

LES EVACUATIONS OBSTETRIQUES EN SALLE D'ACCOUCHEMENT DANS UN HOPITAL DE DEUXIEME NIVEAU DE REFERENCE EN GUINEE

F.B. DIALLO, M.H. DIALLO, A.N. DIALLO, F.B. BARRY, A. DIALLO, I.S. BALDE, T. SY

RESUME

Objectif : Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des évacuations obstétricales, de décrire leurs aspects sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et d'évaluer le pronostic maternel et périnatal des patientes évacuées.

Méthodes : il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif et analytique d'une durée de 6 mois (01 juillet 2021 au 31 décembre 2021), réalisée à la maternité de l'Hôpital Régional de Labé (Guinée). Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info version 7.2.2.16. Le test statistique utilisé était celui de Chi-deux (X²), avec un seuil de significativité de 5%.

Résultats : Nous avons enregistré 352 cas d'évacuations obstétricales sur un total de 2097 consultations soit une fréquence de 16,7%. Le profil sociodémographique était celui d'une patiente de la tranche d'âge 15-24 ans (41,20%), nullipare (29,83%), ménagère (74,43%), mariée (99,15%), non scolarisée (66,20%) et qui provenait de la zone rurale (59,66%). Les motifs d'évacuation étaient dominés par les dystocies (42,32%). Les patientes étaient suivies dans des centres de santé (75,00%), par des sages-femmes (60,23%) et des infirmières (21,30%) avec un nombre insuffisant (< 4) de CPN (57,39%). Les évacuations étaient faites par les infirmières (48,30%) avec un transport non médicalisé (96,88%) et une distance parcourue de moins de 30 km (72,56%). La césarienne (58,80%) était le mode d'accouchement le plus pratiqué. Les facteurs associés au décès maternel étaient la distance parcourue, la parité, et le nombre de consultation prénatale. Les létalités maternelle (2,8%) et périnatale (21,30%) étaient très élevées.

Conclusion : Les évacuations obstétricales étaient très fréquentes dans notre étude avec un pronostic maternel et périnatal très mauvais. Nous préconisons de mettre en place un système de SAMU obstétrical en zone rurale pour contribuer à la régulation des évacuations obstétricales, mais surtout de permettre aux patientes à faible revenu d'accéder au service afin de réduire le taux de mortalité maternelle et périnatale.

Mots-clés : Evacuations obstétricales ; Prise en charge; Guinée.

SUMMARY

Obstetric evacuations in the delivery room in a second level reference hospital in Guinea.

Objective: the objectives of this study were to determine the frequency of obstetric evacuations in the delivery room, to describe the sociodemographic, clinical, therapeutic aspects and to evaluate the maternal and perinatal prognosis of evacuated patients.

Methods: It was a prospective descriptive and analytical study lasting 6 months (01 July 2021 to 31 December 2021), carried out at the Labé regional hospital maternity ward (Guinea). Data was analyzed using Epi info software version 7.2.2.16. The statistical test used was Chi-square (X²), with a significant level of 5%.

Results: We recorded 352 cases of obstetric evacuation out of a total of 2097 consultations, i.e. a frequency of 16.7%. The sociodemographic profile was that of a patient in the 15-24 age group (41.20%), nulliparous (29.83%), housewife (74.43%), married (99.15%), unschooled (66.20%) and from a rural area (59.66%). Reasons for evacuation were dominated by dystocia (42.32%). Patients were attended in health centers (75.00%), by midwives (60.23%) and nurses (21.30%) with an insufficient number (< 4) of ANCs (57.39%). Evacuations were carried out by nurses (48.30%) with non-medical transport (96.88%) and a distance covered of less than 30 km (72.56%). The Caesarean section (58.80%) was the most common mode of delivery. Factors associated with maternal death were distance traveled, parity, and number of antenatal visits. Maternal mortality (2.8%) and perinatal mortality (21.30%) were very high.

Conclusion: Obstetric evacuations were very frequent in our study, with a very poor maternal and perinatal prognosis. We recommend setting up an obstetric UAS system in rural areas to help regulate obstetric evacuations, but above all to enable low-income patients to access the service to reduce the maternal and perinatal mortality rate.

Keywords: Obstetric evacuations; Management; Guinea.

INTRODUCTION

Toutes les femmes enceintes courent le risque de complications obstétricales parfois mortelles et imprévisibles que les consultations prénatales (CPN) n'identifient pas toujours [1]. La référence

obstétricale est un maillon essentiel de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [2,3]. L'impact des références sur la survenue des complications obstétricales n'est pas encore connu [4]. On estime que ces complications sont associées à 70-90% des décès maternels [5]. Une attention particulière et une

Tirés à part : Dr Fatoumata Bamba Diallo, Maître-Assistant, à la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry-Guinée. Tel : (+224) 622542857. Email : fabambadiallo@gmail.com

DIALLO F.B., DIALLO M.H., DIALLO A.N., BARRY F.B., DIALLO A., BALDE I.S., SY T. Les évacuations obstétricales en salle d'accouchement dans un hôpital de deuxième niveau de référence en Guinée. Journal de la SAGO, vol.26, n°3, p 33-39.

prise en charge rapide devraient être accordées aux femmes évacuées surtout dans notre condition où le premier et le deuxième retard sont constamment observés [6]. Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2015, environ 10,7 millions de décès maternels ont été enregistrés dans le monde et 99% de ces décès sont survenus dans des pays en développement dont les deux tiers en Afrique subsaharienne [7,8]. La majorité de ces décès sont dus à des causes obstétricales directes à savoir l'hémorragie, les troubles hypertensifs, l'avortement et les infections [9] et sont favorisés par la faible disponibilité des établissements de santé offrant les soins obstétricaux d'urgence [10, 11]. Le ratio de mortalité maternelle reste toujours élevé en Guinée (550 décès pour 100 000 naissances vivantes) [12]. Une étude faite sur les évacuations obstétricales avait rapporté des taux de létalité maternelle et périnatale très élevées (5,45% et 18,59%) [13]. Nos objectifs étaient de calculer la fréquence des évacuations obstétricales en salle d'accouchement, de décrire les aspects sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évaluer le pronostic maternel et périnatale des patientes évacuées.

I. METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif et analytique qui s'est étendue sur une période de six (6) mois allant du 01 juillet 2021 au 31 Décembre 2021, réalisée à la maternité de l'Hôpital Régional de Labé qui est une maternité de référence de niveau II de la pyramide sanitaire du pays. Etaient incluses dans l'étude, toutes les patientes évacuées pour une complication gravido-puerpérale admises directement en salle d'accouchement pour une prise en charge et qui avaient accepté de participer à l'étude. N'étaient pas incluses dans l'étude, les femmes qui étaient évacuées pour des causes non obstétricales, celles qui ne sont pas admises et prises en charges en salle d'accouchement et celles qui n'avaient pas accepté de participer à l'étude. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion. La collecte des données était réalisée à travers une fiche d'enquête préétablie à partir de l'interview des patientes, de la fiche d'évacuation, de l'examen clinique et l'observation de la prise en charge. Les variables étudiées étaient : chez la mère (l'âge, la profession, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, la provenance, la parité, le motif d'évacuation, le moyen de transport, le suivi prénatal, la prise en charge, la morbidité et la mortalité) ; chez les nouveau-nés (la morbidité et la mortalité). L'analyse des données était faite par le logiciel EPI-info 7.2.2.16. Sur le plan descriptif, nous avons calculé des proportions pour les variables qualitatives, des moyennes, des écarts-types et des extrêmes pour les variables quantitatives. Pour ressortir les paramètres qui avaient influencés

le pronostic des patientes évacuées, le test du Chi2 de Pearson avait été utilisé pour la comparaison des proportions et le test (t) de Student avait été utilisé pour la comparaison des moyennes. La différence était jugée significative lorsque p était inférieure à 0,05. Le consentement éclairé des patientes a été obtenu, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

II. RESULTATS

Fréquence

Nous avons enregistré 352 cas d'évacuations obstétricales sur un total de 2097 consultations soit une fréquence de 16,7%.

Aspects sociodémographiques

L'âge moyen des patientes était de 24,74±6,18 ans avec des extrêmes de 15 et 44 ans. La tranche d'âge 15-24 ans (41,20%) était la plus concernée. Les nullipares et les paucipares étaient les plus nombreuses avec respectivement 29,83% et 24,72%. Plus de la moitié des patientes était des ménagères (74,43%). Les femmes mariées étaient les plus nombreuses (99,15%) et les non scolarisés étaient majoritaire avec une proportion de 66,20%. Dans notre série 59,66% des patientes provenaient de la zone rurale contre 40,34% qui venaient de la zone urbaine.

Aspects cliniques

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

Motifs d'évacuations	Effectifs	Pourcentage (%)
Dystocie dynamique	69	19,60
Dystocie mécanique	80	22,72
Pré éclampsie	56	15,90
Hématome retro placentaire	24	6,81
Eclampsie	22	6,25
Placenta prævia	15	4,26
Souffrance fœtale	15	4,26
Déchirure périnéale	14	3,97
Rupture utérine	13	3,69
Atonie utérine	12	3,40
Présentation vicieuse	10	2,84
Rétention placentaire	07	1,98
Procidence du cordon	06	1,70
Déchirure du col utérin	05	1,42
Refus de pousser	04	1,13

Les motifs d'évacuations étaient dominés par les dystocies (42,32%) suivies des hémorragies (25,53%) (Tableau I). Dans 84,20 % des cas ils y avaient une concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu. Les patientes étaient suivies dans les centres de santé (75,00%) et les postes de santé (12,50%), par des sages-femmes (60,23%), des infirmières (21,30%), des matrones (11,65%) et des médecins (6,82%) avec un nombre insuffisant (< 4) de CPN dans plus de la moitié des cas (57,39%). Quarante (40) patientes n'ont réalisé aucune CPN (11,36%) et 31,25% des femmes avaient réalisés plus de 3 CPN.

La majorité des patientes était évacuée par les infirmières (48,30%) et les sages-femmes (25,29%). Les moyens d'évacuation les plus fréquemment utilisés étaient les voitures personnelles (65,62%) et les transports en commun (31,26%) qui comprennent les taxis voitures (27,56%) et les taxis motos (3,70%). Une distance de moins de 30 km était parcourue par la plupart (72,56%) des patientes avec une distance moyenne de 29,28 km et des extrêmes de 1 et 120 km. La durée du trajet, délai entre le moment de décision d'évacuation et l'arrivée au lieu d'évacuation était inférieure à 24 heures dans la majorité (99,15%) des cas (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant évacué la patiente, les moyens d'évacuation, la distance parcourue et le délai d'arrivée

Variables	Effectifs	%
Qualification de l'agent ayant évacué la patiente		
Infirmière	170	48,30
Sage-femme	89	25,29
Matrone	78	22,15
Médecin	15	4,26
Moyens d'évacuation		
Taxie voiture	97	27,56
Taxie motos	13	3,70
Voiture personnelle	231	65,62
Ambulance	11	3,12
Distance parcourue		
< 30 km	255	72,44
≥ 30 km	97	27,56
Délai d'arrivée		
< 24 heures	349	99,15
≥ 24 heures	03	0,85

Aspects thérapeutiques

S'agissant de la prise en charge, 58,80% des femmes évacuées avaient accouché par césarienne contre 26,14% qui avaient accouché par voie basse et 2,27% des parturientes avaient bénéficié d'une extraction instrumentale par ventouse. Dans notre échantillon 13 (3,70%) patientes avaient bénéficié d'une laparotomie pour rupture utérine, 6 (1,70%) patientes avaient bénéficié d'une hystérectomie, 19 (5,40%) patientes avaient bénéficié d'une suture du périnée et du col utérin, 15 (4,26%) patientes avaient bénéficié d'une révision utérine associée à un massage utérin et 48 (13,63%) patientes avaient bénéficié d'une transfusion sanguine. Dans notre échantillon 42 (11,93%) patientes sur 352 avaient un abord veineux avant l'évacuation. Les solutés qui ont été utilisé avant l'évacuation étaient le sérum salé isotonique dans 19 (5,40%) cas, le Ringer lactate dans 14 (3,98%) cas et les macromolécules dans 9 cas soit 2,55%.

Pronostic maternel et périnatal

Nous avons enregistré 10 cas de décès maternels soit une létalité de 2,84%. Les causes de décès étaient dominées par les hémorragies (60,00%) suivies de l'hypertension et ses complications (40,00%). Les causes de décès par hémorragie étaient représentées par : 4 cas d'hémorragie de la délivrance, 1 cas d'hématome rétro placentaire et 1 cas de rupture utérine. Pour les causes liées à l'hypertension artérielle et ses complications nous avons enregistré 2 cas d'éclampsie, 1 cas de HELLP syndrome et 1 cas d'œdème aigue du poumon. S'agissant du pronostic périnatal nous avons enregistré 75 décès périnataux soit une létalité périnatale de 21,30 %. La prématurité était retrouvée dans 9,09% de cas et 11,36% des nouveau-nés avaient présenté une asphyxie fœtale. Dans notre étude les moyens d'évacuation n'étaient pas associés au risque de décès maternel (P=0,508), par contre le niveau d'instruction (p=0,000), le nombre de CPN (p=0,000), la parité (p=0,000) et la distance parcourue (p=0,000) étaient fortement associée au décès maternel avec des différences qui étaient statistiquement significatives (Tableau III). Les paramètres qui avaient influencé le pronostic des nouveau-nés chez les patientes évacuées étaient les moyens d'évacuation (P=0,026), le nombre de CPN (p=0,000), la parité (p=0,001) et la distance parcourue (p=0,000) avec des différences qui étaient statistiquement significatives (Tableau IV).

Tableau III : Facteurs associés au pronostic maternel

	Femmes décédées	Femmes vivantes	Total	p value
Moyen d'évacuation				0,508
Taxi voiture	4 (1,13)	93 (26,42)	97(27,55)	
Taxi moto	1 (0,28)	12 (3,40)	13 (3,68)	
Voiture personnelle	5 (1,42)	226 (64,20)	231(65,62)	
Ambulance	0 (0)	11 (3,12)	11 (3,12)	
Niveau d'instruction				0,000
Non scolarisée	6 (1,70)	227 (64,49)	233 (66,20)	
Primaire	2 (0,56)	76 (21,60)	78 (22,16)	
Secondaire	2 (0,56)	33 (9,37)	35 (9,94)	
Supérieur	0 (0)	6 (1,70)	6 (1,70)	
Nombre de CPN				0,000
0	4 (1,13)	36 (10,22)	40 (11,35)	
<4	4 (1,13)	198 (56,25)	202 (57,38)	
≥4	2 (0,56)	108 (30,69)	110 (31,25)	
Parité				0,000
0	2 (0,56)	103 (29,27)	105 (29,83)	
1	1 (0,28)	66 (18,75)	67 (19,03)	
2-3	0 (0)	87 (24,72)	87 (24,72)	
4-6	4 (1,13)	50 (14,20)	54 (15,34)	
7 et plus	3 (0,86)	36 (10,22)	39 (11,08)	
Distance parcourue				0,000
<30 Km	3(0,85)	252 (71,60)	255 (72,45)	
≥30 Km	7 (1,98)	90 (25,56)	97 (27,54)	

Tableau IV : Facteurs associés au pronostic périnatal

	Fœtus/ Nouveau-nés décédés	Nouveau- nés vivants	Total	p value
Moyen d'évacuation				0,026
Taxi voiture	21 (5,96)	76 (21,59)	97(27,55)	
Taxi motos	7 (1,98)	6 (1,70)	13 (3,69)	
Voiture personnelle	46 (13,06)	185 (52,55)	231(65,62)	
Ambulance	1 (0,28)	10 (2,84)	11 (3,12)	
Nombre de CPN				0,000
0	33 (9,37)	7 (1,98)	40 (11,36)	
<4	41 (11,64)	161 (45,73)	202 (57,38)	
≥4	1 (0,28)	109 (30,96)	110 (31,25)	
Parité				0,001
0	52(14,77)	53(15,05)	105 (29,83)	
1	15 (4,26)	52 (14,77)	67 (19,03)	
2-3	1 (0,28)	86 (24,44)	87 (24,72)	
4-6	3 (0,86)	51 (14,48)	54 (15,34)	
7 et plus	4(1,13)	35 (9,94)	39 (11,08)	
Distance parcourue				0,000
<30 Km	10(2,84)	245 (69,60)	255 (72,44)	
≥30 Km	65 (18,46)	32 (9,09)	97 (27,56)	

III. DISCUSSION

Notre fréquence (16,7%) était supérieure à celle (3,8%) rapportée par Diallo et al [1] à l'hôpital préfectoral de Coyah (Guinée). Elle est par contre inférieure à celles rapportées par différents auteurs africains notamment : Samaké et al [14] au Mali (24,60%), Sepou et al [15] en Centre Afrique (27,3%) et Thiam et al [3] au Sénégal (31,2%). Notre fréquence pourrait s'expliquer d'une part par le fait que la maternité de l'hôpital régional de Labé est une maternité de référence de niveau II de la pyramide sanitaire du pays, destinée à recevoir et à prendre en charge toutes les complications obstétricales survenant à domicile, dans les maisons d'accouchement, les postes et les centres de santé de la région de Labé ainsi que les préfectures limitrophes et d'autre part ces fréquences sont variables d'un système sanitaire à un autre et dépend essentiellement de la distance entre plusieurs centres et la disponibilité de ressources qualifiées dans les centres avoisinants. La tranche d'âge 15-24 ans (41,20%) était la plus concernée. Diallo et al [1] avaient rapporté une fréquence de 48,8% pour la même tranche d'âge. Cet intervalle correspond aux tranches d'âge de fécondité maximale [16]. Les nullipares (29,83%) étaient les plus nombreuses parmi les évacuées, cela confirme la notion de risque de la gravido-puerpéralité chez la jeune femme et c'est dans ce groupe qu'il est observé, une fréquence élevée de syndromes vasculo-rénaux et de dystocie mécanique associée à une immaturité du bassin. Lénou et al [17] avaient tenté d'expliquer le lien entre la référence et la parité par le fait qu'il s'agit de patientes difficiles à gérer pour la majorité du personnel soignant, en raison de la mauvaise préparation à l'accouchement responsable de la mauvaise collaboration des parturientes souvent angoissées. Diallo et al [1] avaient rapporté aussi une fréquence plus élevée chez les nullipares (36,93%). Notre fréquence élevée chez les nullipares pourrait s'expliquer par la précocité du mariage et l'inexpérience des femmes jeunes en termes de grossesse et d'accouchement.

S'agissant des motifs d'évacuations, le même constat a été fait par différents auteurs [2, 3, 13, 17]. Cissé et al [18] avaient retrouvé les hémorragies comme motif principal de référence et ils avaient expliqué cela par un déficit de prise en charge des gestantes au niveau périphérique dû au manque de sages-femmes. S'agissant du nombre de CPN, notre résultat corrobore à ceux de Atade et al [6] qui avaient rapporté 65,1% de patientes ayant réalisé 1 à 3 CPN et 19,1% qui n'ont effectué aucune CPN. Le nombre insuffisant (< 4) de CPN (57,39%) dans notre série s'expliquerait par la négligence et la non-connaissance réelle des avantages des CPN par les gestantes.

L'évacuation était assurée au moyen des voitures personnelles (65,62%) et les transports en commun (31,26%). Seulement 11 patientes ont bénéficié d'une évacuation par ambulance. Ceci traduit un dysfonctionnement grave dans le système de référence/évacuation au niveau des districts sanitaires de Labé, car il s'agit des patientes présentant des tableaux cliniques graves qui sont transportés dans des voitures personnelles, des taxis ou sur des motos sans confort, ni assistance médicale. L'évacuation dans des bonnes conditions et par la supervision d'un agent sanitaire est d'une grande importance. Thiam et al [3] avaient rapporté un résultat différent avec 69,2% d'évacuation par une ambulance, 28,9% par un transport personnel et 1,5% au moyen d'un transport en commun. Quant à Samaké et al [14], le taxi et l'ambulance étaient les moyens de transport les plus utilisés avec respectivement 64,88% et 24,06%. Ces données prouvent que beaucoup d'efforts doivent être consentis pour l'équipement en ambulance dans les postes et centres de santé par les autorités médicales du pays. Ainsi pour améliorer la qualité de la couverture sanitaire en zone rurale, la création de blocs chirurgicaux fonctionnels, la formation et le recrutement du personnel de santé apparaissent comme une priorité. La fréquence élevée des évacuations faites par les infirmières (48,30%) dans notre série était proche à ceux de Diallo et al [1] qui avaient trouvé une fréquence de 51,21% d'évacuation qui étaient décidée par les infirmiers ou infirmières. Sengeyi et al [19] avaient rapporté que les évacuations étaient décidées par les infirmiers, les médecins et les sages-femmes avec des proportions respectives de 39,6% ; 18,2% et 8,2%. Notre résultat s'expliquerait par le fait qu'en Afrique et particulièrement dans notre pays, le niveau périphérique des soins de santé précisement les centres de santé sont tenus par les auxiliaires de santé notamment les infirmiers.

S'agissant de la distance parcourue de moins de 30 km, notre fréquence (72,56%) était supérieure à celle de Diallo et al [1] qui avaient trouvé une fréquence de 60,71% de patientes ayant parcouru une distance de moins de 30 km avec une moyenne de 18,3 km et des extrêmes de 12 et 68 km. Les décès maternel et périnatal étaient constatés dans la majorité des cas chez des patientes reçues sur une distance de plus de 30 km (5,95%) avec une liaison statistiquement significative ($P=0,004$) [1]. Dans la série de Thiam et al [3], la distance moyenne parcourue par les patientes était 48,01 km avec des extrêmes de 1 et 200 Km et les décès néonataux étaient constatés dans la majorité des cas chez les patientes reçues sur une distance de plus de 20 Km. Notre résultat pourrait s'expliquer par l'inaccessibilité géographique de certaines zones rurales éloignées ainsi que le mauvais état du réseau routier favorisant l'aggravation des complications.

Notre taux de césarienne (58,80%) était inférieur à ceux de Baldé et al [13] qui avaient trouvé un taux de 78,63%, taux largement supérieur à ceux de Thiam et al [3] au Sénégal et Coulibaly et al [20] au Mali qui avaient rapportés des taux de 33,2% et 32%. Notre taux élevé serait lié à la gravité des complications obstétricales à l'admission indiquant de manière absolue une césarienne.

Nous avons enregistré 2,84% de décès maternel. La majorité des cas de décès avait concerné les femmes ayant parcouru une distance de plus de 30 km. Les causes étaient représentées par les hémorragies et les syndromes vasculo-rénaux et complications. Roman RA [21] avait rapporté dans son étude que la mortalité maternelle concernait surtout les femmes à faible revenu qui résident en banlieue ou dans les communautés rurales pauvres et éloignées où les femmes, à cause du faible accès géographique, économique et social aux soins obstétricaux d'urgence, présentent le risque de mourir deux ou trois fois plus élevé que celles qui résident dans les municipalités. Ces facteurs contribuent au retard à la décision de consulter, le retard à l'admission à la structure sanitaire compétente et le retard à la prise en charge médicale [22]. 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 évacuations obstétricales par la mise en place d'un service d'accueil médical d'urgence en zone rurale. Notre taux de décès maternel (2,84%) était proche à celui rapporté par Thiam et al [3] (2%) au Sénégal, inférieur à celui de Sépou et al [11] en Centre Afrique (6,9%). En Guinée, Diallo et al [7] avaient rapporté 5,95% de décès maternel. Une étude réalisée au Royaume-Uni sur les décès maternels avait révélé que la mauvaise gestion des problèmes médicaux liés à la grossesse était un facteur contributif dans de nombreux cas de décès maternels [23].

Notre taux de létalité périnatale était inférieur à celui rapporté par Diallo et al [1] à l'hôpital préfectoral de Coyah en Guinée (46,42 %), supérieur (13,2%) à celui de Atade et al [6] au Bénin. Samaké et al [14] au Mali ils relient ces taux de décès à une insuffisance dans le suivi prénatal et de la surveillance du travail d'accouchement par la non prise en compte des facteurs de risque et notamment l'utilisation non optimale du partographe.

CONCLUSION

La fréquence des évacuations obstétricales en salle d'accouchement est très élevée. Ces évacuées provenaient essentiellement de la zone rurale. Les principaux motifs étaient les dystocies et les hémorragies. La césarienne était le mode

d'accouchement le plus pratiqué. Les facteurs associés aux pronostics maternel et périnatal étaient la distance parcourue, les moyens d'évacuation, la parité, et le mauvais suivi prénatal. Nous préconisons de mettre en place un service d'accueil médical d'urgence obstétricale 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.

REFERENCES

1. **Diallo MH, Baldé IS, Diallo FB, Barry AB Sylla I, Keita M.** Morbidité et mortalité liées aux évacuations obstétricales dans un pays à ressources limitées : cas de la maternité de l'hôpital préfectoral de Coyah-Guinée. *Annales de la SOGGO*. 2021; 16(36): 29-34.
2. **Dao SZ, Sidibé K, Traoré BA, Konaté S, Haidara M, Diarra I** et al. Évaluation du système de référence/évacuation au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, Mali. *Rev malienne sci technol*. 2018;20:127–37.
3. **Thiam O, Cissé 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 Ndoum. *Rev CAMES santé*. 2013; 1(2): 51–6.
4. **Belinga E, Foumane P, Dohbit SJ, Ngo um EM, Kiyek DK, Mboudou ET.** Pronostic des références obstétricales à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). *Pan African Medical Journal*. 2017;28(301): 1-7.
5. **Perrin RX, Komongui DG** et al. Le système de référence et contre référence dans les maternités: SAMU obstétrical. *UMVF*. 2012; 5:23-26.
6. **Atade SR, Obossou AAA, Vodouhe MV, Salaou AA, Klipezo R, De-Azenda F, Koussihouede C, Salifou K.** Les Références Obstétricales à l'Hôpital de Zone de Banikoara en 2022 : Aspects Diagnostiques, Thérapeutiques et Pronostiques. *HealthSci. Dis*. 2023 ; 24 (6) :118-123.
7. **Diallo A, Bah IK, Touré AA, Sow MA, Sylla I, Conté I, Loua G, Sy T.** Evaluation du système de référence et de contre référence obstétricale à la maternité d'Ignace Deen en Guinée. *Jaccr Africa*. 2019; 3(4): 505-516.
8. **WHO.** Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division 2015. [Internet]. Consulté le 15/12/2023. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/trends-in-maternal-mortality-1990-to-2015.pdf>
9. **Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF.** WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet*. 2006; 367:1066-74.
10. **Kanyangarara M, Chou VB, Creanga AA, Neff W.** Linking household and health facility surveys to assess obstetric service availability, readiness and coverage: evidence from 17 low- and middle-income countries. *J. Glob. Health*. 2018; 8:1-11.
11. **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):1007-1012.
12. **Direction nationale de la statistique** (Guinée). Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDS-MICS, 2018). Institut national de statistique Conakry, Measure, DHS, ICF international Calverton, Maryland, USA 2013 :151-178.
13. **Baldé IS, Diallo FB, Diallo Y, Diallo A, Diallo MH, Camara MK,** et al. Evacuations obstétricales intrapartum: aspects sociodémographique, clinique et pronostique à Conakry, Guinée. *Médecine Trop*. 2011; 71 -6.
14. **Samaké A, Traore SO, Keita M, Doumbia S, Diallo M** et al. Les évacuations sanitaires obstétricales dans un Hôpital de deuxième niveau de référence du district de Bamako *HealthSci Dis*. 2020 ; 21(9): 96-99.
15. **Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Dotte GR, Nali MN.** Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui, Centrafrique ; cahiers d'études et de recherches francophones /Santé. 2001;10(6) :399-405.
16. **Tshabu-Aguèmon C, Denakpo J, Adisso S, Mampassi E, DeSouza J.** Mortalité maternelle et périnatales liées aux références obstétricales à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou. *RAMUR*. 2012; 17(1): 37-43.
17. **Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.** Analyse des évacuations obstétricales vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka. *Annales de la SOGGO*. 2012 ;7(19): 57-62.
18. **Cissé ML, Raad B, Diouf A, Wade F, Moreau JC.** Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital régional de Kolda (Sénégal). *Médecine d'Afrique Noire*. 2010 ; 57(1) : 38-43.
19. **Sengeyi MA, Kahindo MP, Kamata, Kayembe MC, Nembunzu D.** Références dans le service d'Obstétrique de l'Hôpital Saint Joseph de Kinshasa en 2013. *Revue médicale des Grands Lacs*. 2016; 7(1): 9-13.

20. **Coulibaly MB, Traoré A, Camara MA, Kane B, Sima M, Touré B** et al. Evaluation du système de référence/évacuation obstétricales du centre de santé de référence de Banamba au Mali. *JaacrAfrica*. 2021 ; 5(2) :162-170.
21. **Roman RA**. Maternal mortality in Mexico, beyond millennial development objectives: An age period- cohort model. *PLoS ONE* 2018; 13:1 -17.
22. **Ouattara A, Ouédraogo C, Ouédraogo A, Lankoande J**. 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 36 mois au CHU Yalgado de Ouagadougou. *Med sante trop*. 2015 ; 25(4) :403-7.
23. **Jakes AD, Watt-Coote I, Coleman M, Nelson-Piercy C**. Obstetric medical care and training in the United Kingdom. *Obstet. Med.* 2017; 10:4 0 -2.