

# LA PROBLEMATIQUE DES PARTURIENTES EVACUEES EN ZONE RURALE SENEGALAISE : EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER DE NDIUOM

O. THIAM<sup>1</sup>, M. L. CISSÉ<sup>2</sup>, M. MBAYE<sup>2</sup>, M. M. NIANG<sup>2</sup>, M. GUEYE<sup>2</sup>, A. A. DIOUF<sup>2</sup>, S. DIÈYE<sup>1</sup>, J. C. MOREAU<sup>2</sup>

## RESUME

**Objectifs :** Décrire les difficultés rencontrées par les parturientes évacuées dans une zone rurale au Sénégal.

**Méthodologie :** Etude prospective sur une période de 12 mois allant de janvier à décembre 2011. Toutes les patientes évacuées vers la maternité.

**Résultats :** La fréquence des évacuations obstétricales était de 31,2%. Le nombre moyen de consultation prénatale était de deux. Une femme sur 3 avait effectué plus de 4 CPN (33,3%). La grossesse était à terme dans 83,6% des cas. La distance parcourue était en moyenne de 48 Km avec des extrêmes de 1 à 200 km. L'évacuation était faite au moyen d'une ambulance dans 69% des cas et celle-ci était accompagnée par un prestataire non qualifié dans 92,7% des cas. La patiente était vivante bien portante dans 98 % des cas. L'enfant était né vivant bien portant dans 75,4%. La durée de séjour moyenne était de 2,6 jours avec des extrêmes de 1 et 12 jours. La contre-référence était effectuée dans 97,3% des cas.

**Conclusion :** Les résultats de notre étude nous permettent de confirmer malgré les ressources limitées, il est possible de prendre en charge et de réduire la morbidité et la mortalité des patientes évacuées. En effet nous préconisons de mettre en place un système de SAMU obstétrical en zone rurale afin de contribuer à la régulation des évacuations obstétricales, mais surtout de permettre aux patientes à faible revenu d'accéder au service.

**Mots-clés :** évacuation obstétricale, mortalité maternelle, hémorragies de la délivrance.

## ABSTRACT

### THE PROBLEM OF RURAL EVACUATED PARTURIENTS: EXAMPLE OF HOSPITAL NDIUOM (SENEGAL)

**Objectives:** to describe the difficulties encountered by women in labor evacuated in a rural area in Senegal.

**Methodology:** A prospective study over a period of 12 months from January to December 2011. All patients discharged to motherhood.

**Results:** The frequency of obstetric evacuation was 31.2%. The average number of prenatal care was two. One woman in three had made over 4 CPN (33.3%). Pregnancy to term was 83.6% of cases. Distance averaged 48 Km with a range of 1-200 km. The evacuation was carried out by means of an ambulance in 69% of cases and this was accompanied by a non-qualified in 92.7% of cases. The evacuation was ordered by a provider qualified in 98% of cases and this was accompanied by unqualified personnel in 92.7%. The child was born healthy living in 75.4%. The average length of stay was 2.6 days with a range of 1 to 12 days. The cons-reference was performed in 97.3% of cases.

**Conclusion:** The results of our study allows us to confirm despite limited resources, it is possible to take over and reduce the morbidity and mortality of patients evacuated. In fact we recommend to set up a SAMU of rural obstetrical to contribute to the regulation of obstetric discharges, but also to enable low-income patients to access this service.

**Keywords:** evacuation obstetric, maternal mortality, postpartum haemorrhage.

## INTRODUCTION

Dans le monde, plus d'un demi-million de femmes meurent en couche dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne, la situation est préoccupante car le risque de décès est de un sur treize comparativement à 1/4100 dans les pays industrialisés. Au Sénégal cette mortalité maternelle était estimée à 392 décès sur 100.000 naissances vivantes en 2011 [1]. la plupart des décès se rencontrent chez les évacuées. L'évacuation est considérée comme un indicateur du statut socio-sanitaire des femmes. Plus il y a des complications durant la gravido-puérpéralité, plus il y a des évacuations. Le système de référence permet aux populations d'accéder aux soins qui ne sont pas susceptibles d'être administrés

---

1 Centre Hospitalier Régional de Ndioum, Sénégal  
2 Clinique Gynécologique Et Obstétricale, C.H.U. Aristide Le Dantec, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

**Auteur correspondant :** Docteur Ousmane Thiam : Gynécologue Obstétricien au CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE NDIUOM, SENEGAL. BP 30, PODOR. E\_mail : cassoumane@yahoo.fr, Tel : 00 (221) 77 5085071.

à la base et de prendre en charge certaines complications survenant dans des contextes d'urgences. L'évacuation sanitaire désigne une référence réalisée dans une situation d'urgence. C'est le cas pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence [2]. La contre-référence 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 [2, 3]. C'est dans ce cadre que se situe cette étude dont l'objectif général est de décrire les difficultés rencontrées par les parturientes évacuées dans une zone rurale au Sénégal.

Les objectifs spécifiques étaient :

- 1) de décrire le profil épidémiologique des parturientes évacuées au centre hospitalier de Ndoum ;
- 2) de déterminer les moyens de transports des parturientes évacuées au centre hospitalier de Ndoum ;
- 3) d'évaluer la prise en charge des parturientes évacuées au centre hospitalier de Ndoum ;
- 4) d'évaluer le devenir maternel et fœtal après une évacuation ;
- 5) d'évaluer le coût de l'évacuation.

## I. MATERIEL ET METHODES

### 1. Cadre d'étude

Il s'agit du centre hospitalier de Ndoum, zone périphérique située à 500 Km de la capitale sénégalaise. La Maternité de l'hôpital couvre 68740 femmes en âge de reproduction (FAR) réparties dans deux districts sanitaires et plusieurs communautés rurales avec 10759 naissances attendues par an. Les activités obstétricales y sont réalisées dans 9 structures de soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB). La maternité, qui ne dispose que de 42 lits constitue la seule structure offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) disponibles 24 heures sur 24. L'hôpital dispose d'un bloc opératoire avec 2 salles fonctionnelles et une banque de sang sans unité de réanimation médico-chirurgicale. La maternité réalise en moyenne 1200 accouchements par an dont un nombre moyen de 300 césariennes soient 25% des accouchements.

### 2. Type d'étude :

Nous avons mené une étude descriptive transversale.

### 3. Période d'étude

Allant du 1er janvier au 31 décembre 2011 soit une période de 12 mois.

### 4. Population d'étude

Toutes les patientes évacuées à la maternité du Centre Hospitalier Régional de NDIOUM, durant cette période.

## 5. Echantillonnage

Nous avons recensé de façon exhaustive tous les cas d'évacuation vers la maternité. Les données sont recueillies dès l'arrivée du malade.

## 6. Critères d'inclusion

Etre admise à la maternité du Centre hospitalier régional de NDIOUM pour une évacuation obstétricale.

## 7. Critères de non inclusion

Toutes patientes reçues pour évacuation et dont la prise en charge n'a pas été effectuée à la maternité.

## 8. Plan de collectes

Les supports utilisés étaient le dossier obstétrical et la fiche d'évacuation. Pour chaque patiente, nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques et cliniques, les données de l'évacuation, la prise en charge au niveau de l'hôpital et le pronostic materno-fœtal.

## 9. Plan d'analyse

La saisie, l'exploitation et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel SPSS 13.0.

## 10. Limites de cette étude

nous avons été confrontés parfois à des fiches d'évacuations qui sont insuffisamment ou mal remplies.

## II. RESULTATS

### 1. Fréquence

Durant notre période d'étude du 1er janvier au 31 décembre, nous avons colligé 409 patientes évacuées sur 1309 accouchements soit une fréquence de 31,2%.

### 2. Données socio-démographiques

L'âge moyen des patientes était de 26,6 ans avec des extrêmes de 15 et 47 ans. La tranche d'âge 20-24 ans était la plus représentée. Plus d'une patiente sur 5 (22%) était une adolescente. Les patientes âgées de plus de 35 ans représentaient 21,8% des cas. La gestité moyenne était de 3,8 avec des extrêmes de 1 et 15. Les multigestes étaient les plus fréquemment rencontrées (42,3%), suivie des primigestes (35,5%) et des secondigestes 22,2%. La parité moyenne était de 2,7 avec des extrêmes de 1 et de 13. Plus d'une patiente sur trois (35,2%) était nullipare. Les grandes multipares ont représenté plus d'une patiente sur cinq (22%). La majorité (95,6%) de nos patientes était mariée. Cependant, 4,4% des cas étaient célibataires. Les patientes avaient un niveau de revenu moyen dans 75,5% des cas. Celui-ci était faible dans 21,5% des cas et élevé chez 2% des patientes. Cependant, 0,7% des patientes étaient sans revenu. Une femme sur trois (33,3%) a effectué plus de 4

CPN. Le nombre moyen de CPN a été de 2 avec des extrêmes de 0 et de 9. La majorité de nos patientes avait une grossesse estimée à terme, soit 83,6 %. La grossesse était au premier trimestre pour 31 cas (7,5%), au deuxième trimestre pour 28 cas (6,9 %) et en post terme pour 8 cas (2%).

### 3. Données de l'évacuation

#### 3.1. Distance d'origine

La distance moyenne parcourue a été de 48Km avec des extrêmes de 1 et de 200Km. Quatre vingt six pour cent des patientes ont parcouru une distance de plus de 20Km. Celles qui sont venues de moins de 10 Km ne représentaient que 8,8% des patientes évacuées.

**Tableau I** : Répartition des patientes évacuées selon la distance parcourue

Distance en Km	Nombre	Pourcentage (%)
<10	36	8,8
10-20	21	5
>20	325	86,2
Total	409	100

#### 3.2. Moyen d'évacuation

L'évacuation était assurée par une ambulance chez 283 patientes soit 69%. Cent dix huit patientes étaient venues par leur propre moyen soit 28,9% et, 6 patientes étaient reçues à l'issue d'un transport en commun soit 1,4%. Cependant chez 2 patientes (0,7%), le moyen de transport n'a pas été précisé. Pour une patiente sur quatre (26,7%) le prestataire référant avait informé l'hôpital avant l'évacuation. L'information était donnée au moyen du téléphone dans la majorité des cas, soit 85,3%.

#### 3.3. Motif d'évacuation

Le tableau II représente la répartition des patientes selon le motif d'évacuation

**Tableau II** : Répartition selon le motif d'évacuation

Pathologies	Fréquence absolue	Fréquence relative
Dystocies	153	37,4
Hémorragies	130	31,6
Hypertension artérielle et ses complications)	58	14,2
Autres (Infection, Anémies)	54	13,2
Rétention d'œuf mort	8	1,9
Souffrance fœtale	7	1,7
Total	409	100

Les dystocies ont représenté près d'une patiente sur 4 (37,2%). L'évacuation est décidée par un personnel qualifié dans 98% des cas. La patiente évacuée

est accompagnée par un personnel qualifié dans 7,3 % des cas.

### 3.4. Prise en charge avant l'évacuation

Seules 61% des patientes ont bénéficié d'un abord veineux. Ces abords ont été de calibres différents :

- 18 dans 164 cas soit, 40% ;
- 20 dans 70 cas, soit 17,1% ;
- 24 dans 10 cas, soit 2,4% ;
- 22 dans 7 cas, soit 1,7%.

Le soluté utilisé a été :

- le sérum glucosé isotonique avec 144 cas, soit 35,1% ;
- le sérum salé isotonique avec 27 cas, soit 6,6% ;
- le ringuer lactate dans 33 cas, soit 8%.

On a noté qu' aucune patiente n'a bénéficié de macromolécules ou de transfusion sanguine avant l'évacuation. L'évacuation était gratuite pour toutes les patientes qui venaient directement des 2 centres de santé. Le cout de l'évacuation est estimé entre 25.000 et 30.000 FCFA (38-45,8 Euro) pour les patientes qui sont venues directement des postes de santé et, à 50.000 FCFA ( 76,3 Euro) pour celles qui ont utilisé le transport en commun.

### 4. Prise en charge au niveau de l'hôpital

Toutes les patientes qui sont admises dans la structure, ont bénéficié d'une prise en charge immédiate.

#### 4.1. Traitement médical

Il était réalisé dans 17% des cas. Il s'agissait d'un traitement anti hypertenseur, du sulfate de magnésium, de l'injection d'antibiotiques, d'une transfusion sanguine, de la perfusion d'ocytocique et du remplissage vasculaire selon l'indication.

#### 4.2. Traitement obstétrical

Il s'agissait d'une césarienne chez 33,2%, l'accouchement instrumental dans 8,5% des patientes, la prise en charge d'un avortement soit par aspiration ou par curetage dans 7% des cas, révision utérine était réalisée pour 2,2% des cas.

#### 4.3. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical était réalisé dans 12 cas, soit 2,9%. Dans 42 % des interventions, une salpingectomie était réalisée, une laparotomie pour rupture utérine dans 33% et une hystérectomie d'hémostase dans 25% des cas.

#### 4.4. Indications de césarienne

Les indications de césarienne étaient dominées par les hémorragies (45%), suivies des dystocies (37%), les états hypertensifs (10%) et la souffrance fœtale aigue (8%). Les pathologies hémorragiques étaient dominées par l'hématome rétro-placentaire, suivi du placenta prævia et la rupture utérine. Les dystocies

étaient dominées par les anomalies osseuses.

## 5. Délai de prise en charge selon l'issue de la grossesse

La prise en charge était réalisée dans les 28,8 minutes après l'admission avec des extrêmes de 10 et 180 minutes. Ce délai moyen était de 31 minutes chez les césariées, de 22 minutes pour la laparotomie, de 21 minutes pour l'accouchement par voie basse naturelle et de 20 minutes pour l'accouchement par voie instrumentale. La durée moyenne de séjour était de 2,6 jours avec des extrêmes de un et 12 jours. Celle-ci était en moyenne de 3,3 jours pour les patientes présentant une morbidité, de 2,6 jours pour les patientes qui ne présentaient pas de complications. Cependant, les patientes décédées avaient une durée moyenne de 2,3 jours.

## 6. Devenir des malades

### 6.1. Devenir maternel

La mère était vivante et bien portante dans 401 cas, soit 98% des cas. Parmi les patientes vivantes, 14 cas présentaient une morbidité. Cependant, nous avons enregistré 8 cas de décès soit 2% des cas.

### 6.2. Devenir fœtal

Nous avons enregistré 309 cas d'enfants vivants bien portants, soit 75,4%. Cependant, les enfants décédés représentaient 18,8% des cas.

## 7. Moyens de contre référence

La contre référence était effectuée chez 399 patientes, soit 97,3%. Les moyens utilisés étaient un courrier remis à la patiente et un téléphone au prestataire référent :

- un courrier est utilisé dans 76,8%.
- le téléphone est utilisé chez 15,6 % des patientes.

## 8. Facteurs pronostic de l'enfant

**Tableau III** : Devenir de l'enfant en fonction de la qualification de la personne qui évacue

	Vivant	Décédés	Total
Qualifié	47	61	63
Non qualifié	262	16	323
Total	309	77	386

La qualification du personnel qui a accompagné l'évacuation avait une forte influence sur le devenir de l'enfant. On a noté plus de décès néonatal 61 cas, soit 79% des cas lorsque la personne qui évacue n'avait aucune qualification.

## III. DISCUSSION

### 1. Particularité épidémiologique

#### 1.1. Fréquence

La fréquence des parturientes évacuées dans notre série était de 31,2%. Ce taux est inférieur aux données retrouvées par Cissé à Kolda (46,7%) [4] et IMBERT (50,5%) à la maternité de l'hôpital Principal de Dakar [5]. Cependant COULIBALY [6] au Mali et DIARRA en cote ivoire [7] retrouvaient respectivement 10,4% et 7,9%.

#### 1.2. Caractéristiques socio-démographiques

##### - Age

L'âge moyen des patientes était de 26,6 ans. Celles âgées de moins de 19 ans étaient de 22%, celles de plus de 35 ans de 21,8%. La morbidité était plus importante chez les patientes âgées de plus de 35 ans. Ce résultat est superposable à celui rapporté par Cissé à DANTEC [8]. BOUHOUSOU [9] dans sa série notait 2,8 % de patientes qui ont moins de 19 ans.

##### - Origine géographique et moyen d'évacuation

La distance moyenne parcourue par les patientes était 48,01km aux extrêmes de un et 200 Km. Le décès néonatal était constaté dans la majorité des cas chez les patientes reçues sur une distance de plus de 20 Km. Ce résultat corrobore les données de SEPOU [10].

L'évacuation était assurée au moyen d'une ambulance dans 69,2%, au moyen d'un transport personnel chez 28,9% et d'un transport en commun dans 1,5%. En Centrafrique, 26,1% des évacuations est assurées par une ambulance [10]. Ces données prouvent que beaucoup d'effort sont consentis pour l'équipement en ambulance dans les postes et centres de santé par les autorités médicales. Ainsi, pour améliorer la qualité de la couverture sanitaire en zone rurale, la création de blocs chirurgicaux fonctionnels, la formation et le recyclage du personnel de santé apparaissent comme une sur-priorité.

#### 2. Données sur l'évacuation

Les dystocies, les hémorragies, l'hypertension artérielle gravidique et ses complications étaient les principaux motifs d'évacuation relevés dans notre étude avec des taux respectifs de 37,4%, 31,7% et 14,2%. Ces résultats étaient superposables à ceux observés à Dakar [8], au Bénin [11] et au Burkina Faso [12]. Par ailleurs, nous avons constaté au cours de notre étude que les patientes évacuées ne bénéficient d'aucune assistance médicale au cours de l'évacuation, que celle-ci soit avec une ambulance ou avec d'autres moyens personnel. La qualification du personnel qui accompagne l'évacuation avait une forte influence sur le devenir de l'enfant. Soixante dix neuf pour cent des décès néonataux étaient constatés lorsque la personne qui évacue n'avait aucune qua-

lification. Les patientes avaient un niveau de revenu moyen dans 75,5% des cas. Celui-ci était faible dans 21,5% des cas et élevé chez 2% des patientes. Cependant, 0,7% des patientes étaient sans revenu. Ces constatations posent le problème de la qualité du suivi prénatal avec comme objectifs le dépistage des grossesses à haut risque et des accouchements à haut potentiel dystocique, et donc celui de la référence précoce de tels cas vers les structures sanitaires assurant des soins obstétricaux spécialisés.

### 3. Mode d'accouchement

Dans notre série, 33,2% des patientes avaient bénéficié d'une césarienne. Ce taux était inférieur par rapport à la série de Cissé [8] à Le Dantec (48%), il reste similaire par rapport à celui de Kandi [13] (28,8%). Notre taux reste nettement supérieur à celui de Soltani [14] en Tunisie (18,5%). Dans 45% des cas, la césarienne était liée à une cause hémorragique. Ainsi le pronostic devrait être spécifié au niveau du carnet de consultations prénatales au cours du troisième trimestre ; il s'agit d'un gage de référence précoce en vue d'une prise en charge adéquate.

### 4. Pronostic materno-fœtal

La mortalité néonatale était de 18% dans notre série et était surtout imputable à l'hématome rétroplacentaire, à l'hypertension artérielle et complications. Ce taux reste inférieur à celui retrouvé par Cissé [8] à Le Dantec qui était de 23%. Notre faible taux est dû à une prise en charge rapide grâce à la disponibilité des Kits d'urgence et de césarienne dans la structure. Ce qui a expliqué que la durée moyenne de prise en charge pour les césariennes était de 31 minutes. La mortalité maternelle était de 2%. Ce taux était inférieur aux données rapportées à Dakar [8], au Bénin [11] et au Burkina Faso [12]. Les causes en étaient dominées par les hémorragies. Celles-ci étant d'autant plus difficiles à compenser que les moyens de réanimation adéquate faisaient défaut en zones périphériques. Ceci justifie la nécessité de rendre les soins obstétricaux d'urgence accessibles au niveau des districts sanitaires en zones rurales. Et surtout améliorer la médicalisation des références par la mise en place d'un Service d'Accueil Médical d'Urgence en zone rurale.

### CONCLUSION

Les résultats de notre étude nous permettent d'affirmer, qu'il est possible de réduire la morbidité et la mortalité des patientes évacuées dans un contexte de rareté des ressources, grâce à un bon processus de prise en charge. Cependant la pérennisation de ces acquis passe par:

- la création d'un Service d'Accueil Médical d'Urgence Obstétrical en zone rurale ;
- la création de centres de relais chirurgicaux fon-

ctionnels;

- la mise en place d'un dispositif d'information, de suivi et de communication performante.

### RÉFÉRENCES

1. Enque Démographique et de Santé V (EDS V) : 2010-2011. Ministère de la Santé et de l'action sociale : page 21.
2. SOCIETE AFRICAINE DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS. Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique. guide du prestataire deuxième édition 2010 ; OMS pour Afrique : p 148.
3. Ministère de la sante. Manuel national des stratégies sur la référence et la contre référence. Sénégal, 2006 ; p55.
4. Cisse M L, Raad B, Diouf A, Wade F, Moreau J C. Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital de Kolda. Médecine d'Afrique Noire, 2010 :37-43.
5. Imbert P, Berger F, Diallo N S, Cellier C, Goumbala M, Ka A S et all. Pronostic maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : étude prospective à l'hôpital Principal de Dakar (Sénégal) Med Trop 2003; 63:351-357.
6. Coulibaly A B. La référence /évacuation gynéco-obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako; Mali médical 2004 ; 3 : 7-11.
7. Diarra N et al. Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaké en Côte d'Ivoire Santé Publique 1999, volume 11, n°2, pp. 193-201.
8. Cissé M.L., Moreau J.C., Faye E.H.O., Cissé L., Terolbe I., Diadiou F.: Cout de l'évacuation des parturientes au Centre Hospitalo-Universitaire Aristide Le dantec de Dakar. J. SAGO, 2002, 1, 1: 23-27.
9. Bohoussou M K. La Mortalité Maternelle à Abidjan en 1988. Médecine d'Afrique Noire : 1992 ; 7 : 480-484.
10. Sepou A, Yanga M C, Nguembi E et al. Aspects épidémiologiques et cliniques de 116 cas de GEU à l'hôpital communautaire de Bangui. Méd Afr Noire 2003; 50 (10): 405-11.
11. Alihonou E., Perrin R., Atchade D., Hekpazo A., Dossouyouo L. :le problème des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans un service de référence (cas de la Clinique universitaire de Gynécologie et d'obstétrique au CHNU de Cotonou). Afr. Méd., 1987, 26, 250, 160-170.
12. Lompo K., Ibutin Y.J.F., Traore G., Tall F., Guiard Schmid J.B., Yameogo G., Fabre-Teste B.: morbidité et mortalité liées aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de bobo-Dioulasso. Burkina Faso. Méd. Trop., 1983 ; 73, 2 : 153-163.

13. Kandji ND.G.F. Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence-recours d'Afrique Subsaharienne : étude prospective d'une année au CHU de Dakar. Thèse Méd., Dakar, 1996 ; N°2

14. Soltani M.S.,Bechir A.,Souissim M.B. : profil des grossesses référées au sahel tunisien. Rév.Fr.Gynécol.Obstét.1991 ; 86, 7, 9,511-513.