REPUBLIQUE DU BENIN

--@@--

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

--@@--

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

---@@@---

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

---@@@@---

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année :2020 **N° 2285**

CONNAISSANCES, PRATIQUES ET DISPONIBILITÉ DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX D'URGENCE A LA MATERNITE DU CHUD-OP EN 2020

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Layo Sègbédé Olsen Mélaine BATCHO

Née le 09 Janvier 1996 à Porto-Novo (Rép du Bénin)

Directrice de thèse

Pr Christiane TSHABU AGUEMON

Co-directeur de thèse

MA O. Mathieu OGOUDJOBI

Année Universitaire: 2019-2020

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey-Calavi * LE DOYEN * Faculté des Sciences de la Santé

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (version octobre 2019)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G.	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo ..... DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou..... Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules..... Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix..... Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin..... Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie ..... Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange.... Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla ..... Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua..... Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant..... Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille..... Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien..... Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean..... Hépato-Gastro-Entérologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen..... Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr ASSOUTO A. Pamphile. ..... Anesthésie –Réanimation
3. Dr AVAKOUDJO François ..... ORL-ChirurgieCervicoFaciale

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adouké.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmèdé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Ségla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

24.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji.....	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon.....	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue.....	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi.....	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou.....	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis.....	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

OCTOBRE 2019

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

LE DOYEN

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2019

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

Dédicaces

A L'Eternel Dieu Tout Puissant

Merci Seigneur pour ta présence dans ma vie. Tu as permis que toutes ces années d'études soient couronnées en ce jour. Que ta gloire se manifeste tous les jours de ma vie et dans ma carrière médicale.

AMEN !

- **À mon père : BERTRAND BATCHO**

Je n'aurais pas rêvé avoir meilleur papa. Rien au monde ne valent les efforts que tu fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien-être. Tu m'as appris à croire en mes potentialités et à être persévérante. Je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté. Que DIEU le Tout-Puissant te bénisse, t'accorde longévité et santé afin que tu jouisses pleinement des fruits de tes sacrifices.

- **À ma mère : Christine BATCHO née HOUETO**

La plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans. J'ai toujours trouvé en toi l'appui et la compréhension nécessaires. Merci pour tes prières et tes sacrifices. J'implore DIEU qu'il te protège, te procure santé et longévité afin que je puisse te rendre le minimum de ce que je te dois.

- **À ma petite sœur : Lidwine Lérice BATCHO**

Tu as toujours été à mes côtés. Merci pour ton soutien. Trouve en ce travail une source de motivation pour aller le plus loin possible dans la filière que tu as choisie. Puisse DIEU te bénir et nous aider à demeurer la fierté de nos parents.

- **À ma tante : Aline ODJE et à son mari Jean ADJIDJAN**

Vous m'avez accueilli comme votre propre enfant dès le début de mon parcours universitaire. Ce cheminement aurait été difficile sans votre compréhension et votre soutien. Que le Seigneur vous bénisse. Sincère reconnaissance.

- **À mon bien aimé : Augias Julio SOSSOUVI**

Pour tout l'amour et le soutien que tu m'offres, trouve en ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance. Merci d'être toujours là. J'espère te combler et toujours te rendre heureux. Que Dieu bénisse notre union et que sa volonté se fasse dans nos vies.

Remerciements

- **À mes grand-mères paternelles et à mon grand-père maternel**

Merci pour vos prières et vos encouragements. Recevez ce travail comme le témoin de ma profonde gratitude.

- **À mes oncles et tantes en particulier Aurélie HOUETO et son époux, Victoire WEMENOU et son époux**

Vous avez été d'un soutien inconditionnel durant toutes ces années d'étude. Que le Seigneur vous bénisse et vous comble au-delà de vos espérances.

- **À tous mes oncles, tantes, cousins et cousines**

Merci pour votre soutien.

- **À God-power NOBIME**

Tu es le principal témoin de toutes ces années de dur labeur. Ensemble nous avons passé plusieurs nuits blanches à travailler pour l'atteinte de notre objectif commun.

Excellente carrière à toi.

- **Aux membres de mon groupe de stage interné**

Sandry ADEBIAYE, Bleck ADIDO, Yasmine ADISSO, Salim BADAROU, Mary-Ange BANKOLE, Pacifique GBETCHEDJI, Prince HOUNGBADJI, Yannick KIKI-MIGAN, Yasmine LALEYE, Adewumi LALUPO, Patrick N'KOULOU, God-Power NOBIME, Ulrich PATINVOH.

Merci pour votre collaboration. Brillante carrière à vous.

- **À tous mes collègues de la TEAM 42**

La route a été longue mais l'arrivée sera belle.

- **Au Docteur LANWASONOU Joseph**

Merci papa pour l'accueil et le soutien.

- **Au personnel de la maternité du CHUD-OP**

Merci pour la bonne collaboration.

- **À tous ceux qui de près ou de loin ont contribué de diverses manières à la réalisation de ce travail** Infiniment Merci.

Hommages

- **À tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou**

Chers Maîtres, par votre rigueur scientifique et votre dévouement, vous avez fait de cette faculté une référence dans la sous-région.

Veuillez accepter notre profonde gratitude.

Hommages respectueux !

- **À notre Maître directrice de thèse Professeur Christiane TSHABU AGUEMON**

Vous nous avez fait confiance et vous avez accepté de nous guider dans la réalisation de ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre humilité et votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde considération.

Hommages respectueux !

- **À notre Maître co-directeur de thèse Dr Mathieu OGOUDJOBI**

Ce fût un immense honneur pour nous de vous avoir eu comme maître dans ce travail. Nous avons été touchés par la spontanéité et la promptitude dont vous avez fait preuve. Merci pour vos fructueux conseils qui ont été déterminants dans l'aboutissement de ce travail

- **À notre président de jury**

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse. Vos précieuses recommandations seront prises en compte pour l'amélioration de la qualité de notre travail.

Hommages respectueux !

Aux membres de notre jury

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour juger notre travail. Vos remarques et critiques seront contributives pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Hommages respectueux !

Liste des sigles et abréviations

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACE	:	Agent contractuel de l'Etat
AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra Utérine
AMDD	:	Averting Maternal Death and Disability Program
APE	:	Agent permanent de l'Etat
CAP	:	Connaissance Attitude Pratique
CC	:	Centimètre Cube
CHD/O	:	Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé
CHD/OP	:	Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé Plateau
CHP/O	:	Centre Hospitalier Provincial de l'Ouémé
CHUD-OP	:	Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé Plateau
DA/RU	:	Délivrance Artificielle / Révision Utérine
EDS	:	Enquête Démographique de Santé
G	:	Gramme
H	:	Heure
HBB	:	Help Babies Breathe
HELLP	:	Hemolysis Elevated Liver Enzymes and Low Platelets
INSAE	:	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Appliquée
MIN	:	Minutes
ML	:	Millilitre
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	:	Organisation des Nations Unies
PSL	:	Produit Sanguin Labile
QCM	:	Question à Choix Multiples
RAMUR	:	Revue Africaine d'Anesthésiologie et de Médecine d'Urgence
SARA	:	Servica Availability Readness Assesment
SARAF	:	Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population

USA : États Unis d'Amérique
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des agents enquêtés selon l'âge, le sexe et la situation matrimoniale. 37
Tableau II: Répartition des agents enquêtés selon la catégorie professionnelle, l'ancienneté et le statut professionnel. 38
Tableau III : Répartition de l'existence d'une formation continue en SONU, délai entre la dernière formation et notre étude, et le nombre de formation reçue. 40
Tableau IV : Répartition des agents de santé selon leur connaissance des sous-types des SONU. 40
Tableau V : Répartition de la connaissance des étapes de la réanimation néonatale par les agents de santé. 42
Tableau VI: Répartition de la connaissance des urgences obstétricales et néonatales majeures par les agents de santé. 43
Tableau VII : Répartition des facteurs influençant les connaissances des agents de santé en matière de SONU 45
Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction des urgences obstétricales. 47
Tableau IX : Répartition des soins d'urgences réalisés selon le nycthémère. 48
Tableau X : Répartition des moyennes des durées entre l'admission des patientes et l'administration des soins d'urgences. 49
Tableau XI : Disponibilité du matériel nécessaire à la réalisation des SONU selon les indications posées. 50
Tableau XII : Répartition du matériel selon sa disponibilité ou non sur 24h à la maternité du CHU-DOP 51

Liste des figures

Figure 1 : Seringue pour AMIU. 19
Figure 2: Dégagement d'un fœtus par ventouse obstétricale. 20
Figure 3: Plan d'action pour la réanimation néonatale selon la méthode HBB «Aider les Bébés à Respirer ». 21
Figure 4: Répartition des agents de santé selon leur source d'information en SONU. 39
Figure 5: Répartition de la connaissance des fonctions SONU par les agents de santé. 41
Figure 6: Répartition des agents de santé en fonction de leurs connaissances en matière de SONU. 44
Figure 7: Répartition des agents de santé en fonction de leurs connaissances en matière de SONU. 46
Figure 8: Répartition des patientes selon la période gravido-puerpérale à l'admission 46

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

Sommaire

INTRODUCTION ……..... 1

GENERALITES…… 6

CADRE ET METHODE D'ETUDE……..... 24

RESULTATS…….. 35

DISCUSSION…….. 52

CONCLUSION ET SUGGESTIONS…….. 62

REFERENCES…… 66

ANNEXES …….. A

Introduction

La mortalité maternelle et néonatale constitue un véritable problème de santé publique.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde des complications liées à la grossesse et l'accouchement **[1].**

Quant aux décès néonataux, 2,5 millions d'enfants dans le monde sont décédés en 2017 pendant leur premier mois de vie, ce qui représente environ 7 000 décès de nouveau nés par jour, avec 1 million de décès le premier jour de vie et près d'un million de décès au cours des six jours suivant **[2].**

La plupart de ces décès aussi bien maternels que néonataux surviennent dans les pays à revenu faible.

Avec un ratio moyen estimé à 1000 décès maternels pour 100000 naissances vivantes, la région africaine a la mortalité maternelle la plus élevée du monde **[3].** Le ratio de mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne est de 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes **[4]** contre 12 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays développés**.**

En 2015, le Maroc, l'Angola et l'Afrique du Sud ont respectivement obtenu des ratios de 121, 477 et 138 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, tandis que, l'Allemagne, la France et les U.S.A ont respectivement pour ratio de mortalité maternelle 6, 8 et 14 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes **[5].**

Pour la même année, le Bénin a enregistré 405 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes **[5].**

Selon l'Enquête démographique de Santé (EDS) réalisée au Bénin en 2017-2018, la mortalité maternelle reste élevée au Bénin avec un ratio de 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et une mortalité néonatale élevée à 30 décès néonatals pour 1000 naissances vivantes **[6].**

Les Objectifs de développement durable à l'horizon 2030 préconisent de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle en-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes **[1].**

Face à ce défi, des dispositions ont été prises par les autorités sanitaires pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Ainsi, plusieurs stratégies ont été développées dont l'administration immédiate et à temps de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).

Ces soins regroupent d'une part, les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base (SONUB) devant être disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et d'autre part, les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets (SONUC) disponibles dans les formations sanitaires de référence.

L'OMS déclare que les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) sont des interventions médicales clés utilisées pour prendre en charge les complications obstétricales directes, responsables de la grande majorité des décès maternels. Ils permettent d'offrir neuf (09) fonctions essentielles **[7].**

Les urgences obstétricales nécessitant les SONU peuvent être résumées comme suit : les hémorragies obstétricales, surtout celles du postpartum, les infections puerpérales, l'hypertension artérielle sur grossesse, les dystocies et les avortements non sécurisés.

Outre ces causes directes de mortalité maternelle, certains facteurs socio-économiques induisent des retards qui favorisent ces décès maternels.

On distingue trois types de retards. Le premier retard est lié à la prise de décision par la patiente d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgence due surtout à la méconnaissance de la complication par la femme elle-même et / ou par son entourage.

Le deuxième retard est lié au temps nécessaire pour se rendre à un centre de SONU. La survenue de ce retard dépend des conditions d'accessibilité au centre des SONU.

Le troisième retard est relatif au temps écoulé entre l'arrivée au centre des SONU et le démarrage des soins au lieu de référence.

Il peut résulter entre autres du retard et de la qualité du diagnostic, de la non disponibilité des moyens financiers faute d'inexistence d'une assurance maladie, mais aussi de la méconnaissance de la complication et de sa prise en charge en matière de SONU par l'agent de santé **[8].**

Pour ce qui concerne les décès de nouveau-nés, ils sont liés non seulement à des affections ou maladies (prématurité, asphyxie, infections, malformations congénitales…), mais aussi à l'absence de soins de qualité à la naissance ou à l'absence de soins ou de traitements dispensés par un personnel qualifié immédiatement après la naissance et dans les premiers jours de vie **[8].**

Selon l'enquête SARA réalisée au BENIN en 2015, la capacité opérationnelle en SONUB était de 55% dans les départements de l'Ouémé et du Plateau. Dans l'Ouémé, les faibles scores étaient dus à l'insuffisance de formation du personnel en soins essentiels d'accouchement (30%) et au transport d'urgence (37%) **[9].**

Tout ceci a motivé le choix de notre thème d'étude : « Connaissances, Pratiques et disponibilité des SONU à la maternité du CHUD-OP. »

Les objectifs assignés à cette étude étaient :

Objectif général

Étudier les connaissances, pratiques et disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à la maternité du CHUD-OP en 2020.

Objectifs spécifiques

- Décrire l'organisation des SONU à la maternité du CHUD-OP.
- Déterminer le niveau de connaissances des prestataires de santé en matière de SONU à la maternité du CHUD-OP.
- Apprécier les pratiques des prestataires de santé en matière de SONU à la maternité du CHUD-OP.
- Analyser la disponibilité des SONU en fonction des urgences obstétricales à la maternité du CHUD-OP.

1. Généralités

1.1. DÉFINITION DES CONCEPTS

- **Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)** : Ensemble des procédures et des services visant à prendre en charge et à traiter les complications survenant pendant la grossesse, l'accouchement et dans les suites de couches. On distingue les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) **[10].**

- **Connaissances** : Les connaissances en matière de santé sont définies comme un ensemble d'informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée**.** Elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question. Elles portent tant sur la capacité d'une personne à définir le concept étudié, mais aussi à énoncer les différents éléments qui le constituent. Les connaissances sont toujours mesurées avec précision, de manière à pouvoir comparer les données (avant/après, expert/profane, ici/ailleurs). L'enquête CAP évalue les connaissances complètes, ainsi que les sources de ces connaissances. Les connaissances complètes sont définies comme la possession à la fois, des informations exactes sur les moyens de prévenir les risques, et des principales idées fausses concernant ces risques**.** La juste évaluation des connaissances complètes permet d'identifier le besoin éducationnel exact, tandis que celle des sources d'informations permet d'identifier les canaux de communication **[11].**

- **Disponibilité :** Elle peut être définie comme l'aptitude d'un bien ou d'une entité à être en état d'accomplir une fonction requise dans des conditions données, à un instant donné ou pendant un intervalle de temps donné, en supposant que la fourniture des moyens extérieurs soit assurée **[12].**

- **Disponibilité des services de SONU** : C'est la présence physique ou l'accessibilité de ces soins dans les établissements de santé **[9].**

- **Pratiques** : Les pratiques sont des actes réels accomplis par la personne en situation dans son contexte**.** Ce sont elles qui exposent ou préservent face au problème de santé étudié. Il s'agit d'actes objectifs ou subjectifs qui constituent le principal indicateur de promotion de la santé. Dans ce processus d'autonomisation des populations, la compétence de santé est donc du domaine de l'observation directe des faits. Cette démarche est plus souvent employée en anthropologie qu'en épidémiologie. Les indicateurs mesurables de résultats, en sont un reflet **[11].**
- **Urgence :** Émile LITTRE définit l'urgence comme étant la qualité de ce qui est urgent, c'est-à-dire ce qui ne peut être différé **[13].**

En médecine : c'est le passage brusque de l'état d'une bonne santé à un état pathologique, ou l'aggravation subite d'un état pathologique. C'est la survenue d'une situation imposant la prise des mesures thérapeutiques immédiates**.**

- **Urgence obstétricale :** Il s'agit de toute pathologie de la gravido-puerpéralité, qui requiert un traitement adéquat immédiat sans lequel l'issue est fatale pour la mère et/ou l'enfant **[14].**
- **Urgence néonatale :** Elle peut être définie comme toute affection du nouveau-né qui se manifeste de la naissance à la fin du premier mois de vie et qui nécessite un traitement adéquat immédiat sans lequel l'issue est fatale pour ce dernier **[13].**
- **Mortalité maternelle :** Elle représente le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse, du travail d'accouchement 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 **[15].**
- **Mortalité néonatale :** Ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre 0 et 28 jours révolus. On distingue la « mortalité néonatale précoce », pour les

décès entre 0 et 7 jours révolus et la « mortalité néonatale tardive », pour les décès entre 8 et 28 jours révolus **[16].**

1.2. MODÈLE DES TROIS RETARDS [8].

Le retard à l'administration des SONU aboutit souvent aux décès maternels. Ce retard peut être lié aux facteurs communautaires ou à l'organisation du système sanitaire, d'où le modèle des trois retards regroupés en trois types :

- Le premier retard

Il est lié à la prise de décision par la patiente d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgence. Il survient le plus souvent à la maison. Les facteurs qui influencent cette décision sont :

  - La méconnaissance de la complication par la femme elle-même et / ou de son entourage.
  - La méconnaissance de la disponibilité des soins dans un centre de santé.
  - Les barrières culturelles.
  - Le manque de confiance dans les services offerts.

- Le deuxième retard

C'est le temps nécessaire pour se rendre à un centre de SONU. La survenue de ce retard dépend des conditions d'accessibilité au centre des SONU. Les facteurs qui interviennent sont :

  - Le coût, la disponibilité et les conditions du transport.
  - L'état des routes.
  - La disponibilité et la fonctionnalité des moyens de communication.
  - Le coût des soins dispensés dans le centre de référence.
  - La distance à parcourir : cette distance est fonction de la localisation des services offerts aux divers niveaux du système de santé.

- Le troisième retard

Il s'agit du temps écoulé entre l'arrivée au centre des SONU et le démarrage des soins au lieu de référence. Ce retard peut résulter de :

- La lenteur des formalités d'entrée.
- Du retard au diagnostic et de la qualité du diagnostic.
- La non disponibilité du matériel et des médicaments.
- La non disponibilité des moyens financiers.
- La non disponibilité de l'équipe technique et / ou du bloc technique.
- La méconnaissance de la complication par l'agent du centre de santé périphérique.
- La mauvaise organisation des services.

1.3. PRINCIPALES URGENCES OBSTÉTRICALES ET NÉONATALES

1.3.1. Hémorragies obstétricales

- **Hémorragies du 1er trimestre [10].**

Ce sont des pertes sanguines provenant de la cavité utérine survenant chez une femme enceinte dans les quinze (15) premières semaines d'aménorrhée. Elles peuvent être causées soit par :

- **Grossesse extra utérine rompue [17], [18].**

C'est l'implantation de l'œuf fécondé en dehors de l'utérus, le plus souvent au niveau des deux tiers (2/3) distal de la trompe. Les autres localisations sont plus rares.

La grossesse extra utérine est l'une des grandes causes d'hémorragies au premier trimestre de grossesse et elle constitue une urgence vu les accidents hémorragiques fatals lors de sa rupture.

- **Avortements [10].**

Selon l'OMS, il s'agit de l'expulsion du produit conception avant vingt-deux (22) semaines d'aménorrhée ou avant que le fœtus n'atteigne cinq cent (500) grammes. L'avortement peut être spontané ou provoqué à la suite de manœuvres quelconques destinées à interrompre l'évolution d'une grossesse.

Un avortement provoqué est soit médicalisé (thérapeutique, eugénique, interruption volontaire de grossesse) ou clandestin. Ce dernier est pourvoyeur de complications nécessitant les SONU.

- **Grossesse molaire (môle hydatiforme) [19], [20].**

La môle est un œuf pathologique caractérisé par une dégénérescence kystique des villosités choriales.

- **Hémorragies du deuxième et du troisième trimestre [10].**

Il s'agit de tout saignement provenant de la cavité utérine chez la femme enceinte après la quinzième ($15^{ème}$) semaine d'aménorrhée et pendant l'accouchement.

Les principales causes sont :

- **Placenta prævia hémorragique [21].**

On parle de placenta prævia hémorragique lorsque l'insertion du placenta se fait totalement ou partiellement au niveau du segment inférieur de l'utérus avec des manifestations hémorragiques. Le pronostic materno-fœtal peut être engagé du fait de l'importance de l'hémorragie chez la mère. Le fœtus par contre est exposé à de hauts risques de prématurité, d'anémie et d'asphyxie chronique.

- **Hématome rétro-placentaire [22].**

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus avec constitution d'un hématome entre la paroi utérine et le

placenta. Le pronostic fœtal est donc mis en jeu du fait de la rupture des échanges materno-fœtaux (hypoxie) et le pronostic maternel en raison du choc hémorragique et des troubles de la coagulation.

- **Rupture utérine [23].**

Selon LAFFONT et BONAFOS, la rupture utérine se définit comme étant « une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide, plus ou moins étendue, complète ou incomplète, localisée le plus souvent au segment inférieur et parfois au corps, réalisant une brèche spontanée ou provoquée et de dedans en dehors ». La rupture utérine est parfois précédée du syndrome de pré-rupture caractérisée par une hypertonie et une hypercinésie utérine**.**

Le pronostic fœtal est sombre et celui maternel est dramatique lorsque la prise en charge n'est pas précoce.

D'autres causes d'hémorragie du troisième trimestre sont l'hémorragie de Benkiser et l'hématome décidual marginal.

- **Hémorragies du post-partum [24].**

Ce sont des saignements provenant des voies génitales, de quantité supérieure à cinq cent (500) ml survenant après un accouchement par voie basse et mille (1000) ml après une césarienne. On distingue :

- **Hémorragies du post-partum immédiat**

Il s'agit d'une perte sanguine d'origine génitale survenant dans les vingt-quatre heure (24) heures après un accouchement. Les causes de ces hémorragies sont regroupées selon la règle des quatre T : Tonus (atonie utérine), Tissus (rétention placentaire), Troubles de la coagulation, Traumatisme (lésions de la filière génitale).

- **Hémorragies du post-partum tardif**

Elles surviennent au-delà de vingt-quatre heure (24) heures après l'accouchement et dans les 45 jours. Elles sont le plus souvent liées aux infections (endométrite), à une rétention placentaire et à des troubles de la coagulation.

1.3.2. Hypertension artérielle et grossesse [25], [26].

Il s'agit surtout de la pré-éclampsie sévère et de ses complications.

La pré-éclampsie est définie comme une hypertension artérielle ≥ 140/90mmhg après vingt (20) semaines d'aménorrhée associée à une albuminurie ≥ 0,3g/24h ou ≥ 2 croix à la bandelette urinaire. Elle est dite sévère lorsque les chiffres tensionnels sont ≥ 160/110mmhg ou albuminurie ≥ 1g/24h ou 3 croix à la bandelette urinaire, ou lorsqu'il y a présence des complications telles que :

- Neurologique : Éclampsie qui est un état convulsif généralisé tonico-clonique suivi ou non de coma.
- Hématologiques : Hématome retro-placentaire, troubles de la coagulation.
- Hépatique : HELLP syndrome.
- Rénale : Insuffisance rénale.
- Pleuro-pulmonaire : Œdème aigu des poumons.

1.3.3. Dystocies [27].

La dystocie, du grec "dystakos" désigne un accouchement difficile. Les dystocies sont regroupées en dystocie dynamique et en dystocie mécanique. La dystocie dynamique est due à une anomalie fonctionnelle de l'activité utérine et/ou une anomalie de la dilatation cervicale. La dystocie mécanique quant à elle est liée soit à un rétrécissement de la filière pelvienne ou à une anomalie ovulaire (fœtus et ses annexes). Parmi les dystocies ovulaires on peut citer : la disproportion foeto-pelvienne, les présentations dystociques.

1.3.4. Infections puerpérales [10].

Elles sont le plus souvent d'origine bactérienne et surviennent soit pendant la grossesse, soit au cours du travail ou en post-partum. Les plus fréquemment rencontrées sous nos cieux sont :

- **Endométrite**

C'est une infection de la muqueuse utérine observée après un accouchement ou un avortement.

- **Chorioamniotite**

C'est une infection bactérienne du liquide amniotique et de l'œuf. Elle survient à la faveur d'une rupture prématurée des membranes, prolongée (au-delà de 12 heures d'horloge). Le pronostic fœtal est engagé, la mort fœtale est redoutable, et met en jeu le pronostic maternel du fait de la putréfaction par les germes anaérobies.

1.3.5. Asphyxie périnatale [10].

C'est un état de souffrance fœtale ou néonatale aigue lié à un apport insuffisant d'oxygène aux organes. Elle nécessite une réanimation néonatale en urgence. Elle constitue la deuxième cause de mortalité au cours du premier mois de vie et comporte un risque élevé de séquelles neurosensorielles graves.

1.3.6. Situations particulières d'urgences

Ce sont des situations qui nécessitent une action prompte et rapide et constituent de ce fait des urgences obstétricales.

Il s'agit de l'anémie **[28].**

L'OMS définit l'anémie de la femme enceinte comme une concentration en hémoglobine inférieure à 11g/dl ; l'anémie est sévère lorsque le taux

d'hémoglobine est inférieur à 7g/dl. Elle est dite décompensée lorsqu'elle est associée à un signe clinique de décompensation. (Pâleur intense ou extrême des muqueuses ; asthénie importante au moindre effort ; dyspnée ; pouls rapide ; palpitations ; céphalées ou vertiges ; troubles de la conscience).

1.4. SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX D'URGENCE (SONU) [10].

Ils regroupent les soins offerts à toute femme présentant des complications au cours de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couche et au nouveau-né au cours des vingt-huit (28) premiers jours de vie. Ils sont constitués de neuf fonctions et sont subdivisés en deux sous-types.

- **Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)**

Ils comportent sept (07) fonctions, à savoir :

- L'administration par voie parentérale d'antibiotiques.
  - Ampicilline : 2g en IV toutes les 6 à 8 heures par jour.
  - Gentamycine : 160 mg par jour en IM.
  - Métronidazole : 500 mg en perfusion toutes les 8 à 12 heures.
- L'administration d'utérotoniques
  - Ocytocine

Elle peut être utilisée soit pour la gestion active de la troisième période de l'accouchement, soit pour la direction du travail d'accouchement. Pour la première indication, il est recommandé l'administration intramusculaire de 10 UI dans la minute qui suit l'expulsion du fœtus et après vérification de l'absence d'un deuxième fœtus. Quant à la deuxième indication, l'ocytocine est administrée en perfusion à raison de 5 U.I dilués dans 500 ml de sérum glucosé isotonique. La vitesse de perfusion doit être strictement contrôlée et adaptée à la réponse utérine, en commençant par 4 goutes par minute avec augmentation de 4 gouttes toutes les 15 minutes sans dépasser 40 gouttes/minute (32 à 40 gouttes/minute).

- Ergométrine

Elle est utilisée dans le post-partum pour améliorer l'involution utérine à raison de 0,2 mg en I.M deux fois par jour ou 1 comprimé per os trois fois par jour pendant cinq jours. En cas d'hypertension artérielle sur grossesse cette molécule est proscrite.

- Misoprostol

Il est utilisé dans la prise en charge des interruptions médicales des grossesses, des grossesses arrêtées, dans la maturation cervicale et dans la prévention et la prise en charge des hémorragies du post-partum.

- L'administration par voie parentérale d'anticonvulsivants.
  - Sulfate de magnésium

Dose de charge : 4g en IV lente ou dans SG 5% 250cc, à passer en 15 minutes

Dose d'entretien : 1g en IV lente en 5 minutes toutes les heures pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement ou la dernière crise.

- Diazépam

Dose de charge : 10 mg de diazépam en I.V. lente en 02 minutes

Dose d'entretien : 40 mg de diazépam dilué dans 500 ml de solution intraveineuse (SS 0,9% ou RL) de façon à obtenir une sédation tout en maintenant un état de veille sans dépasser 30 mg par heure et 100 mg en 24 heures.

- La délivrance artificielle et révision utérine (DA/RU) **[29], [30], [31].**
- La délivrance artificielle est l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus tandis que la révision utérine est le contrôle manuel de la vacuité et de l'intégrité de l'utérus.

Les étapes de la délivrance artificielle sont :

- Préparer psychologiquement la patiente.
- Mettre la patiente en position gynécologique.
- Administrer un analgésique : Péthidine (Dolosal) si disponible.
- Respecter les règles d'asepsie, porter des gants stériles.
- Introduire une main gantée en remontant le long du cordon ombilical dans la position dite en « main d'accoucheur », jusqu'à pénétrer dans la cavité utérine.
- Empaumer de l'autre main le fond utérin et l'abaisser vers le pubis.
- Repérer l'insertion du placenta.
- Décoller le placenta du bord cubital de la main.
- Amener le placenta décollé en un seul mouvement.

Pour la révision utérine, il faut :

- Explorer le fond, les faces et les bords utérins.
- Contrôler la vacuité et l'intégrité de l'utérus.
- Administrer l'utéro tonique et l'antibiotique.
- Nettoyer le périnée et le vagin à la bétadine.
- Faire la vaccino-sérothérapie antitétanique.
- Établir une fiche de surveillance et surveiller.

- Les manœuvres d'évacuation des débris de la cavité utérine : Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) **[32].**

L'AMIU est une opération qui consiste à évacuer le contenu utérin à l'aide d'un aspirateur manuel.

Protocole opératoire :

- Préparer le matériel.
- Préparer psychologiquement la patiente.
- Respecter les règles d'asepsie, porter des gants stériles.
- Administrer l'antibiotique (2 g d'ampicilline) en IVL.
- Badigeonner le périnée à la bétadine.

- Poser le champ troué et mettre en place le spéculum.
- Désinfecter le col de l'utérus et le vagin.
- Préhension horizontale de la lèvre antérieure du col de l'utérus à l'aide de la pince Pozzi après infiltration de 1 à 2cc de xylocaïne 2%.
- Effectuer le bloc para cervical en infiltrant 1 à 2cc de Xylocaïne à 3h, 5h, 7h et 9h.
- Faire l'hystérométrie.
- Dilater le col à la bougie de Hégar si nécessaire.
- Introduire la canule adaptée dans l'utérus très lentement jusqu'à buter sur le fond utérin.
- Adapter la seringue d'aspiration avec le vide déjà fait puis appuyer sur les boutons de la valve.
- Aspirer le contenu utérin en évoluant de façon circulaire sur les faces, les bords et les cornes utérines.
- Continuer ce geste jusqu'à obtenir une mousse rouge, un crissement de la paroi et une rétraction utérine autour de la canule, témoin de la vacuité utérine.
- Retirer le matériel et faire l'asepsie cervico-vaginale.
- Mettre en place une garniture stérile.
- Administrer un utéro tonique.
- Prélever une partie du produit de conception, à envoyer en anatomopathologie.
- Décontamination et nettoyage du matériel puis rédaction du compte rendu opératoire.

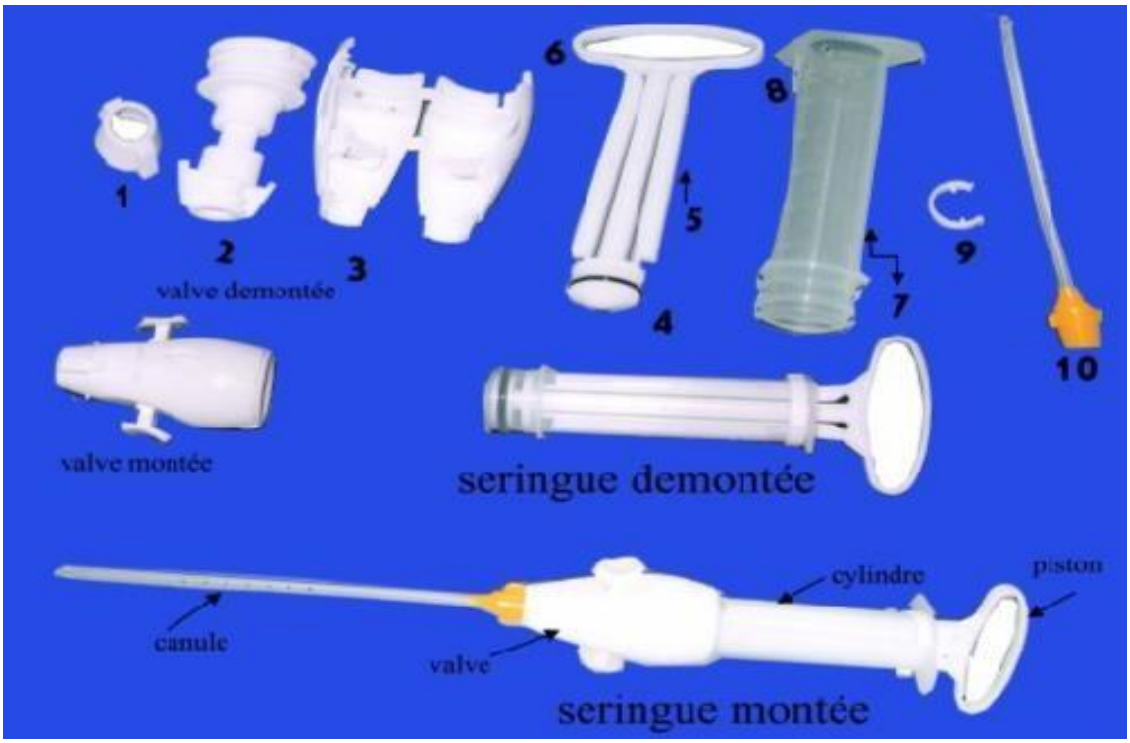


Figure 1 : Seringue pour AMIU **[33].**

- L'accouchement par voie basse avec assistance instrumentale (ventouse obstétricale) **[34].**

La ventouse est un instrument de flexion et de traction sous vide destinée à extraire le fœtus, se présentant par le sommet, à la phase d'expulsion.

Technique de l'accouchement par voie basse assistée par ventouse :

- Préparer le matériel.
- Laver les mains de façon aseptique.
- Vider la vessie.
- Porter des gants stériles.
- Écarter les lèvres de la vulve.
- Introduire et appliquer la plus grande cupule que l'on peut utiliser facilement sur l'occiput ou un os pariétal en évitant les fontanelles.
- Mettre le doigt tout autour de la cupule pour éliminer une prise de parties molles maternelles.

- Actionner la pompe.
- Attendre une minute pour que la prise soit solide.
- Exercer des tractions lors des contractions en suivant les axes du dégagement normal.
- Dégager la tête fœtale lorsqu'elle est au couronnement.
- Arrêter l'aspiration.
- Terminer l'accouchement.

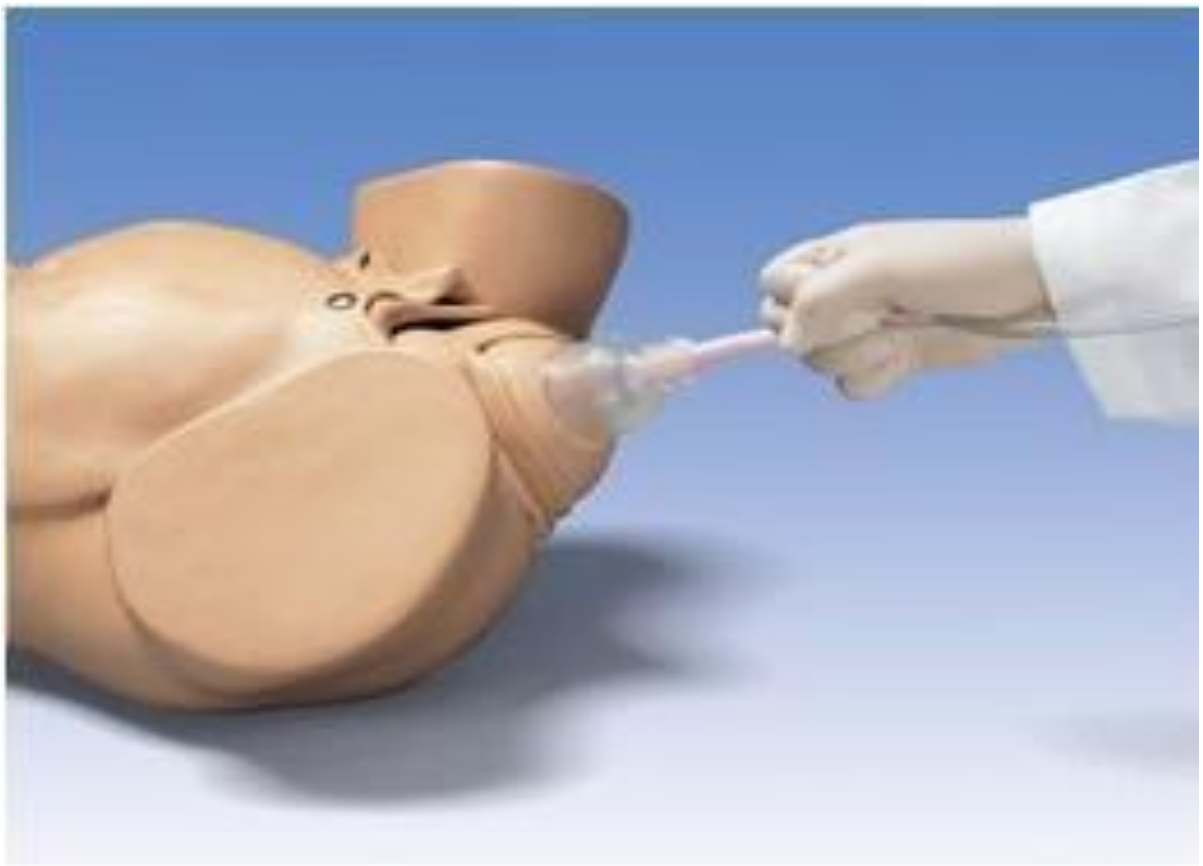


Figure 2: Dégagement d'un fœtus par ventouse obstétricale **[35].**

- La réanimation néonatale selon le principe « Help Babies Breathe (HBB) » (« Aider les Bébés à Respirer »).

Les étapes de la réanimation néonatale durant la « Minute en Or » (60 premières secondes de la réanimation) sont résumées sur la figure ci-après :

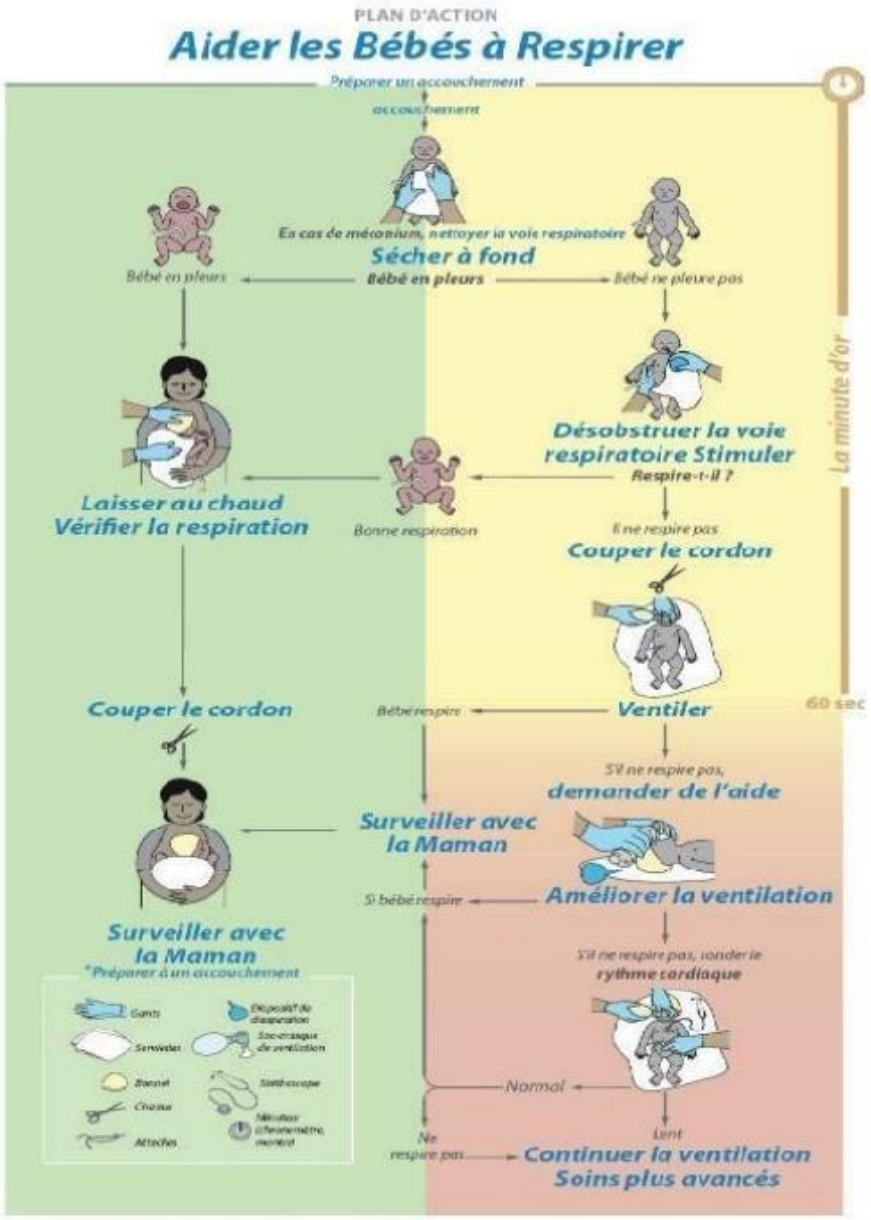


Figure 3: Plan d'action pour la réanimation néonatale selon la méthode HBB «Aider les Bébés à Respirer » **[36].**

- **Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC)**

Ils sont composés des sept fonctions de base auxquelles s'ajoutent la transfusion sanguine et la césarienne.

- La transfusion sanguine **[37].**

C'est le transfert de sang ou de constituants de sang d'un individu (donneur) à un autre individu (receveur).

Les différentes étapes de la transfusion sanguine sont :

- Information et consentement du patient.
- Demande d'examens pré-transfusionnels : groupage sanguin rhésus, phénotype, recherche d'anticorps irréguliers.
- Demande de produits sanguins labiles (psl).
- Réception des produits sanguins labiles.
- Contrôle de concordance des documents (identité, groupes sanguins, date de péremption, psl conforme à la prescription).
- Test de compatibilité sanguin au lit de la malade.
- Pose de la transfusion.
- Surveillance de la transfusion.
- Traçabilité et gestion des documents relatifs à l'acte transfusionnel.

- La césarienne **[38].**

C'est une intervention chirurgicale permettant d'extraire le fœtus après ouverture de l'abdomen et de l'utérus.

Les différentes étapes de la césarienne sont :

- Asepsie cutanée.
- Incision cutanée.
- Coeliotomie.
- Hystérotomie.
- Extraction fœtale.
- Délivrance et révision utérine.

- Hystérorraphie.
- Péritonisation.
- Contrôle de la cavité abdominale.
- Fermeture pariétale.

2. Cadre et méthodes d'étude

2.1. CADRE D'ÉTUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de la gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau situé dans la ville de Porto-Novo au sud du Bénin.

2.1.1 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau (CHUD-OP) [39].

À l'origine, l'Hôpital de Porto Novo fut un centre médical de santé, créé en 1903 sur le camp militaire pour offrir les premiers soins d'urgence au personnel de la garnison et aux hauts fonctionnaires de l'ex-colonie du Dahomey. Par la suite, le centre médical a été transformé en un hôpital des armées en 1906 sous l'Administration coloniale française, dirigée par le gouverneur Alfred Dodds. Avec les différentes réformes du système sanitaire national, le CHUD-OP a subi des mutations d'ordre structurel. Il deviendra successivement Hôpital de Porto Novo (jusqu'en1980) ; Centre Hospitalier Provincial de l'Ouémé (CHP/O en 1980) ; Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé (CHD/O en 1990) ; Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau (CHD/OP en 1996) avec l'avènement de la décentralisation et CHUD-OP en Août 2014, avec son statut de Centre Hospitalo-Universitaire.

Il est situé dans le quartier de Ouenlinda (3^{e} arrondissement) non loin de l'Assemblée Nationale et implanté sur une superficie de 5,6 hectares.

Son plateau technique et ses performances en soins médicaux comptent le CHUD-OP parmi les centres hospitaliers départementaux de renom à l'échelle nationale.

L'organisation générale du CHUD-OP est la suivante :

- Services administratifs
    - le service des affaires administratives et économiques.
    - le service des affaires financières.
    - la surveillance générale et une cellule de management de la qualité.

- Services médicaux
  - le service des urgences et de tri.
  - le service de médecine avec des unités de médecine interne, de psychiatrie, de cardiologie, de pneumologie, de dermatologie, de rhumatologie, de prise en charge des personnes vivant avec le VIH et d'endocrinologie-diabétologie.
  - le service de chirurgie générale.
  - le service d'ophtalmologie.
  - le service d'oto-rhino-laryngologie et de stomatologie.
  - le service de pédiatrie – néonatologie.
  - le service de gynécologie obstétrique.
  - le service de réanimation.
  - le service de rééducation et réadaptation fonctionnelle.
  - le service d'imagerie médicale.
  - l'unité de prise en charge des grands brulés (non encore fonctionnelle).
  - En plus des services suscités, on retrouve une pharmacie, un laboratoire, une banque de sang, un service de maintenance, une buanderie, une cuisine et une morgue.

2.1.2 Service de gynécologie-obstétrique

Il assure les activités suivantes :

- Les prestations de soins
  - les consultations prénatales, postnatales et gynécologiques.
  - les interventions chirurgicales.
  - la vaccination.
  - le dépistage des cancers gynécologiques et mammaires.
  - le planning familial.
- Les activités de formation (stage pratique pour les étudiantes sages-femmes, infirmières, étudiants en médecine)

Les infrastructures sont composées de :

- Un secteur de consultation comprenant :
  - une salle d'accueil.
  - une salle de cours et de réunion quotidienne.
  - une salle de planning familial.
  - trois salles de consultations prénatales, post natales et gynécologiques.
  - une unité de dépistage et de prise en charge des gestantes séropositives.
  - une salle de vaccination.
  - une unité de prise en charge des femmes enceintes drépanocytaires

- Un secteur technique comprenant :
  - une salle de réception pour les urgences.
  - une salle de dilatation.
  - une salle d'accouchement avec un coin de réanimation bébé.
  - deux blocs opératoires.
  - une salle des éclamptiques.

- Un secteur d'hospitalisation comprenant :
  - un secteur de suites de couches, de grossesses pathologiques et de pathologies gynécologiques.
  - un secteur de surveillance post-opératoire.

- Une unité de soins intensif

Le personnel du service est composé de :

- dix (10) gynécologues obstétriciens.
- trente-trois (33) sages-femmes diplômées d'État.
- dix-sept (17) infirmiers et infirmières diplômés d'État.
- quinze (15) aides-soignants et aides-soignantes.
- quatre (04) anesthésistes.

- deux (02) secrétaires.
- cinq (05) agents d'entretien.

Le personnel est appuyé dans ses fonctions par des étudiantes sages-femmes, des élèves infirmières et des étudiants en médecine.

2.2. MÉTHODE D'ÉTUDE

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude observationnelle transversale à visée descriptive et évaluative avec recueil prospectif des données sur une période de trois (03) mois allant du 11 mai au 11 Août 2020.

2.2.2. Population d'étude

Elle était représentée par les professionnels de santé exerçant dans le service de gynécologie obstétrique du CHUD-OP et les patientes admises pour des urgences obstétricales nécessitant les SONU.

2.2.3. Échantillonnage

2.2.3.1. Critères d'inclusion

Étaient inclus dans l'étude

- Les professionnels de santé (sages-femmes, infirmiers (ère) et médecins gynécologues) exerçant à la maternité du CHUD-OP :
  - faisant partie de l'équipe de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales
  - présents dans le service pendant la période d'étude
  - ayant donné leur consentement libre et éclairé de participer à l'étude.
- Les patientes admises pour urgences obstétricales nécessitant les SONU.

2.2.3.2. Critères de non inclusion

Ce sont :

- les membres de l'équipe du personnel soignant de la maternité du CHUD-OP qui n'intervenaient pas directement dans la gestion des urgences obstétricales et néonatales
- du personnel absent ou en congé pendant la période d'étude
- des patientes admises pour des pathologies obstétricales ne nécessitant pas les SONU.

2.2.3.3. Critères d'exclusion

Etait exclu tout le personnel ayant exprimé un désistement secondaire pour participer à l'étude.

2.2.3.4. Méthode et technique d'échantillonnage

Nous avons utilisé une méthode non probabiliste avec recrutement exhaustif des personnes répondant aux critères d'inclusion dans l'étude.

2.2.3.5. Taille d'échantillon

Il s'est agi d'un recrutement exhaustif de toutes les sages-femmes, infirmiers(ères) et médecins gynécologues intervenant dans le service concerné et répondant aux critères d'inclusion et de toutes les patientes présentant des urgences obstétricales nécessitant les SONU enregistrées dans la période.

Le calcul de la taille de l'échantillon n'était donc pas nécessaire.

2.2.4. Définition des variables

2.2.4.1. Variable dépendante

La variable dépendante de notre étude était représentée par les SONU selon trois (03) aspects : connaissances, pratiques et disponibilité.

- Aspects liés aux connaissances
  - Définition de SONU
  - Sous-types de SONU
  - Composantes ou fonctions signalétiques des SONU
  - Les complications obstétricales
  - Les complications néonatales
  - Connaissance du Help Babies Breathe (HBB)

- Aspects liés aux pratiques
  - Utilisation habituelle du partographe
  - Utilisation de protocoles thérapeutiques
  - Prise en charge des hémorragies obstétricales
  - Prise en charge des accouchements dystociques
  - Prise en charge des syndromes hypertensifs sur la grossesse
  - Prise en charge du sepsis maternel
  - Pratique de l'accouchement par voie basse instrumentale
  - Pratique de la transfusion sanguine
  - Pratique de la césarienne
  - Réanimation néonatale selon le HBB

- Aspects liés à la disponibilité des SONU
  - L'existence des équipements nécessaires aux SONUB (gants de révision, ventouse obstétricale, kit d'AMIU, pingouin ou aspirateur de mucosité, masque et ballon auto gonflable, lampe chauffante)
  - L'existence des médicaments (antibiotiques injectables, utérotoniques, anticonvulsivants)
  - L'existence des directives pour la transfusion sanguine
  - L'existence des équipements nécessaires à la césarienne et à l'anesthésie

- La disponibilité globale des 9 fonctions des SONUC.

- Critères d'appréciation

Selon l'enquête CAP en recherche médicale de ESSI et al **[11] :**

- Le niveau de connaissance a été quantifié et restitué en 4 niveaux (mauvais, insuffisant, moyen et bon).
  - Moins de 50% de bonnes réponses = Mauvais
  - Moins de 65% de bonnes réponses = Insuffisant
  - Moins de 85% de bonnes réponses = Moyen
  - Plus de 85% de bonnes réponses = Bon
- L'appréciation de la pratique des prestataires a été réalisée à travers une grille établie en trois niveaux (néfaste, inadéquat, adéquat).
  - Moins de 50% de bonnes réponses = néfaste
  - Moins de 85% de bonnes réponses = inadéquat
  - Plus de 85% de bonnes réponses = adéquat

- Méthode de notation globale

Il s'est agi d'une évaluation déclarative à base de question à choix multiples (QCM)

2.2.4.2. Variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient représentées par :

- Les renseignements sociodémographiques (âge, sexe, situation matrimoniale, nombre d'années d'exercice dans la fonction, secteur d'activité) du personnel de santé ;
- la participation ou non à un atelier SONU, le nombre de fois de cette participation, le délai entre la dernière participation et l'étude;

- les données relatives à la parturiente (le mode et l'heure d'admission de la patiente, l'âge gestationnel à l'admission, le diagnostic retenu, l'heure d'indication des soins d'urgence et les soins indiqués, l'heure d'administration des soins indiqués le mode d'accouchement).

2.2.5. Collecte des données

2.2.5.1. Équipe de la collecte des données

La collecte a été réalisée par nous-même et deux étudiants en médecine formés pour l'enquête.

2.2.5.2. Sources de collecte des données

Les données ont été collectées directement auprès du personnel de santé, de façon observationnelle et dans les dossiers des patientes.

2.2.5.3. Outil de collecte des données

Les informations ont été recueillies et transcrites sur des fiches d'enquêtes individuelles élaborées à cet effet. Nous avons utilisé deux questionnaires servant de fiches d'enquête dont le premier relatif aux ressources matérielles, médicamenteuses disponibles et à la pratique des prestataires en matière de SONU, le deuxième relatif à la connaissance du personnel des SONU. Ces fiches ont fait objet de pré-test pour leur applicabilité sur le terrain.

2.2.5.4. Technique de collecte des données

L'appréciation des connaissances du personnel a été faite au moyen d'une entrevue structurée en mode face-à-face avec ces derniers, suivi d'un remplissage de la fiche d'enquête conçue à cet effet.

Celle de la pratique et de la disponibilité a été observationnelle avec remplissage de fiche d'enquête afférente.

2.2.5.5. Déroulement de l'enquête

Avant le démarrage de l'enquête, nous avons demandé une autorisation de collecte auprès des responsables de l'hôpital puis de la maternité. Notre étude a été ensuite présentée au personnel avec l'obtention d'un consentement libre à y participer.

Chaque professionnel de santé a été interviewé individuellement pour recueillir des informations relatives à ses connaissances en matière de SONU sur une fiche d'enquête.

Nous avons ensuite observé les pratiques des équipes de prestataires en matière d'administration des SONU, et aussi la disponibilité des SONU de façon aléatoire et plusieurs fois selon le nycthémère.

Les données étaient intégrées au fur et à mesure dans la maquette réalisée à cet effet.

2.2.6. Traitement et analyse des données

Après la collecte, les données ont été vérifiées, codifiées, saisies avec le logiciel Épi Data version 3.1. Le logiciel SPSS version 25 a permis de faire l'analyse statistique des données. Les logiciels Excel et Word 2016 ont été utilisés pour organiser les données sous forme de tableaux et de graphiques. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec un écart-type et les variables qualitatives en pourcentage simple. Les tests statistiques de Chi2 de Pearson et de Fisher ont été utilisés selon le cas pour la comparaison des données qualitatives. Le seuil de significativité admis était de 5%.

2.2.7. Considérations éthiques et déontologiques

Avant le début de notre travail, nous avons sollicité l'autorisation du directeur du Centre Hospitalo-Universitaire et Départemental de l'Ouémé-Plateau et du responsable du service concerné par notre étude.

Une séance de présentation de l'étude a été effectuée avec le personnel de santé afin d'obtenir leur consentement. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

2-2-8. Difficultés rencontrées

La difficulté rencontrée au cours de notre étude était la réticence de certains agents de santé à participer à l'étude malgré les détails qui leur ont été donnés sur la confidentialité et l'intérêt de l'étude. Cette réticence s'est manifestée par le report perpétuel des entretiens pour certains. Ce qui a entrainé de nombreuses descentes sur les lieux d'enquête, restées parfois infructueuses.

3. Résultats

A l'issue de notre enquête, quarante-huit (48) agents de santé sur 48 ont été inclus soit un taux de participation du personnel de 100%.

Les résultats obtenus seront présentés selon le plan suivant :

- Fréquence des urgences obstétricales
- Connaissances des prestataires en matière de SONU
- Pratiques des prestataires en matière de SONU
- Disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

3-1. FRÉQUENCE DES URGENCES OBSTÉTRICALES

Nous avons enregistré 545 cas d'urgences obstétricales pour 1751 admissions obstétricales à la maternité du CHU-DOP soit une fréquence de 31,1%.

3-2. CONNAISSANCE DES PRESTATAIRES EN MATIÈRE DE SONU

3-2-1. Caractéristiques sociodémographiques des agents de santé enquêtés

L'âge moyen des agents de santé était de 42,3+/- 7,8 ans avec une médiane de 42ans (25 – 59 ans). La tranche d'âge la plus représentée était celle des 40-50ans (45,8%).

Le sexe féminin était plus représenté (62,5%).

Le tableau ci-dessous présente la répartition des agents de santé selon l'âge, le sexe et la situation matrimoniale.

Tableau I: Répartition des agents enquêtés selon l'âge, le sexe et la situation matrimoniale.

	Effectif (48)	**Pourcentage (%)**
Age (années)		
< 30	03	06,3
[30-40[	14	29,2
[40-50[	22	45,8
50	09	18,8
Sexe		
Masculin	18	37,5
Féminin	30	62,5
Situation matrimoniale		
Marié(e) ou vivant en couple	45	93,8
Célibataire	03	06,3

3-2-2. Profil professionnel des agents de santé

La catégorie professionnelle la plus représentée était celle des sages-femmes (45,8%).

L'ancienneté moyenne des agents de santé était de 12,7 +/- 7,3 ans avec des extrêmes de 2 et 27ans et une médiane de 14 ans. L'ancienneté la plus représentée était celle supérieure ou égale à 10ans (60,4%).

Concernant le statut professionnel, les prestataires étaient les plus nombreux (37,5%).

Ces résultats sont résumés dans le tableau ci-après :

Tableau II: Répartition des agents enquêtés selon la catégorie professionnelle, l'ancienneté et le statut professionnel.

	Effectif (48)	**Pourcentage (%)**
Catégorie professionnelle		
Gynécologue obstétricien	12	25,0
Sage-femme	22	45,8
Infirmière	07	14,6
Anesthésiste	07	14,6
Ancienneté (années)		
< 5	07	14,6
[5-10[	12	25,0
≥ 10	29	60,4
Statut professionnel		
APE	17	35,4
ACE	13	27,1
Prestataire	18	37,5

3-2-3. Connaissances des agents de santé en matière de SONU

Sur les 48 agents de santé ayant participé à l'étude, 45 soit 93.8% avaient déjà entendu parler des SONU.

- Source d'information des agents de santé sur les SONU

Sur les 45 agents de santé ayant déjà entendu parler des SONU, 24 soit 53,3% en ont entendu parler au cours de leur formation initiale comme l'illustre la figure ci-dessous.

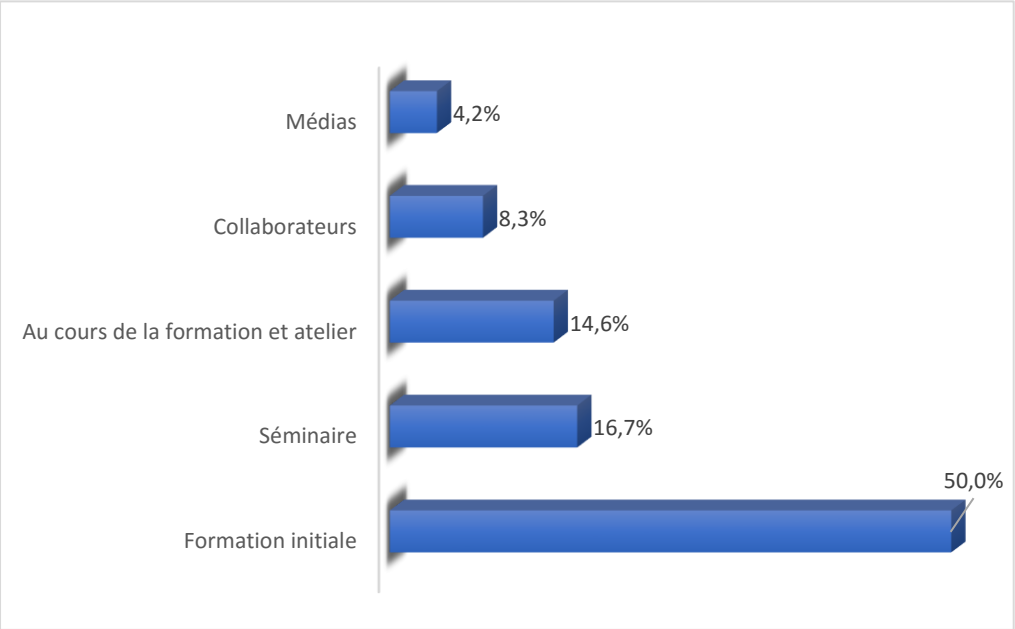


Figure 4: Répartition des agents de santé selon leur source d'information en SONU.

- Existence d'une formation continue en SONU, délai entre la dernière formation et notre étude, nombre de formation reçue

Vingt-sept agents de santé sur 48 soit 56,3% avaient suivi au moins une formation continue en SONU. Le délai entre la dernière formation et notre étude remontait pour le plus grand nombre à moins de 05 ans (41,7%) comme le montre le tableau suivant.

Tableau III : Répartition de l'existence d'une formation continue en SONU, délai entre la dernière formation et notre étude, et le nombre de formation reçue.

	Effectif (48)	Pourcentage (%)
Délai dernière formation-étude		
< 5	20	41,7
≥ 5	07	14,6
Non précisé	21	43,8
Nombre de formations reçues		
1	20	41,7
2	06	12,5
Non précisé	22	100

- Définition et Sous-types des SONU

Sur les 48 agents de santé enquêtés, 37 soit 77,1% ont pu donner une définition correcte des SONU.

19 agents de santé soit 39,6% reconnaissaient l'existence des SONU de base tandis que 18 soit 37,5% reconnaissaient l'existence des SONU complets. Le tableau ci-dessous présente la répartition des agents de santé selon leur capacité à donner les sous-types des SONU.

Tableau IV : Répartition des agents de santé selon leur connaissance des sous-types des SONU.

	Effectif (48)	Pourcentage (%)
Sous-types		
SONU B	19	39,6
SONU C	18	37,5
Ne sait pas	11	22,9

- Composantes des fonctions SONU

Parmi les neuf fonctions composant les SONU, les plus connus étaient la délivrance artificielle du placenta /révision utérine (73%), l'administration d'antibiotiques (71%) et la réanimation néonatale (63%).

La figure ci-dessous illustre la répartition de la connaissance des fonctions SONU par les agents de santé.

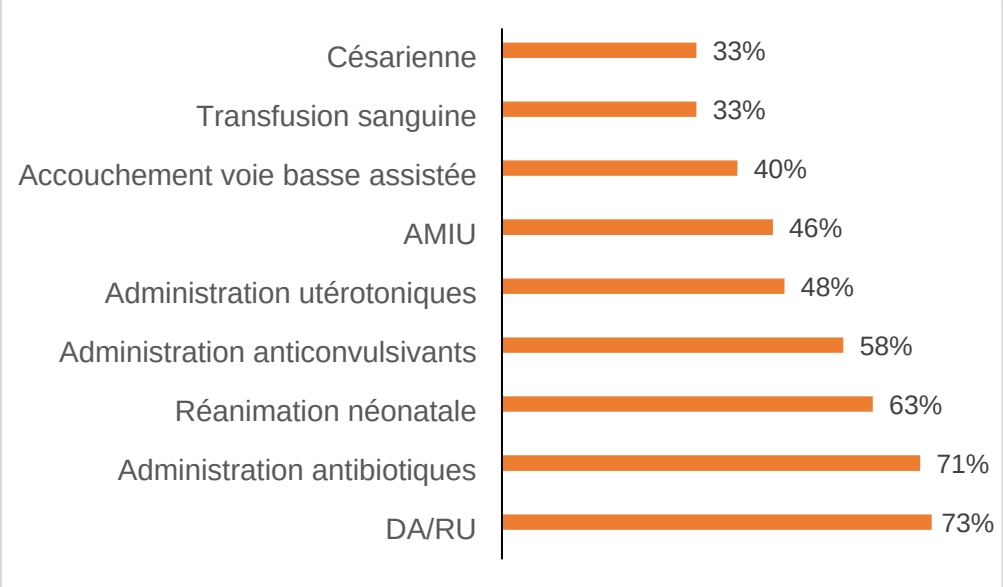


Figure 5: Répartition de la connaissance des fonctions SONU par les agents de santé.

- Connaissance sur les gestes de la réanimation néonatale en salle d'accouchement

Sur les 48 agents de santé interrogés, 34 ont pu définir le sigle HBB soit 70,8%.

Les étapes de la réanimation néonatale les plus reconnues par les agents de santé étaient : désobstruer les voies respiratoires (81,5%), sécher et ventiler le nouveau-né (75%) puis réchauffer le nouveau-né (64,6%). Le tableau ci-dessous résume la connaissance des étapes de la réanimation néonatale par les agents de santé.

Tableau V : Répartition de la connaissance des étapes de la réanimation néonatale par les agents de santé.

	Effectif (48)	**Pourcentage (%)**
Désobstruer les voies respiratoires	39	81,5
Sécher le nouveau-né	36	75
Ventiler le nouveau-né	36	75
Réchauffer le nouveau-né	31	64,6
Stimuler la respiration	29	60,4
Oxygéner le nouveau-né	27	56,3
Massage cardiaque du nouveau-né	26	54,2

- Connaissance des urgences obstétricales et néonatales nécessitant les SONU

Comme le présente le tableau ci-dessus, la plupart des agents de santé soit 97,9%, ont identifié la pré-éclampsie/éclampsie comme urgence obstétricale majeure. L'urgence néonatale la plus connue était l'asphyxie du nouveau-né (85,4%). Ces constats sont résumés dans le tableau ci-après.

Tableau VI: Répartition de la connaissance des urgences obstétricales et néonatales majeures par les agents de santé.

	Effectif (48)	Pourcentage (%)
Urgences obstétricales		
Pré-éclampsie/éclampsie	47	97,9
Hémorragies	45	93,8
Infections	36	75,0
Accouchement dystocique	28	58,3
Urgences néonatales		
Asphyxie du nouveau-né	41	85,4
Prématurité	39	81,3
Hypothermie du nouveau-né	27	56,3
Septicémie du nouveau-né	20	41,7

- Score global de connaissance des SONU

Comme le montre la figure ci-dessous, les enquêtés avaient beaucoup plus une connaissance moyenne des SONU (43,8%). Seulement 2,1% avaient une bonne connaissance des SONU.

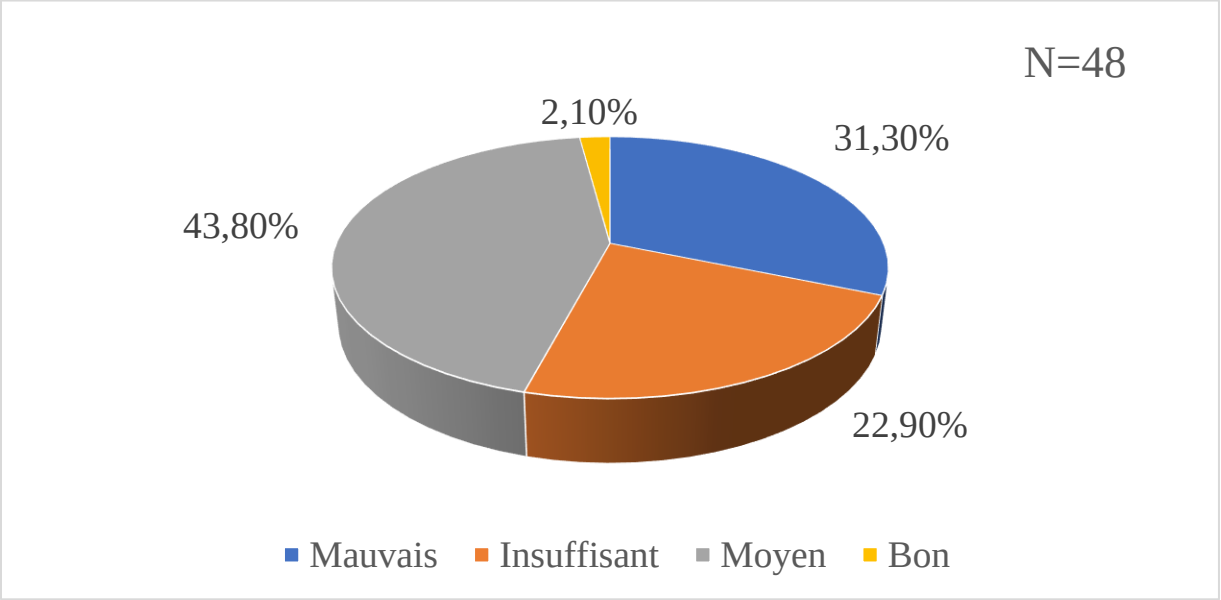


Figure 6: Répartition des agents de santé en fonction de leurs connaissances en matière de SONU.

3-2-4. Facteurs influençant les connaissances des agents de santé en matière de SONU

La connaissance des agents de santé en matière de SONU était significativement liée à la catégorie professionnelle et à la participation à des sessions de formation en SONU.

Par contre, la connaissance des agents en matière de SONU n'était pas significativement associée ni à l'ancienneté ni au délai entre leur dernière formation et notre étude.

Le tableau suivant illustre les facteurs influençant les connaissances des agents de santé en matière de SONU

Tableau VII : Répartition des facteurs influençant les connaissances des agents de santé en matière de SONU

	Niveau de connaissance				
	Mauvais n (%)	Insuffisant n (%)	Moyen n (%)	Bon n (%)	P-value
Catégorie professionnelle					0,001
Gynécologue obstétricien	0	2 (0,2)	10 (0,8)	0	
Sage-femme	6 (0,3)	5 (0,2)	10 (0,4)	1(0,04)	
Infirmière	3 (0,4)	3 (0,4)	1 (0,1)	0	
Anesthésiste	6 (0,9)	1 (0,1)	0	0	
Ancienneté (année)					0,820
< 5	2 (0,3)	2 (0,3)	3 (0,4)	0	
[5-10[	5 (0,4)	1 (0,1)	6 (0,5)	0	
≥ 10	8 (0,3)	8 (0,3)	12 (0,4)	1 (0,03)	
Participation à un atelier SONU					0 ,000
Oui	2 (0,1)	5 (0,2)	19 (0,7)	1 (0,04)	
Non	10 (0,6)	6 (0,3)	2 (0,1)	0	
Délai dernière formation-étude					0,850
< 5	1 (0,1)	4 (0,2)	14 (0,7)	1 (0,1)	
≥ 5	1 (0,1)	1 (0,1)	5 (0,7)	0	

3-3 PRATIQUE DES AGENTS DE SANTE EN MATIÈRE DE SONU

3-3-1 Mode d'admission des patientes

Comme l'indique la figure ci-dessous, la plupart des patientes étaient référées (76%).

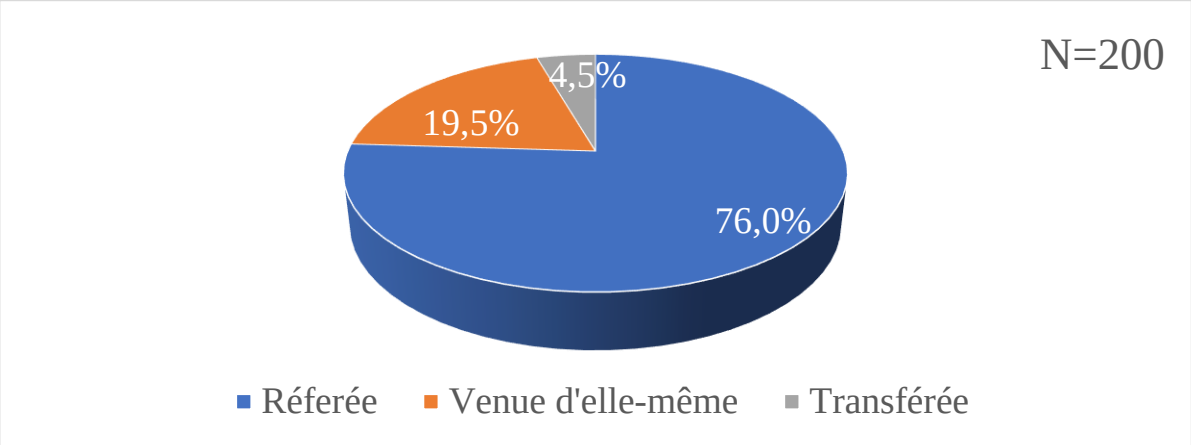


Figure 7: Répartition des agents de santé en fonction de leurs connaissances en matière de SONU.

3-3-2 Période gravido-puerpérale à l'admission

La majorité des patientes étaient admises au troisième trimestre de la grossesse (76%) comme l'indique la figure ci-dessous.

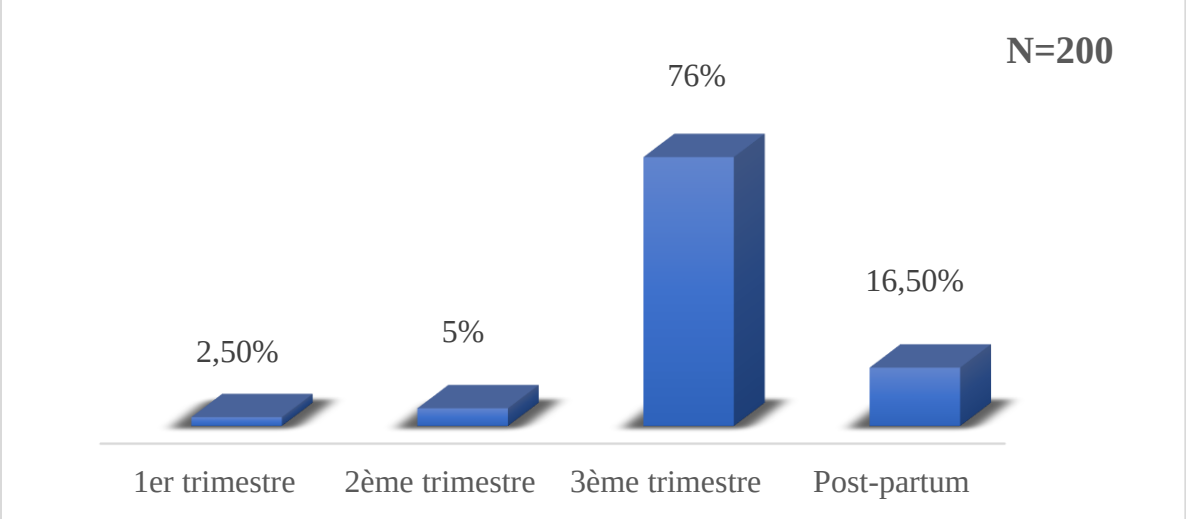


Figure 8: Répartition des patientes selon la période gravido-puerpérale à l'admission

3-3-3 Diagnostic à l'admission

Comme présenté dans le tableau ci-dessous, les hémorragies obstétricales (35%) ont occupé la 1ère place des urgences de notre série suivie des urgences hypertensives (28,5%) et des dystocies (26%).

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction des urgences obstétricales.

	Effectif (200)	**Pourcentage (%)**
Urgences hémorragiques	70	35,0
Urgences hypertensives	57	28,5
Dystocies	52	26,0
Asphyxie fœtale	27	13,5
Anémie sévère	17	08,5
Infections puerpérales	13	06,5

3-3-4 Soins d'urgence réalisés selon le nycthémère

Les soins d'urgences les plus réalisés au cours de notre étude étaient l'administration d'utérotoniques (78,5%), la césarienne (59,5%), et la transfusion sanguine (24%).

La plupart des soins d'urgences étaient plus réalisés le jour que dans la nuit.

Le tableau IX présente la répartition des soins d'urgences réalisés selon le nycthémère.

Tableau IX : Répartition des soins d'urgences réalisés selon le nycthémère. (n=200)

	Jour	**Nuit**	**Total**
	n (%)	n (%)	n (%)
AMIU	3 (1,5)	1 (0,5)	4 (2)
Antibiotiques	9 (4,5)	12 (6)	21 (10,5)
Anticonvulsivant	26 (13)	13 (6,5)	39 (19,5)
Césarienne	59 (29,5)	60 (30)	119 (59,5)
Curage	2 (1)	1 (0,5)	3 (1,5)
Délivrance artificielle	5 (2,5)	6 (3)	11 (5,5)
Laparotomie/GEU	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (1)
Réanimation néonatale	6 (3)	5 (2,5)	11 (5,5)
Révision utérine	18 (9)	15 (7.5)	33 (16,5)
Transfusion sanguine	32 (16)	16 (8)	48 (24)
Ventouse	3 (1,5)	1 (0,5)	4 (2)
Utérotoniques	82 (41)	75 (37,5)	157 (78,5)

3-3-5 Durée entre l'admission des patientes et l'administration des soins d'urgence

Comme le montre le tableau X, la moyenne des durées entre l'admission des patientes et l'administration de chaque soin d'urgence était beaucoup plus longue pour l'administration des antibiotiques (420,9min), l'administration d'anticonvulsivant (366,8min) et la transfusion sanguine (357,2min). La réanimation néonatale est le soin le plus rapidement réalisé avec une durée moyenne de 0,4min.

Le temps global moyen de réalisation des soins d'urgence était 172,6min.

Tableau X : Répartition des moyennes des durées entre l'admission des patientes et l'administration des soins d'urgences. (n=200)

Durée (minutes)	**Médiane (extrêmes)**	**Moyenne ± écart type**
AMIU	150 (40-420)	203,3 ± 195,5
Antibiotique	240 (19-1511)	420,9 ± 495,3
Anticonvulsivant	230 (5-1415)	366,8± 387,7
Césarienne	196 (24-1550)	252,4 ± 227,5
Curage	10 (5-20)	11,7 ± 7,6
Délivrance artificielle	3 (0-1060)	161,6 ± 323,4
Laparotomie/GEU	90 (50-130)	90 ± 56,6
Réanimation néonatale	0 (0-1)	0,4 ± 0,5
Révision utérine	15 (0-1060)	87,8 ± 198,6
Transfusion sanguine	245 (0-1695)	357,2 ± 370,3
Ventouse	4 (0-275)	70,8 ± 136,2
Utéro tonique	148 (0-1582)	230,0 ± 265,7

3-4. DISPONIBILITE DU MATERIEL POUR LES SONU

Comme le montre le tableau XI, à part le kit d'urgence qui n'était pas disponible, le matériel nécessaire à la réalisation des SONU était disponible pour la plupart des indications posées quel que soit leur provenance (en dehors de la maternité, dans la pharmacie de l'hôpital ou en dehors de l'hôpital.

Tableau XI : Disponibilité du matériel nécessaire à la réalisation des SONU selon les indications posées.

Matériel	**Indications**	**Disponibilité**
	n	**n (%)**
Kit d'urgence	200	0 (0)
Antibiotiques	21	21 (100)
Utérotoniques	158	157 (99,4)
Anticonvulsivants	42	39 (92,9)
Gants de révision en latex stérile	33	0 (0)
Gants de révision en sachet stérile	33	33 (100)
Gants latex stérile	33	33 (100)
Kit AMIU	9	4 (44,4)
Aspirateur + sonde d'aspiration	9	4 (44,4)
Ventouse obstétricale	4	4 (100)
Lampe chauffante du nouveau-né	11	10 (90,9)
Ballon auto-gonflable + masque	11	1 (9,1)
Aspirateur de mucosités	11	0 (0)
Pingouin	11	11 (100)
Source d'oxygène	11	11 (100)
Kit césarienne	123	119 (96,7)
Bloc opératoire	125	121 (96,8)
Boite de césarienne	123	119 (96,7)
Équipement nécessaire à l'anesthésie	125	121 (96,8)
Bon de sang	55	55 (100)
Produits sanguins	55	46 (83,6)

Le tableau XII nous permet de remarquer que la totalité les médicaments nécessaires à la réalisation des SONU ne sont pas disponibles dans la maternité de l'hôpital. Ce sont plutôt les ressources instrumentales qui y sont disponibles.

Tableau XII : Répartition du matériel selon sa disponibilité ou non sur 24h à la maternité du CHU-DOP

Matériel	**Disponible à la maternité 24h/24**	**Non disponible à la maternité 24h/24**
Kit d'urgence		×
Gants stériles	×	
Gants de révision en sachet	×	
Kit AMIU	×	
Aspirateur + sonde d'aspiration	×	
Ventouse obstétricale	×	
Lampe chauffante du nouveau-né	×	
Ballon auto-gonflable + masque	×	
Pingouin	×	
Source d'oxygène	×	
Kit césarienne	×	
Boite de césarienne	×	
Bloc opératoire	×	
Équipement nécessaire à l'anesthésie		
Aspirateur de mucosités		×
Anticonvulsivants		×
Utéro toniques		×
Antibiotiques		×

4. Discussion

La discussion des résultats de notre étude portera sur :

4-1. VALIDITÉ DES MÉTHODES D'ÉTUDE

La méthode que nous avons décrite a été celle maintenue et nous a permis d'atteindre les objectifs fixés.

4-2. ATTEINTE DES OBJECTIFS

Les objectifs fixés étaient atteints dans leur totalité. Ils étaient les suivants :

- Décrire l'organisation des SONU à la maternité du CHUD-OP.

Les urgences sont admises 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et sont reçues par l'équipe de garde soit dans la salle de réception des urgences, soit directement dans la salle d'accouchement. Après la mise en condition, elles sont dirigées soit dans la salle de dystocie, le bloc opératoire ou la salle de soins intensifs pour la poursuite de la prise en charge.

L'équipe de garde est composée d'un gynécologue obstétricien, 3 sages-femmes, un infirmier anesthésiste et un infirmier aide opératoire pour le bloc opératoire.

- Déterminer le niveau de connaissances des prestataires de santé en matière de SONU à la maternité du CHUD-OP.

Sur les 48 prestataires de santé interrogés à la maternité du CHUD-OP il est ressorti que les connaissances en matière de SONU sont bonnes chez 2,10%, moyennes chez 43,80%, insuffisantes chez 22,90%, et mauvaises chez 31,30%.

- Apprécier les pratiques des prestataires de santé en matière de SONU à la maternité du CHUD-OP.

Les patientes admises aux urgences de la maternité du CHUD-OP sont pour la plupart référées (76%). La majorité d'entre elles étaient au troisième trimestre de la grossesse (76%). Les hémorragies obstétricales (35%) et les urgences hypertensives (28,5%) constituaient les urgences obstétricales les plus fréquentes et l'asphyxie fœtale celle néonatale la plus rencontrée (13,5%). Les soins d'urgence les plus pratiqués se résumaient à l'administration d'utérotoniques

(78,5%) et à la césarienne (59,8). La durée globale moyenne de prise en charge des patientes après leur admission était de 172,6minutes, les soins étant plus pratiqués dans la journée que dans la nuit.

- Analyser la disponibilité des SONU en fonction des urgences obstétricales à la maternité du CHUD-OP.

Il ressort de notre étude que toutes les fonctions signalétiques des SONU sont disponibles à la maternité du CHU-DOP mais la non disponibilité du matériel rend moins accessibles certaines fonctions.

4-3. COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC CEUX D'AUTRES AUTEURS.

4-3-1. Caractéristiques socio-professionnelles des prestataires de santé.

- Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

L'âge moyen des agents de santé ayant participé à notre étude était de 42,3 +/- 7,8 ans avec des extrêmes de 25 et 59 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 40-50ans (45,8%). Ce résultat est conforme à ceux d'Ebuehi et al dans le Rivers state au Nigéria en 2013, Alassane à Parakou en 2017 et Padonou à Cotonou en 2019, où l'âge des agents variait respectivement entre 23 et 63 ans **[40],** entre 21 et 60 ans **[41]** et entre 23 et 58ans **[42].**

Le sexe féminin était le plus représenté (62,5%) comme cela a été noté dans les enquêtes de Puri dans le district de Bugesera au Rwanda en 2011(68%) **[43],** d'Alassane à Parakou en 2017 (82,42%) **[41] et** de Padonou à Cotonou en 2019 (70%) **[42].** Dans notre étude, la plupart des agents de santé étaient mariés ou vivant en couple (93,8%). Ceci rejoint le résultat de Padonou à Cotonou en 2019 avec 91,6% des agents mariés ou vivant en concubinage **[42].**

- Profil professionnel des agents de santé

Notre échantillon était constitué de 45,8% de sages-femmes et de 25% de gynécologues obstétriciens. Les sages-femmes étaient donc les plus représentées avec une proportion faible de gynécologues obstétriciens. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude d'Olenja et al au Kenya en 2009, Alassane à Parakou en 2017 et Padonou à Cotonou en 2019 qui avaient rapporté respectivement une proportion de 61,1% de sages-femmes et moins de 1% de médecins **[44]**, une proportion de 49,45% de sages-femmes et de 17,58% de médecins **[41]** et une proportion de 42,1% de sages-femmes et 4,2% de gynécologues obstétriciens **[42].**

Les enquêtés ayant une ancienneté supérieure ou égale à10 ans étaient les plus représentés (60,4%). Le même constat avait été fait par Olenja et al au Kenya en 2009 **[44]** et par Alassane à Parakou en 2017 **[41]** et Padonou à Cotonou en 2019 **[42].**

- Existence d'une formation continue en SONU

Environ la moitié des agents de santé enquêtés (56,3%) avait suivi au moins une formation continue en SONU. Ce taux est supérieur à ceux observés chez les prestataires de la série de Puri au Rwanda en 2011 (28%) **[43]**, et de Padonou à Cotonou en 2019 (49,5%) **[42].** Ces agents de santé ont pour la plupart reçu une seule formation avec un délai de plus de 05ans avant notre étude. Ceci peut expliquer la mauvaise connaissance et la mauvaise pratique des SONU observées chez certains agents de santé sur le terrain. Il est important de réactualiser les connaissances de tous les agents de santé participant à la mise en œuvre des SONU par l'organisation plus fréquente des enseignements post universitaires en SONU.

4-3-2. Connaissance des prestataires en matière de SONU

- Connaissance de la définition du sigle SONU

Dans notre population d'étude, la majorité (77,1%) des enquêtés était capable de donner la définition exacte des SONU. Ce taux est similaire à celui obtenu par Padonou à Cotonou en 2019 (74,7%) **[42]** mais inférieur à celui d'Ebuehi et al au Nigeria en 2013 et à celui d'Alassane à Parakou en 2017 qui avaient retrouvé respectivement une connaissance subjective des SONU chez 96,1% des prestataires **[40]** et 100% des prestataires **[41]**. Ceci peut s'expliquer par une mauvaise transmission de l'information relative à la notion de soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

- Connaissance des sous-types et des composantes des SONU

Sur le plan des sous-types de SONU, 39,6% des prestataires ont identifié les SONUB (soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base) et 37,5% les SONUC (soins obstétricaux et néonataux de base complets) comme sous-type des SONU. Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus par Padonou à Cotonou en 2019 où 52,7% et 42,2% avaient respectivement identifié les SONUB et les SONUC comme sous-types des SONU. La composante la plus connue des SONU dans notre étude était la délivrance artificielle/révision utérine (73%) par opposition à l'étude de Padonou à Cotonou en 2019 qui rapporte l'administration parentérale d'utérotoniques comme la composante SONU la plus connue **[42]**. Ceci pourrait être expliqué par la mauvaise connaissance des composantes SONU les plus courantes par les prestataires. Aussi, en dehors des formations académiques, la majorité a bénéficié seulement d'une formation continue en SONU plus de cinq ans avant notre étude.

- Connaissance de la méthode et des étapes de la réanimation néonatale HBB

La réanimation en salle de naissance fait partie des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dont les objectifs visent à améliorer la prise en charge du nouveau-né en salle d'accouchement et dans les heures qui suivent la naissance **[45].**

En ce qui concerne la connaissance du concept de réanimation néonatale HBB « Help Babies Breathe (HBB) » (« Aider les Bébés à Respirer »), (70,8%) ont pu définir le sigle dans notre étude. Ce taux est plus élevé que celui rapporté par Padonou à Cotonou en 2019 (56,8%) **[42]**. Plusieurs prestataires ont identifié l'oxygénation du nouveau-né (56,3%) et le massage cardiaque externe (54,2%) comme étant des étapes de la réanimation HBB. Les principales étapes de la réanimation néonatale sont : maintenir au chaud, désobstruer les voies respiratoires, stimuler la respiration et ventiler à l'aide d'un sac et d'un masque (ballon auto gonflable). Nous en déduisons qu'il est nécessaire de reformer le personnel de la maternité sur la réanimation néonatale selon le principe HBB.

- Connaissance des urgences obstétricales et néonatales

Les urgences obstétricales nécessitant les SONU sont les hémorragies obstétricales, surtout celles du postpartum, les infections puerpérales, l'hypertension artérielle sur grossesse, les dystocies et les avortements non sécurisés. Celle néonatale étant l'asphyxie du nouveau-né.

Selon l'étude de Padonou à Cotonou en 2019, 100% des prestataires interrogés ont identifié les hémorragies obstétricales comme étant l'urgence obstétricale majeure **[42]**. Par contre dans notre étude l'urgence obstétricale majeure identifiée était la pré-éclampsie sévère/éclampsie (97,9%).

L'asphyxie du nouveau-né est reconnue comme l'urgence néonatale la plus courante non seulement dans notre étude (85,4%) mais aussi avec Padonou à Cotonou en 2019 (83,2%) **[42]**. Ceci pourrait être expliqué par le fait que ces deux

pathologies constituent les urgences obstétricales et néonatales les plus fréquentes à la maternité du CHUD-OP.

- **Connaissance globale des SONU**

Globalement au terme de notre étude, seulement 2.10% des prestataires des SONU ont une bonne connaissance en matière de SONU. Puri au Rwanda en 2011 et Alassane à Parakou en 2017 et Padonou à Cotonou en 2019 avaient retrouvé des résultats identiques mais en des proportions plus élevées qui étaient respectivement de 6,9% **[43]**, 6,59% **[41]** et 9,50% **[42]**. Ce faible taux de bonne connaissance est lié à l'insuffisance de formation des agents de santé sur les SONU.

La mise en place des ateliers de formations systématiques en SONU ouverts à tous les praticiens de la maternité s'avère indispensable pour améliorer la compétence des prestataires et la qualité des soins.

Les facteurs déterminant les connaissances en matière de SONU sont la catégorie socioprofessionnelle (p-value=0,000) et la participation à un atelier SONU (p-value=0,000).

En effet, les gynécologues obstétriciens ont plus de bonnes connaissances des SONU que les sages-femmes et les infirmiers. Ceci correspond aux résultats de Alassane à Parakou **[41]** en 2017 et Padonou à Cotonou en 2019 **[42]**. Nous pourrions l'expliquer par les différences qui existent dans le contenu et la durée des formations médicales et paramédicales. Les prestataires ayant un bon niveau de connaissance ont bénéficié au moins une fois d'une formation continue en SONU. Tout ceci démontre l'intérêt de la formation de tout le personnel de la maternité en SONU.

4-3-3 Pratique des agents de santé en matière de SONU

Les patientes admises aux urgences de la maternité du CHUD-OP sont pour la plupart référées (76%). Ceci rejoint les résultats obtenus par Ali en 2016 à Porto-Novo (70,4%) **[46]**. Nous pourrions l'expliquer par le fait que la maternité du CHUD-OP représente une maternité de référence dans l'Ouémé Plateau et donc devrait disposer des fonctions SONU. La majorité d'entre elles étaient au troisième trimestre de la grossesse (76%) comme l'indique le résultat de Ali à Porto-Novo en 2016 (91,9%) **[46]**. Ceci dénote du fait que les urgences obstétricales sont plus fréquentes au troisième trimestre de la grossesse.

Les hémorragies obstétricales (35%) et les urgences hypertensives (28,5%) constituaient les urgences obstétricales les plus fréquentes que nous avons rencontré contrairement aux résultats obtenus par Ali en 2016 à Porto-Novo où les dystocies (30,7%) occupaient la première place suivie des hémorragies obstétricales (25,9%) **[46]**. L'asphyxie fœtale est l'urgence néonatale la plus rencontrée (13,5%). Les soins d'urgence les plus pratiqués se résumaient à l'administration d'utérotoniques (78,5%) et à la césarienne (59,8). La durée globale moyenne de prise en charge des patientes après leur admission était de 172,6minutes, les soins étant plus pratiqués dans la journée que dans la nuit. Ceci est largement supérieur au délai de prise en charge retrouvé par Akinotcho à Cotonou en 2018 qui était de 14,39minutes **[47]**. Ceci pourrait s'expliquer par le fait de la non disponibilité des ressources surtout médicamenteuses à la maternité du CHUD-OP. Les prescriptions étant faites à l'admission des patientes il faut attendre que les accompagnants puissent les honorer. De cette situation peut découler le retard à réunir les moyens financiers par les parents, la distance à parcourir pour ramener les produits. Tout ceci retarde la prise en charge de l'urgence. Il est donc impératif de rendre disponible les SONU pour améliorer la pratique à la maternité du CHUD-OP.

4-3-4 Disponibilité des ressources médicamenteuses et matérielles nécessaires à la pratique des SONU

Toutes les fonctions signalétiques des SONU n'étaient pas accessibles à la maternité du CHU-DOP. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de kit d'urgence. Par opposition, Padonou à Cotonou en 2019 rapporte l'existence d'un kit d'urgence améliorant surtout la disponibilité des médicaments nécessaires à la pratique des SONU **[42]**.

En effet, l'administration parentérale d'utérotoniques, d'antibiotiques ou d'anticonvulsivants, lorsqu'elle est indiquée nécessite une prescription médicale qui doit être honorée par les parents du malade avant les soins. Ces produits étaient pour la plupart disponibles dans la pharmacie de l'hôpital. Une limitation financière ou les formalités trop longues entrainent un retard important dans la prise en charge de l'urgence obstétricale. Il est donc utile de disposer d'un kit d'urgence contenant une certaine quantité de ces médicaments essentiels afin de diminuer les retards dans l'offre des soins d'urgence.

Le matériel nécessaire à l'extraction manuelle du placenta (gants de révision) est disponible en permanence et en quantité suffisante. Il s'agit d'un matériel appartenant aux consommables médicaux fournis par l'hôpital.

L'accouchement par voie basse avec assistance instrumentale à la ventouse est disponible mais la maternité ne dispose que d'une seule ventouse fonctionnelle.

C'est la fonction SONU moins pratiquée. Ceci pourrait s'expliquer par le manque d'information et de compétence des prestataires par rapport à son usage. Il serait bénéfique de doter la salle d'accouchement de ventouse et d'enseigner son utilisation aux médecins et sages-femmes de la salle d'accouchement.

La manœuvre d'évacuation utérine la plus utilisée à savoir l'AMIU est disponible à la maternité mais elle ne dispose que d'un seul kit AMIU complet et fonctionnel.

Il est donc nécessaire de doter la maternité du CHU-DOP en kit d'AMIU afin d'éviter les situations de non disponibilité du matériel en cas d'urgence.

La maternité du CHU-DOP dispose du matériel de réanimation néonatale de base mais en quantité insuffisante.1 masque et 1 ballon auto gonflable non fonctionnels. Ceci pourrait s'expliquer par la mise sous oxygène des nouveau-nés après aspiration. Il faudra donc organiser des sessions de formation du personnel de la salle d'accouchement sur la réanimation néonatale et doter la salle d'un matériel de réanimation néonatale. Il faudra également mettre à disposition de la maternité au moins un médecin pédiatre qui aidera dans la prise en charge des nouveau-nés en salle d'accouchement.

La césarienne est presque toujours disponible. La maternité du CHUD-OP dispose de deux salles opératoires fonctionnelles qui sont parfois toutes occupées. Aussi, les soins intensifs qui accueillent les patientes opérées sont parfois débordées. Ce qui est à l'origine de références secondaires vers d'autres centres de la ville disposant d'un bloc opératoire. Il serait utile d'élargir la capacité d'accueil des patientes en post-opératoire. La ville de Porto-Novo ne dispose pas d'un hôpital de zone et le CHU-DOP est le seul centre de référence qui reçoit toutes les patientes venant aussi bien de la zone sanitaire Porto-Novo / Aguégués / Sèmè-Kpodji que des zones sanitaires environnantes.

La transfusion sanguine est disponible à la maternité du CHU-DOP. Les bons de sang sont toujours disponibles mais l'approvisionnement en produits sanguins reste un problème capital. Cette situation pourrait s'expliquer par un nombre réduit de donneurs de sang face à la forte demande. Il est important d'élaborer un système de priorisation des demandes de la maternité à la banque de sang du CHU-DOP étant donné que les hémorragies obstétricales sont fréquentes et mettent souvent en jeu le pronostic vital de la patiente.

Conclusion et suggestions

Conclusion

Au terme de notre étude qui a porté sur « Connaissance, pratique et disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à la maternité du CHUD-OP » il ressort ce qui suit :

Les agents de santé enquêtés avaient comme âge moyen 42,3ans et une ancienneté moyenne de12,7ans. La catégorie professionnelle la plus représentée était les sages-femmes 47,8%. 56,3% des agents de santé avaient suivi au moins une formation continue en SONU avec un délai moyen de 5ans entre la dernière formation et notre étude.

Les connaissances des agents de santé en matière de SONU sont bonnes chez 2,10%, moyennes chez 43,80%, insuffisantes chez 22,90%, et mauvaises chez 31,30%. Les connaissances sont liées à la catégorie professionnelle et à la participation ou non à un atelier SONU.

En ce qui concerne la pratique, les patientes sont admises pour la plupart au troisième trimestre de grossesse et sont référées (76%).Les urgences obstétricales et néonatales les plus fréquentes étaient respectivement hémorragies (35%) et l'asphyxie (13,5%). La durée moyenne globale d'administration des soins d'urgence était de 172,6min. Le soin le plus réalisé étant l'administration d'utérotoniques (78,5%).

La disponibilité des fonctions signalétiques SONU n'est pas effective à la maternité du CHUD-OP du fait de la non existence d'un kit d'urgence pour les médicaments et du matériel insuffisant.

Nos résultats permettent d'attirer l'attention sur les fonctions des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dont l'offre mérite d'être améliorée et sur les insuffisances des prestataires de ces soins en ce qui concerne leurs connaissances, attitudes et pratiques.

Suggestions

Aux autorités départementales et du ministère de la santé

- Organiser régulièrement les formations spéciales de mise à niveau de tout le personnel soignant intervenant dans la prise en charge des urgences obstétricales en général et en particulier sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- Organiser des modules de formations réguliers du personnel en réanimation néonatale.
- Effectuer des supervisions post-formation du personnel soignant en matière de SONU.

Aux responsables de la maternité du CHUD-OP

- Établir les protocoles de prise en charge de chaque urgence obstétricale sur un support papier à afficher en salle d'accouchement.
- Mettre à la disposition de la salle d'accouchement un kit d'urgence contenant en permanence les médicaments vitaux (utérotoniques, antibiotiques et anticonvulsivants).
- Rendre disponible, fonctionnel et en quantité suffisante le matériel nécessaire pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales en salle d'accouchement.
- Augmenter la capacité d'accueil des soins intensifs afin d'assurer la prise en charge adéquate des urgences obstétricales.

-Améliorer la disponibilité des produits sanguins pour une bonne gestion des hémorragies obstétricales qui constituent l'urgence obstétricale la plus fréquente selon notre étude.

À l'endroit des prestataires

- Mettre en pratique les connaissances acquises au cours des formations en SONU.
- Assurer la promptitude, l'adéquation et l'empathie dans la délivrance des SONU.
- Offrir des soins de qualité en restant conforme aux standards des SONU.

Références

1. OMS. Principaux repères 2019. Mortalité maternelle [en ligne]. Page consultée le 09/10/2020.

https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

2. OMS. Principaux repères 2020. Nouveau-nés : réduire la mortalité [en ligne]. Page consultée le 09/10/2020.

https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality

3. S. Mbola Mbassi. Soins obstétricaux d'urgence et mortalité maternelle dans les maternités de troisième niveau du Cameroun : Approche évaluative d'une intervention visant à améliorer le transfert obstétrical et la prise en charge des complications maternelles. Thèse de médecine. Université Paris VI ; 2014, 152 p

4. ONU. Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Rapport 2015. [En ligne]. Page consultée le 19/10/2020.

https://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf

5. OMS. Le rapport des Statistiques sanitaires mondiales fait le point sur les objectifs de la santé dans 194 pays [en ligne]. Page consultée le 08/10/2020. https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/world-health-statistics-2015/fr/

6.Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018:675p.

https://www.insae-bj.org/actualites/69-cinquième-enquête-demographique-et-de-santé-2017-2018

7. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : Manuel d'utilisation. Genève : OMS ; 2014, [en ligne]. Page consultée le 14/06/2020.

http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242547733_fre.pdf

8. EngenderHealth. Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence. Recueil d'outils. EngenderHealth et la Mailman School of Public Health, Université Columbia, 2005 :115p.

http://www.crudem.org/wp-content/uploads/2012/04/Emergency-Obstetric-Care.pdf

9. Hockstein E. Health facility assessment of service availability and readiness. Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA) [Internet]. [cited 2020 Oct 9].

http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

10. OMS. Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique. Guide du prestataire ; OMS Genèse 2009 :150 p. http://mail.cnom.sante.gov.ml/docs/pdf/RPC.pdf

11. Essi MJ, Njoya O. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. Health Sci. Dis: Vol 14(2); June 2013;14(June):1–3. http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/viewFile/183/pdf_22

12. Encyclopédie Wikipédia. Disponibilité. [En ligne]. Page consultée le 20/10/2020. https://fr.wikipedia.org/wiki/Disponibilité

13. N. Conde. Création du SAMU-SMUR en République de Guinée - [Mémoire online]. [cited 2020 Oct 9].

https://www.memoireonline.com/01/20/11527/Creation-du-SAMU-SMURen-Republique-de-Guinee.html

14. Tshabu-Aguèmon C , Adisso S , Houkpatin B , Obossou A , Bashibirirwa K , Lahami , de Souza J. Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF). Identification des dysfonctionnements dans la prise en charge des cas de mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Mènontin de Cotonou. RAMUR Tome 19 n°1 - 2014:10-14.

https://web-saraf.net/Identification-des.html

https://web-saraf.net/IMG/pdf/corps_journal_definitif_tome_19_n_1.pdf

15. M.-H. Bouvier-Coll, F. Péquignot, E. Jougla. Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquence, tendances et causes. J Gynecol Obst Biol Reprod décembre 2001 ; 30(8): 768-75.

https://www.em-consulte.com/article/114290/mise-au-point-sur-la-mortalité-maternelle-en-france

Doi : JGYN-12-2001-30-8-0368-2315-101019-ART6

16. B. Blondel, G. Bréart. Mortinatalité et mortalité néonatale. EMC Pédiatrie - Maladies infectieuses [4-002-F-50] 2003

https://www.em-consulte.com/article/24097/mortinatalité-et-mortalité-néonatale

17. Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des grossesses extra-utérines. J Gynecol Obst Biol Reprod 2010;39(3):17-24

DOI: 10.1016/j.jgyn.2010.02.013

https://www.em-consulte.com/article/250682/references/

18. COUTIN AS. Soins obstétricaux et Néonataux Essentiels. Médecin sans frontière. 2015 : 36-7.

19. Rhoulali K, Soummani A. La môle hydatiforme [Thèse de médecine]. Université de Marrakech ; N°X/2013 : 141p.

http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/art/2013/article41-13.pdf

20. CISSÉ C. T. Maladies trophoblastiques gestationnelles. Séminaire de chirurgie gynécologique. Niveau 2 : Oncologie mammaire et pelvienne. Dakar ; 2011 : 12.

21. Cabrol D, Pons J-C, Goffinet François. - Traité d'obstétrique. Edition Flammarion Médecine ; 2003 : 1152p

22. Médecins Sans Frontière (MSF). Soins obstétricaux et néonatals essentiels. Guide pratique à l'usage des sages-femmes, médecins spécialisés en obstétrique et personnel de santé devant faire face à des urgences obstétricales. Médecins Sans Frontières, 2019 :259p

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/51415810-francais.pdf

23. Laffont A, Farragi A. Accouchement normal après rupture utérine suturée. Bull. Fed. Soc. Gynéco. Obstetric. 1950 ;2 :72-73

24. Keita S. Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital du Point G-Bamako 1991-2001. Thèse méd, Université de Bamako, Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie Min Ed Mali. 2003 ;1-133.

http://www.keneya.net/fmpos/theses/2003/med/pdf/03M47.pdf

25. Mounier-Vehier C, Amar J, Boivin J-M et al. Hypertension artérielle et grossesse. Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, filiale de la Société française de cardiologie. La Presse Médicale ; 2016 ;45(7-8) Part1 :682-99

https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.05.012

https://www.em-consulte.com/article/1077913/hypertension-arterielle-et-grossesse-consensus-d-e

26. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Principales complications de la grossesse – Pré-éclampsie et syndrome pré-éclamptique. Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF) 2011 :16p

http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item17_5/site/html/cours.pdf

27. Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. ISBN 9782294008979; Masson 2001:624p

28. Tchente CN, Tsakeu END, Nguea AG, Njamen TN, Ekane GH, Priso EB. Prevalence and factors associated with anemia in pregnant women attending the General Hospital in Douala. Pan Afr Med J [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 11]; 25:133.

doi: 10.11604/pamj.2016.25.133.10610

29. Lansac J, Marret H, Oury J-F. La pratique de l'accouchement. 4 ème édition. Masson; 2006, 600 p.

30. Schaal J-P. Mécaniques et techniques obstétricales. 3 ème édition. Sauramps Médical; 2007, 922 p.

31. Hohlfeld P, Marty F. Le livre de l'interne Obstétrique. 3 ème édition. Flammarion; 2004, 360p.

32. Winkler J, Oliveons E, Mc In tosh N. Soins après avortement: guide pratique pour améliorer la qualité des soins. Baltimore: post abortion cure consortium; 1995, 126 p.

33. USAID. Soins après avortement : Guide du participant. Corporation JHPIEGO ; décembre 2010 :125p

https://www.postabortioncare.org/sites/pac/files/PAC_PartGuide_FRE.pdf

34. Schaal JP, Ablassmaier BC, Maillet R, Agnani GR, Colette C. Aspects actuels de la dystocie d'engagement. J gynecol obstet biol reprod. 1986 ; 15 (1) : 79-86.

35. Leermiddelen V. Formation médicale. Modèles obstétriques : Fœtus pour dégagement avec ventouse obstétricale. W45026 [en ligne]. Page consultée le 11/10/2020.

http://www.leermiddelen.be/fr/foetus-pour-degagement-avec-ventouse-obstetricale---w45026

36. Académie Américaine de Pédiatrie. Aider Les Bébés à Respirer. Manuel pour les apprenants. American of Academic Pediatrics 2010 ISBN-13:978-1-58110-354-0 20-02552 rev A:48p

https://www.aap.org/en-us/Documents/hbb_learnerworkbook_french.pdf

37. Pernin O. La transfusion sanguine en 2015-2016 dans un service d'accueil d'urgences Analyse des pratiques professionnelles et perspectives. Etude rétrospective, du 1er avril 2015 au 31 mars 2016, centrée sur la transfusion de concentrés globulaires aux Urgences du CH de Libourne. Université de Borbeaux, UFR des Sciences Médicales. Thèse de médecine N°180/2017 :116p

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635879/document

38. AKLA S. Pronostic materno-fœtal des césariennes programmées et des césariennes urgentes. Université Mohammed VI. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Thèse de médecine, N°35/2014 :117p. [en ligne]. Page consultée le 11/10/2020.

http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/14607/these%20finale%20n%c2%b035.pdf?sequence=1&isAllowed=y

39. Gandonou M. Monographie de Porto-Novo. Afrique Conseil 2006 :67p. https://fr.scribd.com/document/208562313/Monographie-Porto-Novo

40. Ebuehi Olufunke Margaret, Chinda Grace Nkechinyere, Sotunde Oludolapo Muibat, Oyetoyan Solomon Adeyanju. Emergency Obstetric Care: Urban Versus Rural Comparison of Health Workers' Knowledge, Attitude and Practice in River State, Nigeria- Implications for Maternal Health Care in Rivers State. Clin Med Diagnostics [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 11];3(2):29–51.

doi: 10.5923/j.cmd.20130302.03

41. Alassane I O. Soins obstétricaux d'urgence à Parakou : disponibilité dans les maternités ; connaissances, attitudes et pratiques des prestataires. Thèse de médecine. Université de Parakou ; 2017 :158 p.

42. Padonou B. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Cotonou (Bénin) : Disponibilité, connaissances, attitudes et pratiques. Université d'Abomey-Calavi. Faculté des Sciences de la Santé. Thèse de Médecine N°2179/2019 :150p

43. Puri R, Rulisa S, Joharifard S, Wilkinson J, Kyamanywa P, Thielman N. Knowledge, attitudes, and practices in safe motherhood care among obstetric providers in Bugesera, Rwanda. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 11];116(2):124–7.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22114786/

44. Olenja J, Godia P, Kibaru J, Egondi T. Influence of Provider Training on Quality of Emergency Obstetric Care in Kenya [Internet]. University of Nairobi; 2009. Page consultée le 05/11/2020

http://erepository.uonbi.ac.ke/handle/11295/81946

45. Organisation mondiale de la santé (OMS). Premiers soins de réanimation du nouveau-né: guide pratique. Genève: OMS; 1999, [en ligne]. Page consultée le 05/11/2020.

http://ww.whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_RHT_MSM_98.1_fre.pdf

46. Ali R. Les Urgences obstétricales à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau au Bénin : Aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Université d'Abomey-Calavi. Faculté des Sciences de la Santé. Thèse de médecine N°1930/2016 :159p

47. Halick A. Les urgences obstétricales à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU/HKM: aspects épidemiologiques, thérapeutiques et pronostiques .Université d'Abomey Calavi.Faculté des Sciences de la Santé.Thèse de médecine N°2110/ 2018:161p

Annexes

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

<u>Titre de l'étude</u> : Connaissances, pratiques et disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à la maternité du CHUD-OP.

Je soussigné (e) ……reconnais avoir obtenu des explications sur la présente étude et avoir reçu des réponses à mes questions. J'ai eu le temps nécessaire pour prendre une décision.

J'ai été informé (e), oralement des objectifs de l'étude, des méthodes de recueil des données et des modalités de ma participation à l'étude.

J'ai été également informé (e) :

- de la façon dont l'enquêteur assurera la confidentialité des données me concernant ;
- de mon droit, au titre de participant volontaire à cette étude, de m'en retirer à tout moment si je le juge nécessaire sans que cela ne m'occasionne un quelconque préjudice ;
- de mon droit de contacter, si j'ai des questions sur l'étude, l'Investigateur Principal de l'étude. (Nom et numéro de téléphone).

J'ai l'assurance que les propos recueillis au cours de cet entretien seront traités de façon confidentielle et anonyme.

Fait à Porto-Novo, le __/__/2020

Signatures :

Le participant L'investigateur principal de l'étude

Grille d'observation

Numéro de la grille :

N°	Questions/observations	Modalités	Réponse
	Ressources matérielles et médicamenteuses		
1	**Existence des équipements et moyens nécessaires pour les SONU B**		
1.1	**Kit d'urgence**	1-Disponible 2-Non disponible	
1.2	**Antibiotiques**		
	a-Ampicilline	1-Disponible à la maternité 2-Disponible dans la pharmacie de l'hôpital 3-Disponible à la pharmacie de ville 4-Non disponible	
	b-Métronidazole	1-Disponible à la maternité 2-Disponible dans la pharmacie de l'hôpital 3-Disponible à la pharmacie de ville 4-Non disponible	
	c-Gentamycine	1-Disponible à la maternité 2-Disponible dans la pharmacie de l'hôpital 3-Disponible à la pharmacie de ville 4-Non disponible	
1.2.1	**Autres antibiotiques(Préciser)**		
1.3	**Utéro toniques**		
	a-Ocytocine	1-Disponible à la maternité 2-Disponible dans la pharmacie de l'hôpital 3-Disponible à la pharmacie de ville 4-Non disponible	
	b-Ergométrine	1-Disponible à la maternité 2-Disponible dans la pharmacie de l'hôpital 3-Disponible à la pharmacie de ville 4-Non disponible	
	c-Misoprostol	1-Disponible à la maternité 2-Disponible dans la pharmacie de l'hôpital 3-Disponible à la pharmacie de ville 4-Non disponible	
1.3.1	**Autres utéro toniques (Préciser)**		
1.4	**Anticonvulsivants**		
	a-Sulfate de Magnésium	1-Disponible à la maternité 2-Disponible dans la pharmacie de l'hôpital 3-Disponible à la pharmacie de ville 4-Non disponible	
	b-Diazépam	1-Disponible à la maternité 2-Disponible dans la pharmacie de	

		l'hôpital 3-Disponible à la pharmacie de ville 4-Non disponible	
1.4.1	**Autres anticonvulsivants (Préciser)**		
1.5	**Délivrance artificielle/RU/** Matériel utilisé		
1.5.1	**Gants de révision en latex stérile**	1-Disponible 2-Non disponible	
1.5.2	**Gants de révision en sachet**	1- Disponible 2-Non disponible	
1.5.3	**Gants latex stériles**	1- Disponible 2-Non disponible	
1.5.4	**Autres (Préciser)**		
1.6	**Aspiration manuelle intra utérine/** Matériel utilisé		
1.6.1	**Kit AMIU**	1-Disponible et fonctionnel 2-Non disponible	
1.6.2	**Aspirateur +sonde d'aspiration**	1-Disponible et fonctionnel 2-Non disponible	
1.6.3	**Autres (Préciser)**		
1.7	**Accouchement par voie basse assisté/** Matériel utilisé		
1.7.1	**Ventouse obstétricale**	1-Disponible 2-Non disponible	
1.7.2	**Autres (Préciser)**		
1.8	**Réanimation néonatale/** Matériel utilisé		
1.8.1	**Lampe chauffante du nouveau-né**	1-Disponible et fonctionnel 2-Non disponible	
1.8.2	**Ballon auto gonflable + masque**	1-Disponible et fonctionnel 2-Non disponible	
1.8.3	**Aspirateur de mucosités**	1-Disponible et fonctionnel 2-Non disponible	
1.8.4	**Pingouin**	1-Disponible et fonctionnel 2-Non disponible	
1.8.5	**Source d'oxygène**	1-Disponible et fonctionnel 2-Non disponible	
1.8.6	**Autres (Préciser)**		
2	**Existence des équipements et moyens nécessaires pour les SONU C**		
2.1	**Césarienne/** Matériel utilisé		
2.1.1	**Équipement nécessaire à la césarienne**		

	a-Kit césarienne	1- Disponible 2-Non disponible	
	b-Bloc opératoire	1- Disponible 2-Non disponible	
	c-Boite de césarienne	1- Disponible 2-Non disponible	
	d-Salle de réanimation du nouveau-né	1- Disponible 2-Non disponible	
2.1.2	**Équipement nécessaire à l'anesthésie**	1- Disponible 2-Non disponible	
2.1.3	**Autres (Préciser)**		
2.2	**Transfusion sanguine/** Matériel utilisé		
2.2.1	**Bon de sang**	1- Disponible 2-Non disponible	
2.2.2	**Produits sanguins**	1- Disponible 2-Non disponible	
2.2.3	**Autres (préciser)**		
	Pratiques		
1.1	**Mode d'admission de la patiente**	1-Réferée 2-Venue d'elle-même 3-Transférée	
1.2	**Heure d'admission de la patiente**		
1.3	**Age gestationnel à l'admission (SA)**		
1.4	**Diagnostic retenu**		
1.4.1	**Hémorragies obstétricales**	1-Avortement (Préciser) 2-Grossesse Extra Utérine 3-Môle hydatiforme 4-Placenta Prævia 5-Hématome Retro Placentaire 6-Révision Utérine 7-Hémorragies de la délivrance (Préciser) 8-Déchirure des parties molles(Préciser) 9-Hémorragies du post partum tardif(Préciser) 99-Autres(Préciser)	
1.4.2	**Pré-éclampsie sévère/éclampsie**	1-oui 2-non	
1.4.3	**Infections puerpérales/Sepsis(Préciser)**	1-oui 2-non	
1.4.4	**Dystocies**	1-Dystocies osseuses(Préciser) 2-Présentations dystociques(Préciser) 3-Dystocies dynamiques(Préciser)	
1.4.5	**Asphyxie fœtale**	1-oui 2-non	
1.4.6	**Autres (Préciser)**		
1.5	**Heure d'indication des soins d'urgence**		

1.6	**Soins d'urgence indiqués**		
1.7	**Heure d'administration des soins d'urgence indiqués**		
1.7.1	**Durée entre l'admission et l'administration des soins d'urgences(minutes)**		
1.8	**Mode de l'accouchement**	1-Vb normale 2-Vb instrumentale 3-Cesarienne	
1.9	**Tracé du partographe ?**	1-oui 2-non	
1.9.1	**Type de partographe utilisé**	1- Avec phase de latence 2 -Sans phase de latence 99-Autres (Préciser)	
1.10	**Comment s'effectue la délivrance du placenta ?**	1-Délivrance artificielle + Révision utérine 2- Curage 3 -GATPA 99-Autres(Préciser)	
1.11	**Comment se fait l'accouchement par voie basse instrumentale ?**	1-Ventouse 2-Forceps 3-Ocytociques 4-Épisiotomie 99-Autres(Préciser)	
1.12	**Comment se pratiquent les évacuations utérines suite à un avortement ?**	1-AMIU 2-Curage 3-Curetage 4-Misoprostol 5-Ocytocique 6-Antibiotique 7-Délivrance artificielle 99-Autres(Préciser)	
1.13	**Dans la prise en charge de la pré-éclampsie sévère/ Éclampsie vous utilisez préférentiellement :**	1-Du diazépam 2-Du sulfate de Magnésium 3-Antihypertenseurs 4-Des antalgiques 99-Autres(Préciser)	
1.14	**Dans la prise en charge de l'infection puerpérale / Sepsis sur grossesse:**	1-Mono antibiothérapie 2-Double antibiothérapie 3-Triple antibiothérapie 4-Bonne hydratation 99-Autres(Préciser)	
1.15	**Dans la réanimation néonatale à travers le HBB, pratiquez-vous les gestes suivants ?**	1-Séchage 2-Port du bonnet 3-Désobstruction des VAS 4-Stimulation de la respiration 5-Pose de l'enfant sur le ventre de sa mère	

		6-Ventilation au masque 7-Oxygénothérapie 8-Remise de l'enfant à la famille après ventilation 9-Transfert en néonatologie après ventilation 99-Autres(Préciser)	
1.16	**Devant une anémie sévère décompensée, vous**	1-Transfusez systématiquement 2-Administrez du fer 3-Oxygénothérapie 99-Autres(Préciser)	
1.17	**Dans quelle circonstance pratiquez-vous la césarienne ?**	1-Accouchement dystocique 2—pathologies maternelles sévères 3-Asphyxie fœtale 4-A la demande de la parturiente 99-Autres(Préciser)	
1.18	**Devant une atonie utérine, rétention placentaire / HPPT, il faut :**	1-Utérotoniques 2-Révision utérine 3-Antibiotiques 4-AMIU 5-Délivrance artificielle révision utérine 6-Remplissage vasculaire 7-Traitement chirurgical (préciser) 99-Autres(Préciser)	
1.19	**En cas de déchirure hémorragique des parties molles, il faut :**	1-Suture 2-Antibiotiques 3-Transfusion sanguine si nécessaire 99-Autres(Préciser)	
1.20	**En cas de PP, d'HRP et de RU il faut :**	1-Césarienne 2-utéro toniques 3-Révision utérine 4-Transfusion sanguine 5-Hystérectomie 99-Autres	

FICHE D'ENQUÊTE

Numéro de la fiche

N°	QUESTIONS	MODALITES	REPONSES	REPONSES JUSTES
1	**Caractéristiques sociodémographiques**			
1.1	**Age**			
1.2	**Sexe**	1-Masculin 2- Féminin		
1.3	**Nationalité**	1-Béninoise 99-Autres (Préciser)		
1.4	**Situation matrimoniale**	1-Marié(e) (ou vivant en couple) 2-Célibataire 3-Divorcé(e) 4-Veuf(ve)		
1.5	**Catégorie socioprofessionnelle**	1-Gynécologue obstétricien 2-Sage-femme 3-Infirmière 4-Anesthésiste 5-Medecin anesthésiste		
1.6	**Ancienneté dans la profession(en année)**			
1.7	**Statut professionnel**	1-APE 2-ACE 3-Prestataire 4- Stagiaire		
2	***CONNAISSANCES***			
2.1	**Avez-vous entendu parler des SONU ?**	1-oui 2-non		**1**
2.2	**Où en avez-vous entendu parler ?**	1-Au cours de votre formation 2-Au cours d'un atelier 3-Dans les médias /Séminaire 99-Autres(Préciser)		
2.3	**Êtes-vous en mesure d'en parler ?**	1-oui 2-non		**1**
2.3.1	**Si oui, pouvez-vous définir les SONU ?**			**soins obstétricaux et néonataux d'urgence**
2.3.2	**Citez les sous- types de SONU :**			**soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complet**
2.4	**Avez-vous suivi des sessions de formation en SONU ?**	1-oui 2-non		**1**

2.4.1	**Si oui, à quand remonte votre dernière formation ?(en année)**			
2.5	**Préciser le nombre de formations reçues**			
2.6	**Les composantes /Fonctions signalétiques des SONU sont**	1- Administration d'antibiotiques 2- Administration d'anticonvulsivants 3- Administration d'utero toniques 4- Aspiration manuelle intra utérine des produits retenus 5- Accouchement par voie basse assisté 6- Délivrance artificielle du placenta /Révision utérine 7- Réanimation du nouveau-né 8- Sondage vésical 9- Transfusion sanguine 10- Césarienne 11- Episiotomie 12- Sondage naso gastrique 13- Hystérectomie 14- Soins aux nouveau-nés malades		**1,2,3,4,5,6,7,9,10**
2.7	**Quelles sont les principales complications obstétricales que vous rencontrez ?**	1- Les hémorragies 2- Les infections 3- La pré-éclampsie/ éclampsie 4- L'accouchement dystocique 5- Avortement provoqué 6- Les vomissements gravidiques 7- Les diarrhées sur grossesse 99-Autres(Préciser)		**1,2, 3,4,5**
2.8	**Quelles sont les complications néonatales les plus courantes ?**	1- L'asphyxie du nouveau-né		**1,3,4**

		2- L'hypothermie du nouveau-né 3- La septicémie du nouveau-né 4- La prématurité 99-Autres(Préciser)		
2.9	**Connaissez-vous la méthode de réanimation néonatale HBB ?**	1-oui 2-non		**1**
2.9.1	**Si oui : HBB signifie**	1- Help Baby Breathe 2- Help Baby Back		**1**
2.9.2	**Les étapes du HBB sont** :	1- Sécher le nouveau-né 2- Désobstruer les voies respiratoires 3- Stimuler la respiration 4- Massage cardiaque du nouveau-né 5- Réchauffer le nouveau-né 6- Ventiler le nouveau-né 7- Oxygéner le nouveau-né 99- Autres(Préciser)		**1,2,3,5,6**
3	Note connaissance (sur base de 100)			

Table des matières

Table des matières

Dédicaces i

Remerciements iv

Hommages vii

Liste des sigles et abréviations x

Liste des tableaux et figures xiii

Liste des tableaux xiii

Liste des figures xv

Sommaire xvii

Introduction 1

1.Généralités 6

1.1. DÉFINITION DES CONCEPTS 7

1.2. MODÈLE DES TROIS RETARDS (7) 9

1.3. PRINCIPALES URGENCES OBSTÉTRICALES ET NÉONATALES 10

1.3.1. Hémorragies obstétricales 10

1.3.2. Hypertension artérielle et grossesse (23) (24) 13

1.3.3. Dystocies (25) 13

1.3.4.Infections puerpérales (10) 14

1.3.5. Asphyxie périnatale (10) 14

1.3.6. Situations particulières d'urgences 14

1.4.SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX D'URGENCE (SONU) (10)…… 15

2.Cadre et méthodes d'étude 24

2.1. CADRE D'ÉTUDE 25

2.1.1 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau (CHUD-OP). (32) 25

2.1.2Service de gynécologie-obstétrique 26

2.2. MÉTHODE D'ÉTUDE 28

2.2.1. Type et période d'étude 28

2.2.2. Population d'étude 28

2.2.3. Échantillonnage 28

2.2.3.1. Critères d'inclusion 28

2.2.3.2. Critères de non inclusion 29

2.2.3.3. Critères d'exclusion 29

2.2.3.4. Méthode et technique d'échantillonnage 29

2.2.3.5. Taille d'échantillon 29

2.2.4. Définition des variables 29

2.2.4.1. Variable dépendante 29

2.2.4.2. Variables indépendantes 31

2.2.5. Collecte des données 32

2.2.5.1. Équipe de la collecte des données 32

2.2.5.2. Sources de collecte des données 32

2.2.5.3. Outil de collecte des données 32

2.2.5.4. Technique de collecte des données 32

2.2.5.5. Déroulement de l'enquête 33

2.2.6. Traitement et analyse des données 33

2.2.7. Considérations éthiques et déontologiques 33

2-2-8. Difficultés rencontrées 34

3.Résultats 35

3-1. FRÉQUENCE DES URGENCES OBSTÉTRICALES 36

3-2. CONNAISSANCE DES PRESTATAIRES EN MATIÈRE DE SONU 36

3-2-1. Caractéristiques sociodémographiques des agents de santé enquêtés 36

3-2-2. Profil professionnel des agents de santé 37

3-2-3. Connaissances des agents de santé en matière de SONU 38

3-2-4. Facteurs influençant les connaissances des agents de santé en matière de SONU 44

3-3 PRATIQUE DES AGENTS DE SANTE EN MATIÈRE DE SONU 46

3-3-1 Mode d'admission des patientes 46

3-3-2 Période gravido-puerpérale à l'admission 46

3-3-3 Diagnostic à l'admission 46

3-3-4 Soins d'urgence réalisés selon le nycthémère 47

3-3-5 Durée entre l'admission des patientes et l'administration des soins d'urgence 48

3-4. DISPONIBILITE DU MATERIEL POUR LES SONU 49

4. Discussion 52

4-1.VALIDITÉ DES MÉTHODES D'ÉTUDE 53

4-2.ATTEINTE DES OBJECTIFS 53

4-3.COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC CEUX D'AUTRES AUTEURS. 54

4-3-1. Caractéristiques socio-professionnelles des prestataires de santé 54

4-3-2. Connaissance des prestataires en matière de SONU 56

4-3-3 Pratique des agents de santé en matière de SONU 59

4-3-4 Disponibilité des ressources médicamenteuses et matérielles nécessaires à la pratique des SONU 60

Conclusion et suggestions 63

Conclusion 64

Suggestions 65

Références 67

Annexes ..... A

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui lui sont confiés et mon état ne servira ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de sexe, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY – CALAVI

RÉSUMÉ

Introduction : La mortalité maternelle et néonatale demeure un véritable problème de santé publique. Parmi les dispositions prises par les autorités sanitaires pour la réduction de la mortalité materno-infantile nous avons l'administration immédiate et à temps de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).

Objectif : Étudier les connaissances, pratiques et disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à la maternité du CHUD-OP en 2020.

Cadre et méthode d'étude : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte de données prospectives allant du 11 mai 2020 au 11 août 2020 à la maternité du CHUD-OP.

Résultats : La fréquence des urgences obstétricales était de 31,1% des consultations aux urgences de la maternité du CHUD-OP. Les connaissances des agents de santé en matière de SONU sont bonnes chez 2,10%, moyennes chez 43,80%, insuffisantes chez 22,90%, et mauvaises chez 31,30%. Concernant la pratique, les urgences obstétricales et néonatales les plus fréquentes étaient respectivement hémorragies (35%) et l'asphyxie (13, 5%).La durée moyenne globale d'administration des soins d'urgence était de 172,6min. Toutes les composantes des SONU sont disponibles à la maternité du CHUD-OP mais sont difficilement pratiquées faute de l'inexistence des ressources médicamenteuses et manque de ressources instrumentales.

Conclusion : Les urgences obstétricales et néonatales peuvent engager le pronostic vital du couple mère-enfant. Il urge donc d'améliorer la disponibilité et la qualité des SONU dans nos hôpitaux.

Mots clés : Connaissances, pratiques, disponibilité, soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

ABSTRACT

Introduction: Maternal and neonatal mortality remains a real public health problem. Among the measures taken by the health authorities to reduce maternal and infant mortality, we have the immediate and timely administration of Emergency Obstetric and Neonatal Care (SONU).

Objective: Study the knowledge, practices and availability of emergency obstetric and neonatal care at the CHUD-OP maternity ward in 2020.

Framework and methods: This was a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective data collection ranging from May 11, 2020 to August 11, 2020 at the CHUD-OP maternity unit.

Results: The frequency of obstetric emergencies was 31.1% of consultations in the emergency rooms of the CHUD-OP maternity ward. Knowledge of health workers about SONU is good in 2.10%, average in 43.80%, insufficient in 22.90%, and poor in 31.30%. Regarding practice, the most frequent obstetric and neonatal emergencies were hemorrhage (35%) and asphyxia (13.5%), respectively. The overall mean duration of emergency care administration was 172.6min. All the components of SONU are available at the CHUD-OP maternity ward but are difficult to practice due to the inexistence of medicinal resources and lack of instrumental resources.

Conclusion: Obstetric and neonatal emergencies can be life-threatening for the mother-child couple. It is so urgent to improve the availability and quality of SONU in our hospitals.

Keywords: Knowledge, practices, availability, emergency obstetric and neonatal care