie (figure 1).

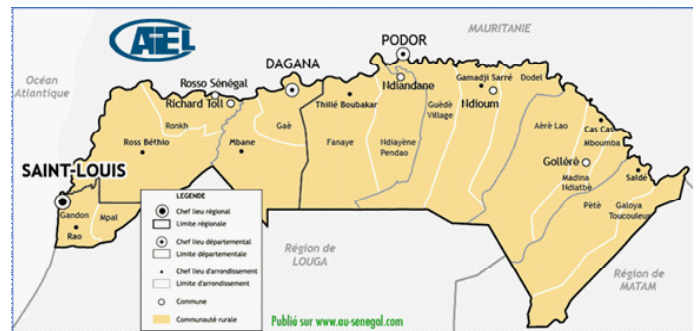


Figure 1 : Découpage administratif de la région de Saint-Louis.

Sources: <https://www.au-senegal.com/carte-administrative-de-la-region-de-saint-louis,038.html> (20 Mars 2020)

2. Matériel et méthode

L'étude, rétrospective, transversale, et analytique, portait sur les dossiers obstétricaux d'un an (Juillet 2017 - 30 Juin 2018) archivés à la maternité de l'hôpital régional de Saint-Louis. La population d'étude était constituée de l'ensemble des cas d'évacuations pour des problèmes liés à la grossesse et/ou l'accouchement. La non inclusion a porté sur les cas de grossesses du premier trimestre ou sans données sur le pronostic maternel et/ou néonatal.

Les variables étaient organisées en quatre entités : profil de la parturiente, conditions d'évacuation, prise en charge et pronostic. Le profil comptait sept (7) variables : âge, scolarisation, niveau de revenus, statut matrimonial, nombre d'accouchements, type de grossesse, suivi prénatal. Les conditions d'évacuation avaient sept (7) variables : origine, qualification du référant, moyen de transport, voie veineuse, accompagnant(e), état général à l'arrivée, information préalable ou non de l'hôpital. La prise en charge avait sept (7) variables : type de travail, rupture utérine (oui/non), HTA (oui/non), hémorragie (oui/non), prématurité (oui/non), mode d'accouchement, durée d'hospitalisation. Le pronostic était bon en l'absence de perte en vie, et mauvais en cas de décès maternel et/ou périnatal.

Les données, recueillies à l'aide d'une maquette élaborée à cet effet, ont été saisies avec le logiciel Excel, puis analysées à l'aide du logiciel Epi info. La description s'est basée sur le calcul de proportions pour l'ensemble des variables ramenées, chacune, à deux modalités. L'analyse a consisté au croisement entre la seule variable dépendante « existence ou non de mauvais pronostic (décès maternel et/ou périnatal) » avec chacune des autres variables indépendantes. Les tests statistiques du Khi2 et de Fisher ont été utilisés avec leurs conditions d'application. Pour chaque lien statistiquement significatif ($p < 0,05$), la force du lien a été déterminée par l'Odds Ratio (OR).

II. RESULTATS

1. Description de l'échantillon

Sur 1364 évacuations obstétricales, la grossesse était au premier trimestre pour 119 (8,72%), et les données sur le pronostic ont manqué pour 138 (10,12%). L'analyse a donc porté sur les 1107 (81,16%). Les femmes étaient en majorité âgées de moins de 35 ans (82,76%), non scolarisées (67,32%), à faibles revenus (98,46%), mariées (97,73%), avec moins de 4 accouchements (70,98%), porteuses de grossesse mono fœtale (95,39%), et avec moins de 4 consultations prénatales (56,12%). Les évacuations, en majorité des postes de santé (64,32%), décidées par une sage-femme (99,82%) et faites par ambulance (60,26%), avec une voie veineuse (53,68%), et accompagnées par un prestataire (60,64%), étaient arrivées avec un bon état général (98,19%) à l'hôpital non préalablement averti (99,00%). Le travail, anormal dans 72,49%, a été surtout marqué par la pathologie hypertensive (18,91%), et hémorragique (9,50%), ainsi que la prématurité (2,81%). La prise en charge a permis plus d'accouchements (72,45%) que de césariennes (27,55%) ; et l'hospitalisation a dépassé 2 jours dans 30,06% des cas. L'issue était un décès maternel pour 12 cas (1,08%), périnatal pour 106 cas (9,58%), et du couple mère-enfant pour 2 cas (0,18%). Globalement, un mauvais pronostic a été observé dans 120 cas (10,84%) (Tableaux I et II).

Tableau I : Profil des parturientes et pronostic maternel et/ou néonatal

Caractéristiques sociodémographiques	Pronostic		Test statistique	
	Mauvais	Bon	P	OR + (IC95%)
Age	≥ 35 ans	21	169	1,05
	< 35 ans	99	813	0,3 [0,65-1,7]
Scolarisation	Oui	47	272	1,3
	Non	73	584	0,05 [1,4-2,04]
Niveau socio-économique	Faible	112	910	0,6
	Moyen-élevé	8	40	0,1 [0,2-1,3]
Statut matrimonial	Célibataire	2	15	1,08
	Mariée	119	967	0,03 [1,03-4,7]
Nombre d'accouchements	≥ 4	49	272	2,02
	< 4	64	721	0,003 [1,3-3]
Type de Grossesse	Mono fœtale	113	943	0,5
	Gémellaire	9	42	0,07 [0,2-1,7]
Nombre de consultations prénatales	< 4	62	470	1,3
	≥ 4	39	377	0,04 [1,1-2,7]

Tableau II : Description sommaire des cas étudiés

Paramètres d'étude	Modalités	
	Oui	Non
Age < 35 ans	912 (82,76%)	190 (17,24%)
Non scolarisée	657 (67,32%)	319 (32,68%)
Niveau de revenu faible	1022 (98,46%)	17 (1,54%)
Statut matrimonial = mariée	1086 (97,73%)	31 (2,27%)
Profil socio-démographique		
Nombre d'accouchements < 4	785 (70,98%)	321 (29,02%)
Grossesse mono-fœtale	1056 (95,39%)	51 (4,61%)
Consultations prénatales < 4	532 (56,12%)	416 (43,88%)
Origine = poste de santé	712 (64,32%)	395 (35,68%)
Conditions d'évacuation		
Décision prise par une sage-femme	1101 (98,82%)	2 (0,18%)
Transport effectué par ambulance	661 (60,26%)	436 (39,74%)
Voie veineuse	591 (53,68%)	510 (46,32%)
Accompagnant(e) = Prestataire formé	661 (60,64%)	429 (39,36%)
Etat général altéré à l'arrivée à l'hôpital	20 (1,81%)	1087 (98,19%)
Hôpital préalablement informé	11 (1,00%)	1091 (99,00%)
Anomalie du travail	801 (72,49%)	304 (27,51%)
<i>Principaux problèmes identifiés :</i>		
HTA	209 (18,91%)	896 (81,09%)
Hémorragie	105 (9,50%)	1 000 (90,50%)
Prise en charge à l'hôpital		
Rupture utérine	1 (1,00%)	1094 (99,00%)
Prématurité	31 (2,81%)	1074 (97,19%)
Accouchement par Césarienne	325 (30,06%)	756 (69,94%)
Durée d'hospitalisation > 2 jours	325 (30,06%)	756 (69,94%)
Décès maternel et/ou néonatal	120 (10,84%)	987 (89,16%)

2. Profil des parturientes et pronostic maternel et/ou néonatal

Le pronostic avait un lien statistiquement significatif avec quatre variables : scolarisation, statut matrimonial, nombre d'accouchements et suivi prénatal. Le mauvais pronostic a été plus fréquent parmi les parturientes scolarisées, célibataires, multipares (≥ 4) et porteuses d'une grossesse insuffisamment suivie (<4 consultations prénatales) (Tableau III).

Tableau III : Conditions d'évacuation et pronostic maternel et/ou néonatal

Conditions d'évacuation		Pronostic		Test statistique	
		Mauvais	Bon	P	OR + (IC95%)
Origine de l'évacuation	Centre de santé	49	346	0,01	1,2
	Poste de Santé	73	639		[1,1-1,8]
Personnel référent	Qualifié	120	981	0,3	1
	Non qualifié	0	2		[0,03-1,7]
Moyen de transport	Ambulance	80	581	0,08	1,3
	Autre	41	395		[0,8-1,9]
Accompagnant = prestataire formé	Oui	78	583	0,01	1,2
	Non	41	388		[1,2-1,8]
Voie veineuse	Oui	76	515	0,01	1,5
	Non	45	465		[1,03-2,25]
Hôpital averti avant évacuation	Non	121	970	0,1	1,3
	Oui	0	11		[0,3-1,4]
Etat général à l'arrivée	Mauvais + Passable	10	10	0,00004	8,7
	Bon + Assez-bon	112	975		[3,5-21,3]

3. Conditions d'évacuation et pronostic maternel et/ou néonatal

Le pronostic avait un lien statistiquement significatif avec trois (3) variables : accompagnant(e), voie veineuse, et état général à l'arrivée. Un mauvais pronostic était plus fréquemment constaté parmi les évacuations parties d'un centre de santé, accompagnées par un prestataire, avec une voie veineuse, et un état général altéré à l'arrivée à l'hôpital (tableau IV).

Tableau IV : Prise en charge et pronostic maternel et/ou néonatal

Aspects diagnostiques et thérapeutiques		Pronostic		Test statistique	
		Mauvais	Bon	P	OR + (IC95%)
Travail anormal	Oui	111	690	0,0000	5,2
	Non	9	295		[2,63-10,5]
Rupture utérine	Oui	8	3	0,0000	23,38
	Non	112	982		[6,11-89,4]
Hémorragie	Oui	43	62	0,0000	8,3
	Non	77	923		[5,2-13,07]
HTA et complications	Oui	25	184	0,2	1,1
	Non	95	801		[0,7-1,8]
Prématuré	Oui	11	20	0,0001	4,86
	Non	109	965		[2,2-10,4]
Mode d'accouchement	Césarienne	32	265	0,2	1,1
	Voie basse	75	706		[0,7-1,7]
Durée du séjour hospitalier	> 2 jours	70	255	0,000	4,9
	≤ 2 jours	40	716		[3,2-7,4]

4. Prise en charge et pronostic maternel et/ou néonatal

Un lien statistiquement significatif a été trouvé entre le pronostic et cinq variables : travail, rupture utérine, hémorragie, prématurité et séjour hospitalier.

Le pronostic était plus mauvais ou défavorable chez les patientes qui avaient présenté une anomalie du travail, rupture utérine, hémorragie, prématurité, et hospitalisation supérieure à 2 jours (tableau IV).

III. DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Le principal problème était le caractère rétrospectif car certaines informations de la base de données étaient incomplètes. Ainsi, les cumules des fréquences ont changé d'une variable à l'autre. Par ailleurs, le score d'Apgar n'a pu être pris en compte. De même, l'âge exact de la grossesse et la distance parcourue n'ont pas été précisés. Malgré tout, la taille de notre échantillon a permis d'identifier un certain nombre de facteurs de mauvais pronostic (décès maternels et/ou néonataux).

2. Mauvais pronostic (décès maternels et/ou néonataux)

La mortalité résulterait de trois « retards » :

1. décision de consulter (environnement socio-économique),
2. arrivée à la structure de santé (routes et moyen de transport),
3. prise en charge (temps d'attente) [2].

La mortalité maternelle est élevée dans notre série (1,26%), car supérieure au 1% fixé par l'OMS. Elle survient à l'hôpital pour les cas graves tardivement ou mal pris en charge. Selon l'approche « proche du client » : le premier niveau doit fournir les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), et l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) doit être universel en cas de nécessité [1,10]. La mortalité néonatale est plus fréquente pour nous (7,92%) que pour Thiam (18,8%) [9], Cissé (25,8%) [11], et Tshabu Aguémon (15,40%) [12]. Les causes, aussi directes qu'indirectes, sont liées au profil de la parturiente, aux conditions d'évacuation et à la prise en charge hospitalière.

3. Profil des parturientes et pronostic maternel et/ou néonatal

Sur les sept variables étudiées, quatre avaient un lien statistiquement significatif avec le pronostic : scolarisation, parité, statut matrimonial et nombre de consultations prénatales.

Le fait d'être scolarisé est un facteur de mauvais pronostic, contrairement au résultat de Diallo (0,4% de décès maternels chez les patientes du niveau secondaire et 0% pour celles de niveau supérieur) [13]. Cela peut résulter de plus de mariages tardifs et primiparités âgées chez les femmes instruites, ce

qui justifie une étude cas-témoins. En effet, le bas niveau d'instruction, qui limite la perception de l'effet de certaines pratiques culturelles sur la santé, est moins fréquent chez les célibataires.

Les femmes célibataires, moins nombreuses dans notre série (1,54%) que dans celles de Thiam (4,4%) [9] et Ouattara (10,2%) [14], pourraient avoir plus de besoins non satisfaits en planification familiale et seraient donc plus exposées à une multiparité.

La multiparité, résultat de grossesses trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées, et/ou trop tardives, expose les femmes à une accumulation d'antécédents pathologiques et de complications obstétricales [15,16] ; elle est particulièrement préoccupante si la grossesse est mal suivie.

Les consultations prénatales permettent l'identification des grossesses à haut risque [4,15]. Elles sont malheureusement insuffisantes car, selon les croyances locales, la femme enceinte, très vulnérable au premier trimestre, a besoin de discrétion pour se protéger contre les esprits maléfiques utilisables par les coépouses en milieu polygame [15,16].

Trois autres variables ont été indépendantes du pronostic : âge, revenu, et type de grossesses. L'âge avancé a été un facteur de mauvais pronostic pour nous, comme pour Thiam [9]. Le faible revenu altère le pronostic pour Thiam [9] et Sèpou [17], en limitant le recours aux services de maternité, par défaut d'autonomie financière. La grossesse gémellaire est plus à risque de mortalité pour certains auteurs à cause des problèmes nécessitant une évacuation.

4. Conditions d'évacuation et pronostic maternel et/ou néonatal

Sur les sept variables étudiées, quatre avaient un lien statistiquement significatif avec le pronostic : origine, voie veineuse, accompagnant(e), état général. Nos urgences ont été, en majorité (64,32%) évacuées par les postes de santé où il n'y a pas de médecin, et le secteur de la maternité est géré au mieux, par une sage-femme qui, en principe, doit savoir installer une voie veineuse.

La voie veineuse moins souvent installée pour nos évacuées (53,23%) que pour celles de Thiam (59%) [8] et Thera (86,70%) [18], a besoin de surveillance, donc d'accompagnement.

L'accompagnement par un prestataire formé, plus fréquent pour nous (60,26%) que pour Tshabu Aguémon au Bénin (27,59%) [12], cherche à préserver, jusqu'à destination, l'état général.

Le mauvais état général à l'admission, lié à plus d'issue fatale comme trouvé par Thiam au Nord

du Sénégal (2%) [9], pourrait résulter des longues distances dans cette partie Est de la région.

Trois autres variables ont été indépendantes du pronostic : qualification du référent, moyen de transport, et information de l'hôpital. Le personnel qualifié, à prédominance sages-femmes [9,11,17], semble référer les cas les moins graves ne nécessitant pas de transport médicalisé. Les ambulances, utilisées plus souvent dans notre série (58,72%) que dans celles de Therai (50,60%) [18], Millogo-Traoré (26,4%) [7] et Diarra (25,9%) [19], confirment les efforts consentis en équipement et matériel. L'hôpital a été averti plus rarement pour nous (1,54%) que pour Thiam (26,7%) [9], sûrement par l'indisponibilité de moyens, ce qui entrave la préparation de la prise en charge.

5. Prise en charge et pronostic maternel et/ou néonatal

Sur les sept variables étudiées, cinq avaient un lien statistiquement significatif avec le pronostic : type de travail, rupture utérine, hémorragie, prématurité, et durée du séjour hospitalier.

Le travail anormal, expression d'un problème lié au déroulement de l'accouchement, peut être d'ordre dystocique, hypertensive et/ou hémorragique [19]. La dystocie est habituellement admise comme un facteur de risque car, mal ou tardivement gérée, elle peut aboutir à la rupture utérine [4,11].

La rupture utérine, complication la plus redoutée de la dystocie, est responsable de fort taux de mortalité aussi bien maternelle que périnatale, à cause de l'hémorragie.

L'hémorragie d'origine obstétricale, généralement brutale, peut évoluer rapidement vers un état de choc nécessitant une transfusion souvent impossible par manque de sang ; elle peut obliger à opter pour un accouchement prématuré [10,12].

L'accouchement prématuré, connu pour être néfaste à la survie du nouveau-né, peut aussi grever le pronostic maternel selon la pathologie sous-jacente qui détermine la durée d'hospitalisation.

La longue durée d'hospitalisation, aussi bien dans les structures périphériques qu'au niveau de l'hôpital de référence, est en défaveur du pronostic car concerne les complications les plus graves qui, souvent, nécessitent des interventions lourdes pouvant aboutir à plus d'issues fatales [17].

Deux variables ont été indépendantes du pronostic : hypertension artérielle et mode d'accouchement. L'hypertension artérielle peut, cependant, déboucher

sur un accident utéroplacentaire comme l'hématome rétroplacentaire qui nécessite une intervention d'urgence. La césarienne a une fréquence bien plus élevée pour nous (30,06%) que pour la plupart des pays en développement (souvent inférieur à 5%) [8,20,21], et pour six pays d'Afrique (Burkina Faso, Ethiopie, Madagascar, Mali, Niger, et Tchad) où elle est inférieure à 1% pour 80% de la population [22].

CONCLUSION

A la maternité de l'hôpital régional de Saint-Louis, 10,84% des évacuations ont eu un mauvais pronostic (décès maternel et/ou néonatal). Ce mauvais pronostic est lié au profil de la parturiente, aux conditions d'évacuation, et à la prise en charge hospitalière. L'amélioration de la situation nécessite trois actions :

1. améliorer l'accessibilité des services de consultations prénatales aux femmes mariées et de planification familiale aux célibataires ;
2. accorder plus d'attention aux évacuations accompagnées par un prestataire, avec une voie veineuse et/ou un état général altéré à l'arrivée ;
3. renforcer la surveillance des cas avec anomalies du travail, rupture utérine, hémorragie, prématurité et/ou hospitalisation prolongée.

REFERENCES

1. **Guèye AS, Ndiaye P, Tal-Dia A, Kessler C, Fergusson A.** Fertilité, mortalité maternelle et survie des enfants du district sanitaire de Kolda (Sénégal). *Dakar Méd.* 2004; 49(2): 86-90
2. **Haddad S, Fournier P.** Quality, cost and utilisation of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Social Science and Medicine* 1995; 40: 743–53.
3. **Saizonou J, Godin I, Ouendo EM, 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. *Trop Med Int Health* 2006; 11(5): 672-80.
4. **Ndiaye P, Niang K, Diallo I.** Le score de risque dystocique (SRD) : un outil d'aide à la décision médicale pour combattre la mortalité maternelle. *C. R. Biologies* 2013; 336: 301-4
5. **Tchaou BA, Salifou NFMHK, Chobi EZM.** Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *European Scientific Journal* 2015; 11(9): 260-72.
6. **Imbert P, Berger F, Diallo NS, Cellier C, Goumbala M, Ka AS, Petrognani R.** Pronostic maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : étude prospective à l'hôpital Principal de Dakar (Sénégal). *Med Trop* 2003; 63: 351-7.
7. **Millogo-Traore TFD, Sawadogo RCA.** Évaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au sein du service de gynécologie-obstétrique du CHU YO. *Annales de la SAGGO* 2014; 9(22): 5-12.
8. **Cisse CT, Faye EO, De Bernis L, Dujardin B, Diadhiou F.** Cesarean sections in Senegal: coverage of needs and quality of services. *Sante* 1998; 8(5): 349-77.
9. **Thiam O, Cisse ML, Mbaye M, Niang MM, Gueye M, Diouf AA et al.** La problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : exemple du centre hospitalier de Ndioum. *Rev. CAMES SANTE* 2013; 1(2): 51-6.
10. **Baldé IS, Diallo FB, Diallo Y, Diallo A, Diallo MH, Camara MK et al.** Evacuations obstétricales intrapartum : aspects socio-démographique, clinique et pronostique à Conakry, Guinée. *Med Trop* 2011; 71(6): 626-9.
11. **Cisse M L, Raad B, Diouf A, Wade F, Moreau JC.** Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital de Kolda. *Médecine Afrique Noire* 2010; 57(1): 37-43.
12. **Tshabu-Aguemon C, Denakpo J, Adisso S, Mampassi E, De Souza J.** Mortalités maternelle et périnatale liées aux références obstétricales à la C.U.G.O. du CNHU-HKM de Cotonou. <http://saranf.net/Mortalites-maternelle-et.html> 2012 tome 17 n°1 (jun 15th, 2016).
13. **Diallo FB.** Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie ; *Médecine d'Afrique Noire* 1998; 45(12): 3-4.
14. **Ouattara A, Ouédraogo CM, Ouédraogo A, Lankoande J.** Les références et évacuations obstétricales dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence: aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques sur une période de 34 mois au CHU Yalgado de Ouagadougou. *Médecine et santé tropicales* 2015; 25: 403-7.
15. **Ndiaye P, Tal-Dia A, Diédhiou A, Fall C, Gaye-Badiane A.** Impact du nombre de consultations prénatales (CPN) sur la morbidité materno-fœtale dans le district sanitaire de Ziguinchor. *Dakar Méd.* 2003; 48(1): 20-4.

16. **Ndiaye P, Tal-Dia A, Diediou A, Dieye EHL, Dione DA.** Déterminants socioculturels du retard de la 1^{re} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé Publique* 2005; 17(4): 531-8.
17. **Sepou A, Goddot M, Ngbale R, Gaunefet CE, Domande-Modanga Z, Fandema E et al.** Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui. *Clin Mother Child Health* 2009; 6(1): 1507-12.
18. **Thera T, Traore Y, Kouma A, Diallo B, Traore ZO, Traore M et al.** Problématique du système de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako. *Mali medical* 2015; 30(3): 34-5.
19. **Diarra Nama AJ, Angbo O, Koffi MN, Koffi MK, Yao TK, Welffens Ekra C.** Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte d'Ivoire. *Santé publique* 1999; 11(2): 193-201.
20. **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).
21. **Stanton C, Ronsmans C.** Baltimore Group on Cesarean. Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing countries. *Birth*. 2008b; 35(3): 204-11.
22. **Ronsmans C, Graham W.J.** Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet* 2006; 348(9542): 1189-200.