RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

=+=+=+=

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

=+=+=+=+=

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

=+=+=+=+=

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

=+=+=+=+=+=

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

=+=+=+=+=+=

Année : 2021 **N°2411**

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MATIERE DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE DES URGENCES OBSTETRICALES AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT LAGUNE DE COTONOU EN 2021

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Janvier 2022 pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Par

Alphonse DADA

Né le 11 Aout 1993 à Sèhouè (Rép. du BÉNIN)

Directeurs de Thèse
Pr Angéline TONATO BAGNAN
MCA Zinsou Jacques SAIZONOU

Co-directeur de Thèse
Dr Djima Patrice DANGBEMEY

Président du Jury
Pr Eugène ZOUMENOU

Membres du Jury
Pr Angéline TONATO BAGNAN
MCA Badirou AGUEMON
MCA Zinsou Jacques SAIZONOU

Année Universitaire 2020-2021

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

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

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

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

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

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

VICE-DOYEN /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version décembre 2020)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
9.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
10.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
11.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
12.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
13.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
14.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
15.	Dr SOUNOUNOU Ignace.....	Ophtalmologie
16.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
17.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
18.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
19.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
21.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
22.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
23.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
24.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
26.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
27.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
28.	Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith S	Pédiatrie et Génétique Médicale
29.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie

Université d'Abomey-Calavi
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
LE DOYEN

31. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
32. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
33. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
34. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
35. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
36. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
37. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
38. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
39. Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
40. Dr GNONLONFOUN Dieudonné	Neurologie
41. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
42. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
43. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
4. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
5. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
6. Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
7. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
8. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
9. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
10. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
11. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
12. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
14. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
15. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
16. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

17. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
18. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
20. Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
21. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
22. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
3. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
4. Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
6. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
7. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
8. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
9. Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
10. Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
11. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
12. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
13. Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ADJADOHOUN Sonia B. M. Gwladys....	Radiologie
16. Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
17. Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
18. Dr ATTOLOU Sètondji	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie
21. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
22. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
23. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
24. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
25. Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
26. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
27. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

28. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
29. Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
30. Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
31. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
32. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
33. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
34. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
35. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
36. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
37. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38. Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
40. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
41. Dr MIKPONHOUE Rose Christelle	Médecine du Travail
42. Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
43. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie

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 SOSSA Jean	Urologie
6. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
7. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
8. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
9. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
10. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
11. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
12. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
13. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique
14. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

15. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
16. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
17. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
18. Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
19. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie

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

Université d'Abo... LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
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
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Professeur de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Professeur de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition

MAK

5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique (IRSP)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de 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	Professeur Titulaire 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.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO 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- AUTRES 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

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

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
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.....	Technologie alimentaire
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

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

VM 25/02/2021

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Delphin K. MEHINTO

Dédicaces

À Dieu Tout-Puissant,

Créateur du ciel et de la terre, de l'univers visible et invisible.
Merci d'avoir été fidèle à tes promesses et d'avoir conduit
mes pas tout au long de ces années. À toi soient l'honneur, la puissance et la gloire pour l'éternité.

Louanges et remerciements pour ta clémence et ta miséricorde

Amen !

« Si tu traverses les eaux, je serai avec toi ; et les fleuves, ils ne te submergeront point ; si tu marches dans le feu, tu ne te brûleras pas et la flamme ne t'embrasera pas. » Esaïe 43 : 2

«Je veux remercier le DIEU Saint de tout mon cœur. Oui, je veux dire merci au Seigneur sans oublier un seul de ses bienfaits. »

Psaume 103 : 1

À ma précieuse mère Delphine YOVO

Ma maman chérie, tu m'as donné la vie et tu as su me donner un trésor impérissable en guidant mes pas sur le chemin de la vie. Tu as su m'éduquer, diriger mes pas et subvenir à mes besoins et ceci au prix de lourds sacrifices. Toujours soucieuse de mon avenir, tes soutiens moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice, de la discipline et du respect de soi. Tu m'as appris à aimer, à respecter l'homme et à faire preuve de courage et d'endurance pour affronter la vie. Tu as toujours partagé mes angoisses, mes peines et mes joies tout au long de ces années et tes inépuisables prières m'ont aidé à y arriver. Que Dieu t'accorde une longue vie et une santé robuste afin que tu puisses jouir du fruit de tes efforts.

Amen !

À mon père Gnondjinou DADA

Père bien-aimé, tu m'as fait connaitre la vie. Tu m'as toujours enseigné l'amour du prochain et le vrai sens de la vie. Tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice, de la discipline, l'humilité et le respect de soi. Trouvez ici, dans ce modeste travail, le fruit de tant de dévouement et de sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et de mon profond amour. Que le Seigneur m'accorde la grâce de pouvoir t'honorer à la hauteur du mérite qui est le tiens.

Amen !

Aux familles DADA, YOVO et DOSSA

Vous avez partagé mes joies et mes peines au cours de ces longues années. Votre soutien, vos encouragements et vos prières m'ont permis d'en arriver là. Recevez par ce travail l'expression de tout mon amour et de ma profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse.

Amen !

A tous mes frères et sœurs, mes cousins et cousines, neveux et nièces maternels et paternels

Merci pour l'affection, la fraternité et vos prières.

A mes chers oncles et tantes maternels et paternels,

Merci pour le soutien de tous les jours et vos prières.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon respect le plus profond et de mon affection.

Remerciements

A ACOTCHEOU Pacôme

Merci pour ton abnégation pour l'aboutissement de ce travail

A mesdames ANANI Pentecôte et ADAMA Clémentine

Merci pour votre amour maternel, vos soutiens matériel et financiers toutes ces années

A GBEGAN Clémence

Merci pour tout que le Seigneur te le rende au centuple

A Cédric FAVI

Merci pour ton soutien et tes conseils

A TANGAN Pierre

Cher pasteur, merci pour votre amour paternel, votre soutien et vos prières

A tous ceux qui m'ont aidé dans l'enquête, *en particulier*

TCHEOU Hervé et GNAVO Régis

Merci pour votre disponibilité et participation à l'aboutissement de ce travail

A tout le personnel du CHU-MEL

Sincères remerciements

A tous mes collègues de la 43ème promotion de médecine FSS

En souvenir de toutes les peines et aussi des bons moments vécus ensemble sept années durant, puisse l'Éternel nous aider à nous rendre de plus en plus dignes d'accomplir la mission qui nous est confiée.

A tous ceux qui ont contribué de prêt ou de loin à la réalisation de cette œuvre, ceux qui ont apporté leur soutien moral, matériel, spirituel ou financier durant ce rude parcours et que nous avons pu omettre,

Profonde gratitude.

Hommages

A nos Chers Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Chers Maîtres, par votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement, vous avez fait de cette faculté une référence dans la sous-région. Tout au long de mon parcours, vous m'avez appris le sens du devoir et de l'abnégation. Je veillerai, partout où je servirai, à vous valoriser en appliquant vos précieux enseignements

Hommages respectueux !

A notre maitre et Directeur de thèse

Pr SAIZONOU Jacques Maitre de Conférences Agrégé en Santé Publique et Epidémiologie à l'Institut Régional de Santé publique de Ouidah.

Vous avez été tout au long de ce travail une véritable source de motivation. Merci pour votre constante disponibilité et votre soutien. Puisse cette thèse vous gratifier de ma reconnaissance et vous témoigner de mon admiration à votre égard. Que Dieu vous bénisse et vous comble au-delà de vos espérances !

Hommages respectueux!

A notre Maitre et Directrice de thèse

Pr TONATO BAGNAN Angéline, Professeur titulaire en Gynécologie et Obstétrique à la FSS de Cotonou.

Cher Maître, merci d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations. La simplicité et le pragmatisme avec lesquels vous nous avez accompagné tout au long de ce travail nous inspirent énormément. C'est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre participation enrichissante à notre formation. Puisse Dieu vous aider à concrétiser vos vœux les plus chers et mieux, vous élever au-delà de vos espérances… Amen.

Hommages respectueux !

A notre Maitre et Co-directeur de thèse

Dr DANGBEMEY Patrice, Maitre-assistant en Gynécologie et Obstétrique à la FSS de Cotonou.

Cher Maitre, votre assistance et votre rigueur dans ce travail ont été déterminants. Vous nous avez apporté votre soutien, accordé votre attention et encouragement pendant ce travail. Vos conseils et vos remarques ont été d'une utilité incontestable. Veuillez accepter, Cher maitre l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux !

A NOS JUGES,

A notre Président du jury,

C'est une joie immense pour nous de vous avoir comme président de jury. Nous sommes très sensible à l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Votre rigueur scientifique, votre humilité et votre désir sans cesse renouvelé de transmettre votre savoir aux étudiants suscitent en nous beaucoup d'admiration et de respect. Nous vous sommes reconnaissant d'avoir accepté de présider ce jury. Merci, cher Maître !

Profondes déférences !

A nos honorables membres du jury

Chers Maîtres, nous sommes très honoré de vous savoir juges de ce travail. L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande admiration et de l'estime que nous vous portons. Trouvez ici chers maîtres, le sentiment de toute notre reconnaissance.

Hommage respectueux!

Liste des sigles et abréviations

AgHBS	:	Antigène de surface du virus de l'Hépatite B
AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra Utérine
AVC	:	Accident Vasculaire Cérébral
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CHD-OP	:	Centre Hospitalier Départemental Ouémé Plateau
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CHU-MEL	:	Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de
CMV	:	Cytomégalovirus
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA
CPN	:	Consultation Prénatale
CPS	:	Centre de Promotion Sociale
CS/ZS	:	Comité de Santé de la Zone Sanitaire
CSA	:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCom	:	Centre de Santé Communal
CUGO	:	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
CVO	:	Crise Vaso-Occlusive
Dr.	:	Docteur
ECG	:	Electrocardiogramme
EP	:	Embolie Pulmonaire
FCS	:	Fausse Couche Spontanée
GR	:	Globule Rouge
Hb	:	Hémoglobine
HIA	:	Hôpital d'Instruction des Armées
HPPI	:	Hémorragie du Post Partum Immédiat
HRP	:	Hématome Retro Placentaire
HTA	:	Hypertension Artérielle

HZ	:	Hôpital de Zone l'Enfant Lagune
MAP	:	Menace d'Accouchement Prématuré
MFIU	:	Mort Fœtale In Utéro
OAP	:	Œdème Aigu des Poumons
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	:	Prise en Charge
RCF	:	Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU	:	Retard de Croissance Intra Utérin
RMM	:	Ratio de la Mortalité Maternelle
RPM	:	Rupture Prématurée des Membranes
SA		Semaine d'Aménorrhée
SDC	:	Suites De Couches
SFA	:	Souffrance Fœtale Aigue
SFC	:	Souffrance Fœtale Chronique
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UI	:	Unité Internationale
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux et figures

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Classification des pathologies en fonctions du degré d'urgence..... 46
Tableau II: Répartition des patientes référées au CHUMEL en fonction l'âge en 2021 51
Tableau III: Répartition selon la profession et la situation matrimoniale des patientes référées au CHU-MEL en 2021 52
Tableau IV: Répartition des patientes référées au CHU-MEL selon l'ethnie, le niveau d'instruction et le revenu mensuel en 2021 54
Tableau V : Répartition des patientes référées selon les antécédents obstétricaux au CHU-MEL en 2021 56
Tableau VI: Répartition des patientes référées selon le terme de la grossesse au CHU-MEL en 2021 57
Tableau VII: Répartition des patientes référées selon le type et le niveau de formation sanitaire et le département de provenance au CHU-MEL en 2021 59
Tableau VIII: Répartition des patientes référées en fonction du délai avant l'admission au CHU-MEL en 2021 60
Tableau IX: Répartition des patientes référées selon la distance entre le centre de référence et le CHU-MEL 60
Tableau X: Répartition des agents référents en fonction leur qualification 61
Tableau XI: Répartition des formations sanitaires ayant donné l'alerte avant la référence au CHU-MEL en 2021 61
Tableau XII: Répartition des alertes en fonction de la qualification de l'agent référent 62
Tableau XIII: Répartition des patientes référées selon le type de moyens de transport au CHU-MEL en 2021 63

Tableau XIV: Répartition des patientes référées avec ambulance en fonction du type de formation sanitaire au CHU-MEL en 2021. . 63
Tableau XV: Répartition des soignants au cours du transfert des patientes par ambulance 64
Tableau XVI: Qualité du remplissage des fiches référence en fonction du centre de provenance..... 65
Tableau XVII: Répartition des formations sanitaires en fonction de la prise de l'abord veineux avant la référence au CHU-MEL en 2021..... 66
Tableau XVIII: Répartition des patientes référées selon les soins avant la référence au CHU-MEL en 2021..... 69
Tableau XIX: Répartition des référées selon la qualification de l'agent du premier contact au CHU-MEL en 2021..... 70
Tableau XX: Répartition des patientes référées en fonction de l'exploitation du support de référence et de leur état clinique à l'admission au CHU-MEL en 2021..... 72
Tableau XXI: Répartition des patientes référées en fonction des constantes prises à l'admission au CHU-MEL en 2021..... 73
Tableau XXII: Répartition des patientes référées selon les pathologies du premier trimestre et du deuxième trimestre au CHU-MEL en 2021..... 74
Tableau XXIII: Répartition des référées selon les pathologies du Troisième trimestre et du post-partum au CHU-MEL en 2021. 76
Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la disponibilité du kit d'urgence et le retard dans les premiers soins au CHU-MEL en 2021 77
Tableau XXV: Répartition des patientes référées selon les raisons de retard de premiers soins liées à la patiente et selon raisons de retard d'offre de soins liées CHU MEL en 2021 78

Tableau XXVI: Répartition des patientes référées selon les complications après prise en charge au CHU-MEL en 2021 79
Tableau XXVII: Répartition des patientes référées selon le nombre de jour d'hospitalisation au CHU-MEL en 2021 80
Tableau XXVIII: Répartition des décès maternels en fonction des causes au CHU-MEL en 2021 80
Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance 81
Tableau XXX: Répartition des patientes référées selon les critères de qualité de la prise en charge des pathologies du premier trimestre au CHU-MEL en 2021 82
Tableau XXXI: Répartition des patientes référées selon les critères de prise en charge des pathologies du deuxième trimestre au CHU-MEL en 2021 83
Tableau XXXII: Répartition des patientes référées selon les critères de prise en charge des pathologies du troisième trimestre au CHU-MEL en 2021 84
Tableau XXXIII: Répartition de l'âge selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 87
Tableau XXXIV: Répartition de la profession selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 88
Tableau XXXV: Répartition de la situation matrimoniale selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 89
Tableau XXXVI: Répartition de la religion selon la qualité de la référence CHU-MEL en 2021 89
Tableau XXXVII: Répartition du niveau d'instruction selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 90
Tableau XXXVIII: Répartition du type de formation sanitaire en fonction de la de la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 91

Tableau XXXIX: Répartition du niveau de formation sanitaire selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 92
Tableau XL: Répartition du terme de la grossesse sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 93
Tableau XLI: Répartition de la qualification de l'agent référent en fonction de la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021. 93
Tableau XLII: Répartition de l'état du nouveau-né selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 94

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel : qualité des pratiques professionnelles en matière de référence et contre référence des urgences obstétricales 7
Figure 2 : Diagramme de flux des admissions aux urgences de CHU-MEL en 2021 50
Figure 3 : Répartition selon la religion des patientes référées au CHU-MEL en 2021 53
Figure 4: Les antécédents médicaux et chirurgicaux des patientes référées au CH-MEL en 2021 55
Figure 5 : Répartition des patientes référées en fonction des examens prénataux réalisés au CHU-MEL en 2021 57
Figure 6: Répartition des patientes référées au CHU-MEL en 2021 selon les pathologies survenues au cours de la grossesse 58
Figure 7 Répartition des patientes référées en fonction des motifs liés aux difficultés d'organisation des centres 67
Figure 8: Répartition des patientes référées en fonction des motifs de référence liés à la patiente 68

Figure 9 : Qualité de la référence des urgences obstétricales des patientes admises au CHU-MEL en 2021……71
Figure 10 : Score de qualité prise en charge des pathologies des patientes référées au CHU-MEL en 2021……85
Figure 11: Les composantes de la qualité des pratiques professionnelles en matière de contre référence au CHU-MEL en 2021……86

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

SOMMAIRE

Introduction 1

1. Généralités 8

2. Cadre et méthodes d'étude 35

3. Résultats 49

4. Discussion 96

CONCLUSION 116

SUGGESTIONS 117

Références 120

Annexes ..... A

Table des matières ..... B

Introduction

Une grossesse, bien suivie aboutit à une naissance vivante et constitue un critère de valorisation de la femme. Cependant, pour certaines femmes, l'issue de la grossesse peut être fatale. Le décès maternel est défini comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 42 jours après sa terminaison quelle que soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque jour 1500 femmes meurent de complications liées à la grossesse [1]. En 2017 dans le monde 295 000 femmes sont mortes à la suite des complications de la grossesse, lors de l'accouchement ou dans les jours qui ont suivi l'accouchement [2]. Depuis 1990, le nombre de décès maternel n'a pas baissé de façon significative. Aujourd'hui presque tous les décès maternels (99 %) surviennent dans les pays en développement dont 62 % en Afrique sub saharienne [4]. Le taux de mortalité maternelle a atteint en moyenne 10 pour 100 000 NV dans les pays développés contre 415 pour 100 000 NV dans les pays en développement [2]. L'Afrique sub saharienne est la région du monde où la mortalité maternelle est la plus forte avec 510 décès pour 100 000 NV [3]. Les trois pays où le taux de mortalité était extrêmement élevé et supérieur 1000 décès pour 100 000 NV en 2017, se trouvaient en Afrique au sud du Sahara. Il s'agissait du Tchad, de la Sierra Léone et du Sud Soudan [2].

Au Bénin, le ratio de la mortalité maternelle est passé de 498 pour 100 000 NV en 1996 à 397 en 2006 et à 391 en 2017 [5]. Le nombre absolu de décès maternel n'a pas changé entre 1996 et 2017 soit environ 1500 décès chaque année. Il a été conclu qu'entre 1990 et 2017 le Bénin n'a pas fait beaucoup de progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle [5].

Les principales causes de décès sont les hémorragies du post partum (29,6%), l'éclampsie (22,2%), l'avortement provoqué (13%), l'infection sévère (11%), la

rupture utérine (7,1%), l'hémorragie anté partum (7,1%), le travail prolongé (5,9%), la grossesse extra utérine (2,9%) [1].

Mais il est reconnu aujourd'hui que le principal déterminant des décès maternels et néonatals est la faible capacité du système de santé à offrir des soins maternels de qualité et à prendre en charge les complications obstétricales. Cette faible capacité du système de santé se traduit par trois retards que sont :

- Le retard dans la prise de décision de recourir au service de santé,
- Le retard dans l'acheminement de la gestante vers le service de santé approprié,
- Le retard dans la prise en charge adéquate de la femme enceinte présentant une complication dès son admission dans les services de santé de référence.

Selon PERRIN R.X et coll 70 à 90% des décès maternels enregistrés dans les formations hospitalières proviennent des patientes évacuées des formations sanitaires périphériques [6].

En vue de contribuer, de manière significative à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle, l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services fournis par les centres hospitaliers devient une nécessité. En 2000, à l'instar des autres pays de l'Afrique de l'Ouest, le Bénin a souscrit aux recommandations internationales en renforçant son système de référence obstétricale. La maternité du CHU-MEL s'est engagée pour un système de référence performant et a décidé de l'implémenter. Ainsi, toute référence qui sera faite sur le CHU-MEL le sera dans les conditions optimales.

Dans la mise en œuvre de cette stratégie, le CHU-MEL est confronté à certaines difficultés. Selon HOUNKPATIN et coll en 2002, l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de référence au CHU-MEL de Cotonou a montré que les pratiques étaient de mauvaise qualité. La préparation de la référence était

mauvaise dans 70% des cas, la fiche de référence standardisée n'est pas utilisée dans 56% des cas [7]. La gestion efficace de la contre référence reste un défi.

Des efforts ont été consentis pour la correction de ces dysfonctionnements. Mais tous ces efforts ont-ils amélioré la qualité de la référence ? Les femmes sont-elles référées dans de meilleures conditions ?

Cette problématique en lien avec la référence et la contre référence des urgences obstétricales mérite d'être réexaminée au CHU-MEL de Cotonou. C'est ce qui justifie le choix de ce thème dans le cadre de notre thèse de doctorat d'Etat en Médecine.

PROBLEMATIQUE DES REFERENCES ET CONTRE REFERENCE AU BENIN

Le système de référence et de contre référence soufre de nombreuses insuffisances malgré les efforts que fournissent le gouvernement du Bénin à travers le ministère de la santé. Les dysfonctionnements sont constatés dans les deux sens du système. Selon une étude réalisée en 2017 sur la référence et contre référence des urgences obstétricales à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM de Cotonou, sur 129 centres de santé référents visités, seulement 36,8% disposaient de moyens de transport médicalisé, 40% étaient référées sans fiches de référence et 50,5% étaient reçues sans abord veineux [9]. En 2018, selon une autre étude toujours à la CUGO, 64% des admissions étaient des référées et 37,2% des patientes référées étaient transportées par des engins à deux roues. La CUGO a été alertée dans 20% des cas. Le délai d'évacuation était supérieur à 2 heures dans 20 % des cas [10]. Dans les départements de l'Ouémé et du Plateau au Bénin, ALI O.R et coll ont trouvé qu'en matière de référence que le transport était non médicalisé chez 95,1% des femmes référées, et seulement 42,2% avaient un abord veineux [11]. A Parakou au Bénin en 2013, TCHAOU B.A. et coll ont fait les mêmes contacts. En effet, seulement 2,2% des cas référées ont bénéficié

d'un transport médicalisé, l'alerte était effective dans 21% des cas et 4,5% cas référés avaient été accompagnés d'un agent de santé. Un abord veineux de sécurité était disponible que chez 7,8% des femmes [8].

En ce qui concerne la contre référence, elle n'était pas vraiment effective à la CUGO. En effet la réception de la lettre de rétro-information avait été confirmée dans seulement 19 % des cas bien que les lettres de contre référence aient été envoyées dans 76,5% selon DJIDONOU [9]. L'étude de TOHOUENOU sur les références obstétricales à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) en 2012, révélait que 80% des décès maternels étaient des patientes référées [12]. Ces auteurs expliquent cet état de choses par les mauvaises conditions de référence qui représentaient ainsi un facteur péjoratif du pronostic maternel.

L'un des objectifs du ministère de la santé à travers le Plan Opérationnel de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin (PO-RMMN 2018-2022) est de réduire au plan national d'ici à 2022, le ratio de mortalité maternelle de 347 à 250 décès pour cent mille naissances vivantes [1].

Le rôle des acteurs de la santé dans l'atteinte de cet objectif est déterminant surtout en matière de la référence et contre référence au Bénin en général et dans les grandes maternités comme le CHU-MEL de Cotonou. C'est la principale motivation pour le choix de ce sujet, dans le cadre de notre soutenance de thèse de Doctorat d'Etat en Médecine au Bénin et dans le but d'apprécier la qualité des interventions professionnelles en matière de la référence et contre référence au CHUMEL de Cotonou.

- **Hypothèse**

La qualité des pratiques professionnelles en lien avec la référence et contre référence pour les urgences obstétricales admises au CHU-MEL est bonne.

➢ Objectifs

✓ Objectif général

Evaluer les pratiques professionnelles en matière des références et contre références au CHU-MEL de Cotonou en 2021

✓ Objectifs spécifiques

- Mesurer la fréquence des urgences obstétricales admises à la maternité du CHU-MEL de Cotonou en 2021
- Déterminer les caractéristiques socio démographiques, cliniques et le pronostic des patientes référées à la maternité du CHU-MEL de Cotonou
- Apprécier la qualité des pratiques professionnelles en matière des références et contre références à la maternité du CHU-MEL de Cotonou en 2021
- Identifier les facteurs associés la qualité des pratiques professionnelles en matière de référence à la maternité du CHU-MEL de Cotonou en 2021

✓ Résultats attendus

- La fréquence des urgences obstétricales admises à la maternité du CHU-MEL de Cotonou en 2021 est mesurée.
- Les caractéristiques socio démographiques, cliniques et pronostiques des cas référés à la maternité du CHU-MEL de Cotonou sont connues.
- La qualité des pratiques professionnelles en matière des références et contre références dans les centres de référence et à la maternité du CHU-MEL de Cotonou est appréciée.
- Les facteurs associés à la qualité du système de références et contre références dans les centres périphériques et à la maternité du CHU-MEL de Cotonou sont identifiés.

Cadre conceptuel

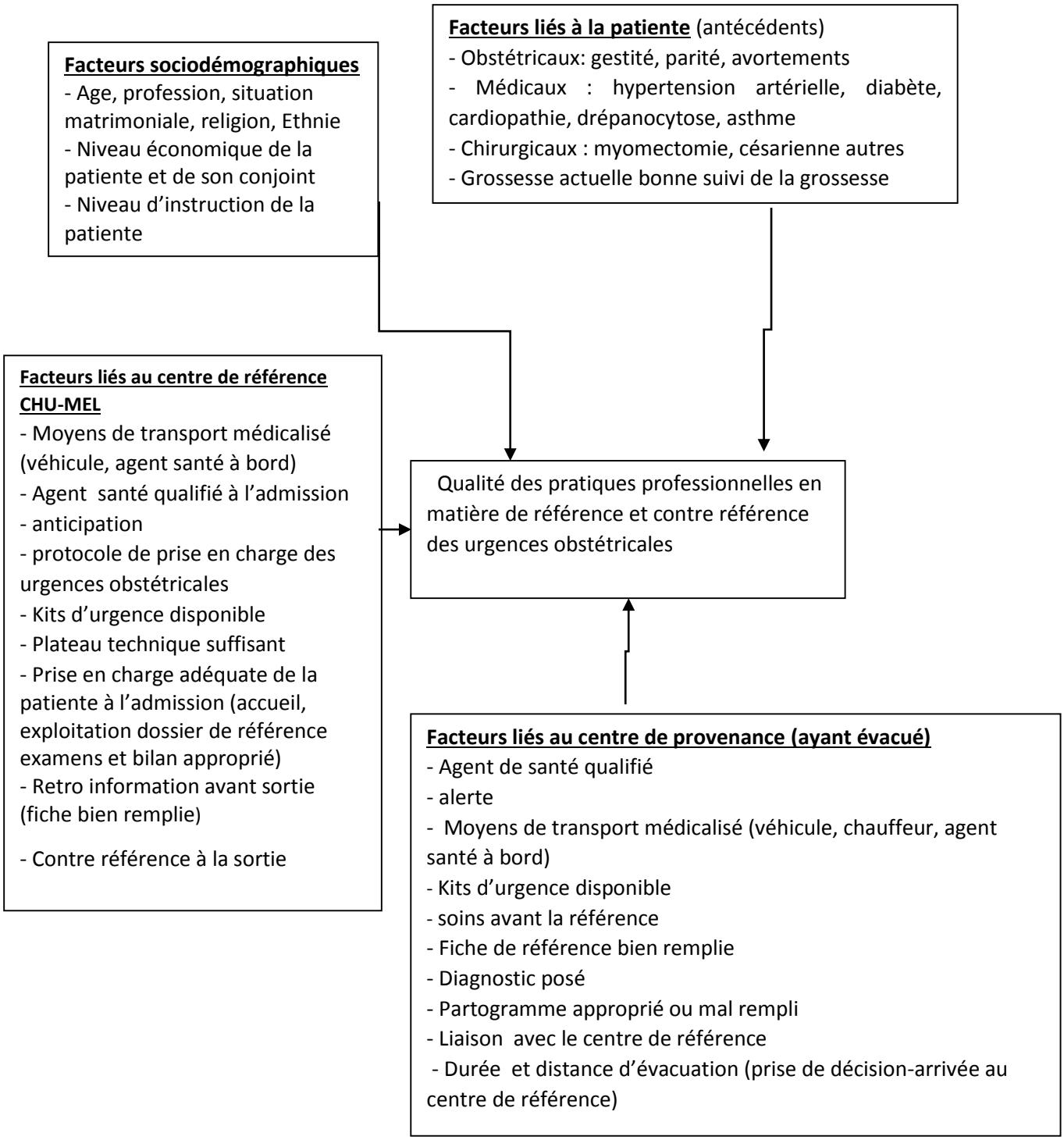


Figure 1: Qualité des pratiques professionnelles en matière de référence et contre référence des urgences obstétricales

1. Généralités

1.1 Définition des concepts

- **Référence**: c'est un mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée [6].
- **Evacuation**: c'est une référence réalisée dans un contexte d'urgence [6].
- **Système de référence**: c'est ensemble des dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge [6].
- **Contre référence**: c'est le processus mis en place pour assurer la retro information d'un centre de santé ayant reçu un malade pour des soins plus spécifiques vers le centre de santé ayant adressé le malade. La fiche de retro information doit évoquer la genèse du transfert, le diagnostic retenu, les soins reçus, la suite du traitement et les recommandations par rapport aux insuffisances relevées lors de la prise en charge au niveau de la structure périphérique [13].
- **Retro information**: c'est la réponse de la structure de référence à la formation sanitaire qui lui a adressé la patiente [6].
- **Urgences obstétricales:** ce sont les pathologies développées au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches jusqu'au 42^{e} jour après accouchement dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme [8].

1.2 Epidémiologie de la mortalité maternelle dans le monde et référence obstétricale

Le taux de mortalité maternelle varie d'une région du monde à l'autre et de grandes disparités existent entre les pays industrialisés et les pays en développement. Ils sont environ 100 fois plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés [14].

Pour l'année 2017, on a estimé à 295 000 le nombre de décès maternels dans le monde dont 196 000 en Afrique subsaharienne, 58 000 en Asie du Sud, 7700 en Amérique latine et les Caraïbes et 740 en Europe [2].

Selon une étude réalisée en 2010 au CHU Benin city au Nigéria, sur 3681 parturientes, le nombre de décès maternel était de 84 soit 2282 pour 100.000 naissances vivantes contre 2356 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 et 2221 en 2006, une variation non significative. Les complications liées au VIH-SIDA sont les premières causes de décès maternels (20,22%) suivie d'éclampsie (12,4%), infections du post-partum (11,9%), complications d'avortement (9,5%) et les hémorragies du post-partum (4,8%) [15]. Sur les 84 femmes décédées selon la même étude, 78 (92,9%) étaient des cas référés, parmi celles-ci (62,8%) étaient référés des centres de santé privés [15].

En Guinée, selon l'enquête par grappe à indicateur multiples (MICS) réalisée en 2016, la mortalité maternelle était de 550 pour 100.000 naissances vivantes [16]. Une étude réalisée sur la référence en 2018 à la maternité de référence de l'hôpital Ignace Deen de Conakry, sur 560 femmes référées 40 étaient décédées soit une létalité obstétricale de 7,1%. Les principales causes de décès sont les hémorragies (24 cas), l'éclampsie (8 cas), œdème aigu du poumon (4 cas) et les infections (4 cas) [17].

Au Mali plusieurs travaux ont été consacrés à la mortalité maternelle. Selon l'enquête démographique et de santé réalisée en 2018 son taux est de 325 pour 100.000 naissances vivantes [18].

Au Bénin, selon une étude réalisée par TSHABU AGUEMON et coll sur la mortalité maternelle et périnatale liée aux références obstétricales à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2011, sur 2755 admissions aux urgences, 30,38% sont des cas référés. Il a été noté 29 décès maternels soit 4,55% des cas dont 19 (65,52%) provenant des centres de santé privés et 10 (34,48%) des centres de santé publiques. Parmi les femmes décédées 41,38% étaient des primipares

41,38% des paucipares et 17,24% des multipares. Les hémorragies étaient notées dans 119 cas (18,71%), les dystocies dans 119 cas (18,71%), le syndrome vasculo-rénal dans 138 cas (21,69%) et les pathologies fœtales (souffrances fœtales, mort fœtale, infection ovulaire) dans 116 cas (18,23%) [19].

1.3 Motifs de référence

1.3.1 Les urgences obstétricales

Les principales urgences obstétricales sont les syndromes vasculo-rénaux, les hémorragies, les dystocies, les anomalies de l'accouchement, les infections, la rupture prématurée des membranes et les pathologies intercurrentes de la grossesse (anémie et paludisme)

1.3.1.1 Les syndromes vasculo-rénaux

Sous ce terme on regroupe l'ensemble des états pathologiques de la femme enceinte qui se caractérise par la triade symptomatique où la protéinurie, les œdèmes et l'hypertension artérielle s'associent à des degrés divers [32].

- **L'hypertension artérielle gravidique**

Elle se définit comme l'existence chez une femme enceinte, à partir du 20 SA d'une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmhg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmhg isolée sans protéinurie.

- **La pré-éclampsie** [32,33]

La pré-éclampsie est la survenue d'une hypertension artérielle avec une protéinurie significative et/ou œdèmes des membres inférieurs entre la 20ème semaine d'aménorrhée et les 42 jours de suites de couches sans antécédent d'hypertension artérielle

Le diagnosticpositif d'une pré-éclampsie est clinique et paraclinique. L'hypertension artérielle avec une protéinurie significative (supérieure à 300mg/24h ou supérieure ou égale à deux croix ++ à la bandelette urinaire) et

parfois associée à des œdèmes des membres inférieurs. La pré-eclampsie est sévère lorsque la tension artérielle (TA) est supérieure ou égale à 160/110mmHg et/ou une albuminurie supérieure ou égale à 5g/24h ou la présence des signes de gravité tels que :

- ✓ Une uricémie supérieure à 350 micromole/litre
- ✓ Un retard de croissance intra utérin (RCIU)
- ✓ Les signes fonctionnels d'hypertension artérielle (céphalées en casque, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles)
- ✓ Des douleurs épigastriques en barre ou douleur de l'hypocondre droit (signe de CHAUSSIER) quasi pathognomonique d'un danger imminent
- ✓ Les réflexes ostéotendineux vifs et/ou diffusés
- ✓ Une oligurie avec une diurèse inférieure à 500 millilitres par jour.

➢ **L'éclampsie** [33].

C'est un accident paroxystique des pré-éclampsies sévères à expression neurologique dominante. L'éclampsie est un état convulsif suivi d'un état comateux. Dans les pays industrialisés, sa fréquence est d'environ 50 pour 100 000 naissances, mais elle est responsable de 2 % des morts maternelles en France. Elle survient dans 30 % des cas en post-partum et dans 50 % des cas avant 37 SA. La crise d'éclampsie évolue en quatre étapes comme une crise d'épilepsie :

- ✓ La phase d'invasion (5 à 30 secondes) intéressant la face, le cou et les membres inferieurs
- ✓ La phase tonique (30 secondes) correspondant à une hypertonie généralisée
- ✓ La phase clonique (1 à 2 minutes) ou tous les muscles sont animés de mouvements saccadés
- ✓ La phase d'hébétude : cette phase peut laisser la place à un réel coma en cas de répétition des crises mimant alors un véritable état de mal épileptique.

Contrairement à la crise d'épilepsie, il n'y a habituellement pas de perte d'urine en raison de l'oligurie.

1.3.1.2 Les hémorragies

- **Les hémorragies du premier trimestre**

Ce sont des pertes du sang provenant de la cavité utérine survenant chez la gestante dans les 15 premières semaines d'aménorrhée.

Elles peuvent constituer le signe révélateur d'une complication grave de la grossesse. Une grossesse sur quatre ou cinq saigne au premier trimestre. Parmi ces grossesses qui saignent, 50% s'interrompront spontanément et 50% arriveront à terme avec comme conséquences un taux de mortalité périnatale multiplié par 1,3 à 5 et un taux de prématurité multiplié par 1,2 à 2,3. Dans 25% des grossesses qui saignent, il y a 13% de grossesses évolutives, 11% de grossesses interrompues, 1% de grossesse extra-utérine et 0,1% grossesse molaire [32].

Les principales étiologies sont :

- ✓ **La grossesse extra-utérine**

Définition : c'est l'implantation et le développement d'un œuf en dehors de la cavité utérine, le plus souvent dans les trompes utérines (75%). Les différents sièges de la grossesse extra-utérine :

- Tubaire : ampoule (75%), isthme (20%), pavillon (3-9%), interstice (2%).
- Autres localisations plus rares : ovarienne, cervicale, abdominale, intra-ligamentaire.

Diagnostic

Les éléments en faveur de la grossesse extra-utérine sont le retard des règles, les douleurs pelviennes et les métrorragies. Les signes fonctionnels sont des hémorragies peu abondantes, noirâtres (pertes sépia), trainantes pouvant apparaitre avant la date prévue ou après une aménorrhée ; des douleurs pelviennes latéralisées, sourdes, avec accès plus intenses ; un syncope ou une lipothymie en cas de rupture.

Le toucher vaginal objective un col fermé, un utérus légèrement augmenté de volume, mais plus petit que l'âge de la grossesse, légèrement ramolli et latéro-dévié ; une masse latéro-utérine douloureuse.

A la paraclinique : l'échographie par voie endo-vaginale retrouve un utérus vide, un sac ovulaire typique avec un embryon et une activité cardiaque en dehors de l'utérus, un épanchement dans le douglas ou hémopéritoine si c'est grossesse extra-utérine rompue. La prise en charge thérapeutique peut être médicale ou chirurgicale (par cœlioscopie ou laparotomie) selon les indications.

✓ **L'avortement**

Le diagnostic se fera sur la base des douleurs abdomino-pelviennes intermittentes, rythmées ; un saignement vaginal fait de sang rouge vif et l'aménorrhée. Les stades évolutifs de l'avortement sont : la grossesse intra utérine évolutive, l'avortement inévitable, l'avortement incomplet et l'avortement complet

La grossesse intra-utérine évolutive

Ce stade est évoqué devant un saignement de petite abondance, des douleurs abdomino-pelviennes intermittentes et rythmées ; un col fermé ou peu modifié ; un utérus de taille correspondante au terme ; un test de grossesse positif, une vitalité embryonnaire à l'échographie

L'avortement inévitable

Ce stade est évoqué devant un saignement de moyenne ou de grande abondance provenant de la cavité utérine ; des douleurs abdomino-pelviennes intermittentes et rythmées (de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante) ; un col raccourci et ouvert ; un utérus augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse, ramolli et une absence d'expulsion du produit de conception.

L'avortement incomplet

Les éléments qui composent ce tableau sont un saignement de moyenne ou de grande abondance provenant de la cavité utérine ; des douleurs abdomino-

pelviennes intermittentes et persistantes ; un col raccourci et ouvert ; un utérus augmenté de volume inférieur à l'âge présumé de la grossesse, ramolli ; une expulsion partielle du produit de conception.

Avortement complet

Ce stade est évoqué devant un saignement vaginal d'abondance minime ou insignifiant provenant de la cavité utérine ; des douleurs abdomino-pelviennes peu intenses, un col fermé ; un utérus de consistance plus ou moins ferme, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse ; un utérus vide à l'échographie.

La prise en charge comporte : une aspiration sous contrôle échographique, une prise charge par antibiotique, une prise en charge médico-psycho-sociale ainsi que l'administration de sérum anti-D si la mère est de rhésus négatif.

✓ **Mole hydatiforme**

C'est une dégénérescence trophoblastique de l'œuf avec disparition de l'embryon. La clinique est marquée par des signes sympathiques de grossesses.

Au spéculum, on peut parfois visualiser des vésicules môlaires. Au toucher vaginal, on retrouve un utérus plus gros pour le terme de la grossesse, de gros kystes ovariens perçus dans les culs de sac vaginaux. A l'échographie, en intra-utérin on trouve des images floconneuses sans embryon et les kystes ovariens. Les β-HCG sont très augmentés (200 000 - 400 000UI/ml).

Le traitement est chirurgical : aspiration sous contrôle échographique puis surveillance de la bonne décroissance des β-HCG pendant au moins un an après le retour à la normale.

➢ **Les hémorragies du troisième trimestre**

Ce sont les hémorragies ou pertes de sang d'origine endo-utérine qui surviennent chez la femme enceinte, à partir de la 28ème semaine d'aménorrhée jusqu'à l'accouchement. Les principales causes des hémorragies du troisième trimestre

sont le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire. La rupture utérine est rare mais elle est à évoquer du fait de sa gravité.

✓ **Placenta praevia**

Définition : c'est une insertion anormale (partielle ou totale) du placenta sur le segment inférieur de l'utérus avec manifestations hémorragiques. Les classifications sont d'ordres anatomique, clinique et échographique.

La classification échographique : c'est la classification de BESSIS

Placentas bas insérés antérieurs :

Type I : la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie ;

Type II : la limite inférieure atteint les deux tiers supérieure de la vessie ;

Type III : la limite inférieure atteint le col utérin ;

Type IV : la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est-à-dire atteint la face postérieure de l'utérus

Placentas bas insérés postérieurs :

Type I : la limite inférieure du placenta se situe à moins de 4cm en arrière du col de l'utérus

Type II : la limite inférieure du placenta atteint le col utérin

Type III : la limite inférieure du placenta atteint le tiers inférieur de la vessie

Type IV : la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.

Diagnostic : la pathologie est suspectée chez une multipare qui présente une hémorragie de survenue brutale, inopinée et indolore faite de sang rouge vif, incoagulable, provenant de la cavité utérine, souvent récidivante, parfois déclenchée par les contractions utérines, les rapports sexuels ou le toucher vaginal. L'échographie obstétricale permet d'objectiver un placenta bas inséré dont il faut préciser le type.

Prise en charge thérapeutique

Mesures générales

- Prendre une voie veineuse avec un cathéter G16 ou G18
- Démarrer un Ringer lactate ou un sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique
- Mettre en place une sonde vésicale à demeure
- Surveiller, noter et contrôler les signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, température, état de conscience) toutes les 15min.

Mesures obstétricales

Pendant la grossesse

Hémorragie abondante

- Si l'hémorragie continue, pratiquer la césarienne sans tenir compte de l'âge gestationnel.
- Si arrêt de l'hémorragie, surveiller l'évolution de la grossesse ; en cas de reprise, pratiquer la césarienne.

Hémorragie minime

- Hospitaliser la patiente et surveiller l'évolution de la grossesse jusqu'à la survenue de l'accouchement ;
- Corriger l'anémie si nécessaire ;
- S'assurer de la disponibilité des produits sanguins au cas où une transfusion serait nécessaire.

Pendant le travail

Hémorragie abondante

- Si la poche des eaux est rompue ou membranes non accessibles : pratiquer la césarienne
- Si poches des eaux accessible : rompre les membranes
- Si après la rupture des membranes, il y a arrêt de l'hémorragie, alors surveiller le travail à l'aide du partogramme

- Si l'hémorragie persiste, pratiquer la césarienne.

Hémorragie minime

- Si le placenta est recouvrant : pratiquer la césarienne.
- Si le placenta est non recouvrant : rompre la poche des eaux.

✓ **Hématome rétro-placentaire**

Définition : c'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré avec constitution d'un hématome entre la paroi utérine et le placenta, survenant avant la sortie du fœtus.

Classification

Selon la classification de SHER on distingue :

Grade I : asymptomatique ou métrorragies apparemment isolées,

Grade II : symptomatologie clinique plus complète avec fœtus vivant

Grade III : fœtus mort

Grade IIIA : pas de troubles de la coagulation

Grade IIIB : avec troubles de la coagulation

Diagnostic : l'hématome rétro-placentaire survient dans un contexte fréquent de maladie hypertensive. Le diagnostic est évoqué devant l'apparition brutale d'une douleur abdominale en coup de poignard, une douleur utérine intense persistante, à irradiation lombaire et saignement peu abondant de sang noirâtre d'origine endo-utérine. A ces derniers s'associent des contractures utérines dite « utérus de bois », des contractures du segment inférieur (sébile de bois), une augmentation brutale de la hauteur utérine et une altération des bruits du cœur fœtal. La pâleur des conjonctives et des muqueuses et des signes de choc sont souvent présents. Le diagnostic d'un hématome rétro-placentaire est avant tout clinique, les examens complémentaires ne doivent pas retarder la prise en charge thérapeutique.

Prise en charge thérapeutique

Mesures générales

- Prendre une voie veineuse avec un cathéter G16 ou G18
- Démarrer un Ringer lactate ou un sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique
- Mettre en place une sonde vésicale à demeure
- Evaluer la qualité de la coagulation sanguine en réalisant un test de la coagulation au lit de la patiente.
- Surveiller, noter et contrôler les signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, température, état de conscience) toutes les 15min.

Mesures obstétricales

Si le fœtus est vivant: pratiquer la césarienne sauf si le travail est avancé (dilatation complète, présentation engagée).

Si le fœtus est mort :

- Etat hémodynamique instable : stabiliser et pratiquer une césarienne ;
- Etat hémodynamique stable : pratiquer une rupture artificielle des membranes puis Péthidine 1mg/kg IM et diriger l'accouchement. Si au bout de 2h il n'y a pas d'évolution, pratiquer la césarienne.

✓ **La Rupture utérine**

Définition : solution de continuité siégeant au niveau de l'utérus survenant généralement au cours du travail d'accouchement.

Diagnostic : La phase de pré-rupture utérine est caractérisée par la triade de Bandl Frommel :

- contractions utérines subintrantes (contractions utérines très fréquentes avec mauvais relâchement interphasaire)
- déformation de l'utérus en bissac ou en sablier par un anneau de rétraction
- tension douloureuse des ligaments ronds.

La phase de rupture proprement dite est caractérisée par une forte douleur abdominale d'apparition brutale en coup de poignard, un saignement vaginal provenant de la cavité utérine d'abondance variable au cours du travail et de l'accouchement, une disparition des mouvements fœtaux et des bruits du cœur fœtal.

✓ **Les hémorragies du post-partum : [8]**

Ce sont des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml pendant ou immédiatement après la délivrance lors d'un accouchement par voie naturelle ou supérieure ou égale à 1000 ml en cas de césarienne. Le diagnostic est clinique et le traitement dépend de l'étiologie de l'hémorragie.

➢ **Les dystocies dynamiques**

Définition : les dystocies dynamiques regroupent l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col pendant le travail.

Etude clinique des dystocies dynamiques

Le diagnostic est fait, en cours du travail selon les trois symptômes : des anomalies de la contractilité utérines, des anomalies de la dilatation du col et la non progression du mobile fœtal à dilatation complète. Il va en résulter une prolongation anormale de la phase de latence, une prolongation anormale de la phase active et de la phase d'expulsion.

✓ **Dystocie de démarrage**

Définition : selon l'OMS elle correspond à une phase de latence de durée supérieure à 8h. Sur le plan clinique, elle correspond à la présence de contractions utérines douloureuses, régulières (espacées de plus de 5min, tendant à se rapprocher, de plus en plus intense, augmentées par la marche), n'ayant pas ou peu d'effets sur la dilatation du col utérin.

Etiologie :

Elle n'est pas connue. Il pourrait s'agir de :

- anomalie corporéale due à une incoordination contractile au sein du myomètre

- résistance importante du bloc cervical
- soit les deux.

Anomalies de la contractilité utérine

Elles regroupent l'hypocinésie, l'hypercinésie et l'hypertonie.

Hypocinésie : c'est la diminution de l'intensité, de la durée ou la fréquence des contractions utérines. Elle représente 50% des anomalies de la dilatation. Les étiologies sont primitives et secondaires. Les étiologies primitives sont la multiparité, les malformations utérines, les fibromes. La surdistension utérine (grossesse gémellaire, hydramnios, macrosomie), disproportion foeto-pelvienne, obstacle prævia sont entre autres les causes secondaires.

Hypercinésie : elle se traduit par une augmentation de l'intensité de la durée et de la fréquence des contractions utérines. Les principales étiologies sont l'excès d'ocytociques, la disproportion foeto-pelvienne, les infections ovulaires (chorioamniotite) et l'hématome rétro placentaire.

Hypertonie : elle est définie par un tonus de base supérieur à 20 mmHg. Les hypertonies sont les plus fréquemment consécutives à une hypercinésie non ou mal traitée. Les causes iatrogènes sont l'abus d'ocytocique, de prostaglandines.

Anomalies de la dilatation cervicale

Il existe deux types d'anomalies de la dilatation cervicale : l'arrêt de la dilatation ou stagnation de la dilatation et la dilatation lente ou phase active prolongée

La stagnation : elle se définit comme un arrêt de la dilatation pendant au moins deux heures. Pour parler de stagnation il faut avoir deux éléments à savoir un début de dilatation cervicale puis un arrêt de dilatation de deux heures. La stagnation de la dilatation traduit une dystocie cervicale ou mécanique.

La dilatation lente ou phase active trainante : le travail traine en durée sans qu'un phénomène anormal annexe ne soit retrouvé. Sans traitement, le travail se ferait quand même spontanément mais avec une fatigue maternelle importante,

une souffrance fœtale ou un risque infectieux si l'ouverture de l'œuf est prolongée.

- **Les anomalies de l'accouchement**

Les anomalies de l'accouchement les plus souvent rencontrées en matière d'urgences obstétricales sont ; la souffrance fœtale aigue et la procidence du cordon

- ✓ **Souffrance fœtale aigue**

La souffrance fœtale résulte de la diminution soit brutale ou progressive et permanente de la perfusion sanguine y compris l'apport de l'oxygène de l'organisme fœtal. Il y a souffrance fœtale chaque fois que, à la suite d'agressions diverses, les métabolismes tissulaires du fœtus ne sont plus normalement assurés, essentiellement lorsque l'apport de l'oxygène est insuffisant. Lorsqu'elle survient au cours de travail d'accouchement, elle est dite aigue et est très grave car les anomalies sont irréparables même lorsqu'elles sont minimes.

Le diagnostic est clinique et paraclinique. A la clinique l'interrogatoire permet de préciser la perte du liquide amniotique verdâtre, la durée trop longue du travail d'accouchement. A l'examen physique, la souffrance fœtale peut être suspectée devant deux signes : le liquide amniotique teinté de méconium : purée de pois, les modifications des bruits du cœur fœtal.

L'amnioscopie est un examen complémentaire permettant de préciser la coloration du liquide amniotique avant la rupture des membranes. C'est un examen à faire au début du travail de tout accouchement comportant un risque pour le fœtus.

Le diagnostic établi, la prise en charge doit être immédiate passant par le décubitus latéral gauche, l'oxygénation de la mère, les substances inhibitrices des contractions utérines jusqu'à l'extraction du fœtus par voie haute ou basse.

✓ **La procidence du cordon**

La procidence du cordon est accident qui peut survenir à la rupture des poches des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue la plus grave des déplacements du cordon par le risque de mort qu'elle fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que les cordons non battant ne signifient pas obligatoirement la morts du fœtus.

➢ **Les infections**

Les infections les plus fréquentes sont : l'endométrite, la pelvipéritonite, la rétention infectée du post-partum ou du post-abortum.

✓ **L'endométrite**

L'endométrite est l'infection de l'endomètre de l'utérus. Elle débute au quatrième jour qui suit l'accouchement. Des signes généraux apparaissent à savoir : céphalées, fatigue, fièvre. Plus souvent les lochies deviennent fétides, quelques fois purulentes. L'involution utérine surtout se fait mal. L'utérus reste gros, mou, douloureux à la pression. Mal ou non traitée, elle peut évoluer vers la septicémie.

✓ **La pelvipéritonite**

La pelvipéritonite est l'inflammation de la cavité péritonéale localisée au pelvis. Le syndrome apparait quelques jours après l'acte invasif au niveau de la cavité utérine. Nausées, vomissements, arrêt du transit intestinal expriment l'irritation péritonéale. Elévation thermique, accélération du pouls, leucocytose expriment l'infection. Mais à l'examen, les signes sont localisés à la partie basse de l'abdomen. La douleur provoquée et la défense pariétale ne siègent qu'au-dessous de l'ombilic. Au toucher, l'utérus est comme bloqué; toute tentative de mobilisation réveille une douleur vive. Les culs-de-sac latéraux et le Douglas sont le siège d'un empâtement diffus et d'une douleur provoquée. Spontanément, et mieux encore après traitement, la pelvipéritonite évolue souvent vers la résolution et la guérison. Mais elle peut être le stade initial de diverses complications.

✓ **La chorioamniotite**

La chorioamniotite est l'infection de la cavité amniotique et des membranes. Elle est le plus souvent secondaire à une rupture prématurée des membranes. Elle réalise un tableau de menace d'accouchement prématuré fébrile avec des douleurs abdominales intenses et diffuses. Le liquide amniotique est sale, teinté, voire purulent. Le monitoring peut montrer une tachycardie fœtale, des anomalies du rythme cardiaque fœtal. Il s'agit d'une urgence obstétricale. Le traitement passe par une antibiothérapie par voie parentérale intraveineuse par exemple de l'amoxicilline, et une extraction fœtale en urgence par césarienne

✓ **La rétention infectée du post abortum ou du post partum**

Elle survient après une évacuation incomplète. Il y a apparition d'une fièvre de 38° à 38,5°C, de pertes à la fois sanglantes et purulentes, fétides, de béance du col. Ce sont les signes de la présence de débris septiques parfois putréfiés. L'évacuation utérine est nécessaire. Mais elle gagne à être précédée d'un traitement antibiotique et antitétanique, après réduction de la fièvre.

➢ **La rupture prématurée des membranes**

La rupture des membranes, sur le plan anatomique, est une solution de continuité qui apparaît au niveau de l'amnios et du chorion, mettant en communication la cavité amniotique avec le milieu extérieur. Sur le plan chronologique, elle est dite prématurée, lorsqu'elle se produit avant tout début du travail d'accouchement.

La symptomatologie se résume en un signe : l'écoulement par la vulve du liquide amniotique, d'où l'ancien nom d'hydrorrhée amniotique donné à cet accident. L'écoulement apparaît tout d'un coup. Il est d'abord abondant, de 300g environ, puis se continue de façon permanente. Il augmente avec les changements de position de la femme et au moment du toucher, surtout si le doigt mobilise la présentation. Le liquide est incolore ou opalescent comme une eau légèrement savonneuse, d'odeur sui generis, non poisseux. Au voisinage du terme il faut

envisager un déclenchement du travail, mais en donnant un délai de 48 heures, au cours duquel un traitement antibiotique par voie générale sera institué.

- **Les maladies intercurrentes de la grossesse**

L'anémie et le paludisme constituent les pathologies graves couramment rencontrées au cours de la grossesse.

✓ **L'anémie**

L'anémie gravidique est définie par une concentration en hémoglobine inférieure à 10 grammes par décilitre. Néanmoins, toute patiente qui présente une concentration en hémoglobine inférieure à 11-11,5 grammes par décilitre au début de la grossesse doit être traitée comme une patiente anémique, parce que l'hémodilution qui est observée au cours de la grossesse est responsable d'une diminution de la concentration en hémoglobine qui atteint les seuils de l'anémie. Une anémie est observée chez au moins 80 % des femmes enceintes dans certaines populations. Un traitement reposant sur l'administration de 1 mg d'acide folique 2 fois par jour est conseillé en cas d'anémie mégaloblastique due à un déficit en acide folique. Une anémie mégaloblastique grave peut nécessiter une hospitalisation pour réaliser un myélogramme et un traitement complémentaire. Les anémies peuvent être suffisamment graves pour nécessiter une transfusion.

✓ **Le paludisme**

Le paludisme est une érythrocytopathie fébrile et hémolysante due à la présence et à la multiplication dans l'organisme humain d'une des espèces plasmodiales inféodées à l'homme: *P.falciparum ;P.malariae ;P.vivax ;Ovale*.

Les enfants et les femmes enceintes payent un lourd tribut à la maladie. L'association paludisme et grossesse est fréquente en Afrique : 5 à 30 et même 45% des femmes selon les régions.

- Aspects cliniques du paludisme

- Le paludisme de primo-infection

C'est l'accès palustre survenant pour la première fois sur un terrain « vierge » dans sa forme typique, il évolue en trois phases :

L'incubation : elle dure cinq à dix jours, cliniquement muette,

L'invasion : elle est caractérisée par un tableau clinique d'embarras gastriques fébriles avec fièvre continue à 39° C en plateau et céphalées pulsatiles.

- La phase d'état

Elle comprend trois stades :

Stade de frissons intense avec sensation de froid ;

Stade de chaleur avec une peau brûlante mais sèche avec une fièvre à 40° ;

Stade de sueurs abondantes.

Puis la patiente se sent mieux et ne ressent plus de troubles.

Mais cet épisode fébrile va se reproduire toutes les 48 à 72 heures selon le parasite en cause (fièvre tierce ou fièvre quarte).

Chez la femme en période gravido-puerpérale, ces tableaux cliniques sont toujours alarmants, et la symptomatologie très bruyante en raison de la déficience du terrain. Le pronostic est d'autant plus grave que les perturbations biologiques profondes sont associées et mettent en danger la vie de la mère et de son fœtus.

- Les complications du paludisme sur la grossesse

En absence de traitement, le paludisme complique la grossesse. On distingue : les accouchements prématurés (15%), les avortements (6,5%), les retards de croissance intra-utérins, les morts in utero.

Au 1er trimestre, il peut aggraver les vomissements gravidiques avec risque accru de déshydratation. Pendant l'accouchement, il y a une augmentation du risque d'hémorragie de la délivrance. Dans les suites de couche la résistance aux infections bactériennes est moindre. Chez le nouveau-né il y a un risque de paludisme congénital ou néonatal.

Sous traitement, l'évolution est favorable. Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) se fait avec la sulfadoxine –pyriméthamine (SP) chez toute femme enceinte de plus de 16 semaines d'aménorrhée ou ayant les mouvements actifs du fœtus.

1.3.2 Les difficultés d'organisation de la référence

Les motifs des centres de référents les plus fréquents sont : l'insuffisance du plateau technique/plateau technique inadéquat, défaut de produits sanguins labiles, maque d'agent de santé qualifié.

- **Plateau technique inadéquat**

. Selon l'étude réalisée par DJIDONOU et coll à la CUGO en 2017, sur 200 centres de santé parcourus, 31,0% seulement possédaient un bloc opératoire fonctionnel. La banque de sang n'existait que dans 19 centres sur 200 soit 9,5%. Les produits sanguins n'étaient souvent disponibles que dans 2 centres. Les unités de soins intensifs n'existaient que dans 8,1% des centres et la néonatologie dans 0,6% des centres. 36,3% et 36,4% des centres disposaient respectivement du matériel d'extraction et D'AMIU.

- **Insuffisance d'agent de santé qualifié**

Les ressources humaines qualifiées impliquées dans la santé maternelle et néonatale sont insuffisante. En effet, le ratio d'agents de santé qualifiés pour la santé maternelle et infantile est de 7 pour 10 000 habitants au Bénin contre la norme de 25 pour 10 000 habitants [1]. Selon DJIDONOU et coll, sur 129 centres privés visités, l'intervention d'un gynécologue se faisait dans 28 centres soit un pourcentage de 21,7. Dans le secteur public, les gynécologues intervenaient dans 12 centres sur 71 soit une proportion de 16,9%. Les sagefemmes exerçaient dans 90% des centres.

1.4 Prise en charge des urgences obstétricales

1.4.1 Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Les soins obstétricaux englobent tous les soins apportés aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi que les soins aux nouveau-nés.

Ils visent à prévenir les problèmes de santé pendant la grossesse, à détecter des états anormaux, à apporter l'assistance médicale en cas de besoin et à mettre en place des mesures d'urgences si celles-ci font défaut. Ils sont souvent décrits en termes de soins ''de base'' et de soins ''complets'' qu'un établissement peut offrir à une femme qui présente des complications obstétricales.

Les services de base et les services complets se distinguent par les fonctions capitales indiquées ci-dessous.

- Services de base

✓ Administration parentérale d'antibiotiques
✓ Administration parentérale d'utérotoniques
✓ Administration parentérale d'anticonvulsivants pour la pré-éclampsie et l'éclampsie
✓ Extraction manuelle du placenta
✓ Evacuation utérine (aspiration manuelle intra-utérine, curage ou curetage)
✓ Accouchement par voie basse avec assistance instrumentale (l'utilisation d'une ventouse obstétricale, accouchement par forceps)
✓ Réanimation néonatale de base (utilisation d'un masque)

- Services complets

C'est l'exécution des sept fonctions ci-dessus en plus de :

✓ Transfusion sanguine
✓ Intervention chirurgicale (une césarienne)

Une structure sanitaire dispensant les soins obstétricaux d'urgence de base est un établissement où sont exécutées toutes les sept premières fonctions. Par contre, une structure sanitaire dispensant des soins obstétricaux complets est un établissement où sont exécutées toutes les neuf fonctions.

1.4.2 Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR)

Les mesures de riposte sont basées à la fois sur la prévention et la prise en charge des causes les plus fréquentes des décès maternels.

1.4.2.1 Prévention et prise en charge de l'hémorragie du postpartum

- Utérotoniques en traitement prophylactique pour prévenir l'hémorragie du postpartum
- Prise en charge active de la troisième phase de travail pour prévenir l'hémorragie du postpartum
- Massage utérin
- Utérotoniques
- Délivrance artificielle
- Vêtement antichoc non pneumatique comme mesure temporaire en attendant des soins plus substantiels

1.4.2.2 Prévention et prise en charge de l'hypertension pendant la grossesse

- Supplémentation calcique pendant la grossesse
- Faibles doses d'aspirine pour la prévention de l'éclampsie chez les femmes à haut risque
- Utilisation de médicaments antihypertenseurs pour le traitement des HTA sévères de la grossesse
- Prévention et traitement de l'éclampsie

1.4.2.3 Prévention et prise en charge de la grossesse non désirée

- Conseils et approvisionnement en planning familial : méthodes de barrières, contraceptifs oraux, contraception d'urgence, méthodes hormonales, implants, dispositifs intra-utérins, contraception chirurgicale
- Accès à l'avortement sûr
- Accès aux soins post-abortum

1.4.2.4 Prévention et traitement de l'infection

- Antibiothérapie pour la prise en charge de la rupture prématurée des membranes
- Déclenchement du travail pour la rupture des membranes à terme
- Antibiothérapie prophylactique pour la césarienne

- Détection et prise en charge de l'infection du postpartum

1.4.2.5 Dystocie mécanique et complications associées (infection et hémorragie)

- Césarienne
- Antibiothérapie
- Transfusion sanguine

1.4.2.6 Prévention des causes indirectes des décès maternels

- Fournir les paquets de services essentiels en soins prénatals
- Prévention et prise en charge des IST y compris le VIH et prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)
- Prévention et prise en charge du paludisme pendant la grossesse avec la prophylaxie antipaludéenne et la fourniture et la promotion de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Traitement des cas simples de paludisme
- Traitement des cas compliqués de paludisme
- Soutien social lors de la naissance
- Dépistage et prise en charge des signes/ symptômes de violence domestique et sexuelle
- Prévenir, mesurer et traiter l'anémie maternelle
- Traitement des infections VIH sévères

1.5 Organisation du système de santé au Bénin [21]

1.5.1 Pyramide sanitaire

Le système de santé au Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il compte trois différents niveaux :

Le niveau central ou national est administré par le ministre de la santé qui assure la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement. Dans cette optique il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des projets et programmes de santé. A ce niveau, on retrouve

comme structure de soins le Centre Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), le Centre National de Pneumo-phtisiologie, le Centre National de Psychiatrie et le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (ex Maternité lagune).

Le niveau intermédiaire ou départemental est administré par les directeurs départementaux de santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les hôpitaux départementaux. Les directions départementales sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de tous les services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) constituent les centres de références pour des cas référés des hôpitaux de zone ou par les centres de santé.

Le niveau périphérique : il représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système sanitaire. En effet le territoire national est réparti en 34 zones. Chaque zone dénommée zone sanitaire regroupe un certain nombre de services de santé publique de premier contact (centres de santé et unités villageoises de santé) et des formations sanitaires privées, appuyées par un hôpital de référence (public ou privé) appelé hôpital de zone. La zone sanitaire, est dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion et elle est placée sous la tutelle du Ministère de la santé. Ses organes de gestion sont constitués par le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) ; l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS).

1.5.2. Secteurs publics

Le secteur public désigne les structures étatiques impliquées dans la fourniture des soins. Parmi celles-ci le Ministère de la défense est l'une des plus importantes : il gère l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA), dix centres médico-sociaux et cinq postes médicaux à l'intérieur du pays.

1.5.3 Secteur privé

On distingue

Le secteur privé libéral : il se compose de deux catégories de formation sanitaire, les structures médicotechniques (clinique, polyclinique, cabinet médical généraliste ou spécialisé, cabinet dentaire, cabinet de diagnostic/laboratoire et radiologie) et les formations sanitaires tenues par des paramédicaux infirmiers et sages-femmes (cabinet de soins infirmiers, cliniques d'accouchement eutociques). La présence de cabinet libéral se signale surtout dans le sud du pays notamment en milieux urbain.

Le secteur privé confessionnel et associatif :il est présent depuis près d'une trentaine d'années ; il permet de combler le déficit observé en matière de couverture sanitaire du pays. On remarque qu'en dehors de quelques petits dispensaires tenus depuis toujours par les religieuses, les structures confessionnelles de l'intérieur du pays sont essentiellement hospitalières.

1.6 Organisation du système de références et contre références au Bénin [24]

Le système de référence est un ensemble de dispositions prises pour permettre d'adresser un malade, d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétences pour assurer une meilleure prise en charge. La référence comprend trois éléments :

1.6.1 La préparation de l'urgence obstétricale par le centre qui réfère

Elle englobe deux grands aspects :

- l'existence d'une fiche de transfert dans le dossier de la patiente référée sur laquelle doit être mentionnée la température, la tension artérielle, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal, le toucher vaginal, les premiers soins d'urgences, le type d'agent qui a référé, la cause de la référence et l'existence d'un diagnostic écrit qui accompagne la référée.
- l'alerte du centre de référence le plus souvent par contact téléphonique.

1.6.2 Le mode d'acheminement des patientes référées :

Il englobe trois aspects :

- la disponibilité d'un moyen de transport
- l'accompagnement de la référée par un personnel de santé jusqu'au centre de référence
- les types de soins fournis au cours du transport

1.6.3 L'accueil de l'urgence au centre de référence

Il comporte cinq aspects :

- le personnel chargé de l'accueil
- le diagnostic de l'urgence posé à l'arrivée
- l'heure d'admission
- l'heure d'administration des soins d'urgence
- le type de soins reçus

La qualité de la référence de l'urgence obstétricale passe par une préparation adéquate de la femme par le centre qui réfère, l'acheminement approprié de la femme et la réception adéquate de la femme au niveau du centre de référence

La contre référence quant à elle est l'ensemble des dispositions prises pour adresser la malade de l'échelon supérieur où elle a bénéficié de meilleures compétences à un échelon inférieur ayant eu contact initialement avec ce dernier pour assurer la suite de la prise en charge et le suivi post-hospitalier.

Elle passe par :

- une explication claire et concise au malade de sa pathologie, des soins reçus de même que la suite du traitement
- un résumé du dossier adressé à la formation sanitaire périphérique et qui évoque :
  - ✓ la genèse du transfert
  - ✓ le diagnostic retenu au centre de référence

- ✓ les soins reçus
- ✓ les éléments de la suite du traitement
- ✓ des recommandations spéciales par rapport à des insuffisances ou des erreurs relevées dans le transfert du malade.

- ➢ une lettre de de recommandation qui adresse la malade à la formation sanitaire périphérique.
- ➢ enfin une organisation du retour de la malade jusqu'au centre périphérique de relève.

En ce qui concerne le CHU-MEL, une équipe a été mise en place pour la gestion efficace de la contre référence. Elle est composée du personnel d'accueil qui démarre le remplissage de la fiche de contre référence, le personnel de sortie (hospitalisation), une sagefemme responsable de la coordination et un médecin gynécologue en charge de la supervision. La contre référence comporte des données sur la réception de la patiente, le diagnostic retenu, les soins reçus et quelques éléments sur la suite du traitement. Dans ce cas, elle se fait à l'aide de la fiche de contre référence dont le remplissage démarre à la réception de la patiente et la suit jusqu'à sa sortie.

2. Cadre et méthodes d'étude

2.1 Cadre d'étude

Nous avons effectué notre étude au CHU-MEL de Cotonou au Bénin.

2.1.1 Présentation de la ville de Cotonou

Capitale économique de la république du Bénin, Cotonou est la plus grande ville du pays avec une superficie de 79 $km^{2.}$ C'est une ville cosmopolite qui regorge des activités économiques, administratives, culturelles et sanitaires du Bénin. Sa population est d'environ 1 500 000 d'habitants, soit une densité de 8 419 habitants/km^2.

Constituant à elle seule l'actuel département du littoral, la ville de Cotonou est limitée au Nord par le lac Nokoué (commune de So-Ava), au sud par l'océan Atlantique, à l'Est par la commune de Sèmè-Kpodji et à l'ouest par la commune d'Abomey-Calavi. Le climat est de type subéquatorial, humide à température constamment élevée.

Cotonou compte au total 143 quartiers regroupés en 13 arrondissements. La population de cette ville est prise en charge par plusieurs formations sanitaires : les centres nationaux, les CHU, les hôpitaux de zones, les centres santé périphériques publics et privés.

2.1.2 Cadre d'étude proprement dit

Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un hôpital universitaire de référence dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. En tant qu'établissement hospitalier de l'espace hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptais), la formation et la recherche. Il est situé au bord de la lagune à Tokpa Hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou.

La ville de Cotonou située dans le département du Littoral est une région côtière limitée dans la zone méridionale par l'Océan Atlantique.

2.1.2.1 Structure organisationnelle des services médicaux

Le CHU-MEL est divisé en deux grands services : le service de la mère représenté essentiellement par le service de gynécologie et d'obstétrique et le service de l'enfant. Ces services sont soutenus par des secteurs transversaux de soins tels que la réanimation, le laboratoire, l'imagerie, la kinésithérapie, la nutrition …

2.1.2.2 Service de la mère

On y distingue :

- le secteur des consultations externes : consultation prénatale (CPN), consultation gynécologique, consultation postnatale, planification familiale
- le secteur bloc obstétrical regroupant les urgences, la salle de dilatation, la salle d'accouchement, la salle des suites de couches précoces et le bloc opératoire ;
- le secteur d'hospitalisation des mères : bâtiment D, G1 et les catégories;
- le service de réanimation ;
- les soins intensifs ;
- la vaccination (au service de la mère et de l'enfant).

Dans le service de la mère, nos activités se sont déroulées dans les secteurs de bloc obstétrical les services des soins intensifs, le service de réanimation et l'hospitalisation.

A) Secteur des consultations externes (consultation prénatale)

- **Consultation prénatale**

Elle ouvre ses portes tous les jours ouvrables de 8 heures à 16 heures et est chargée de suivre les gestantes depuis le premier trimestre de grossesse jusqu'à terme.

Son fonctionnement est assuré par :

- ✓ Deux (2) médecins gynécologues obstétriciens,
- ✓ Six (6) sages-femmes,
- ✓ Quatre (4) aides-soignantes

Puis les médecins en année de spécialisation et des étudiants en médecine générale.

B) Secteur du bloc obstétrical d'urgence

- **Le secteur de réception des urgences**

Il accueille toutes les urgences obstétricales et gynécologiques. Les patientes sont mises en condition puis adressées dans les autres secteurs selon leur tableau clinique. Il est doté de trois (03) tables d'examen et de deux (02) lits pour les hospitalisations de jour. Les activités sont assurées par deux (02) sages-femmes, des étudiants en formation et de deux (02) aides-soignants, sous la supervision d'un médecin gynécologue-obstétricien.

- **Le bloc des salles de dilatation et d'accouchement**

Il dispose d'une salle de dilatation et d'une salle d'accouchement. La salle de dilatation d'une capacité de dix (10) lits accueille les femmes en travail d'accouchement. Elles viennent de la consultation prénatale (CPN), du service des urgences (référées, venues de leur domicile), du secteur d'hospitalisation. L'activité essentielle à la salle de dilatation consiste en la surveillance maternelle et fœtale puis la gestante passe en salle d'accouchement à la phase d'accouchement.

La salle d'accouchement dispose de sept (07) tables d'accouchement, d'un (01) lit réservé aux accouchements humanisés et de huit (08) tables pour l'examen des nouveau-nés munies de matériels de réanimation néonatale.

Les activités de la maternité sont assurées chaque jour par :

- ✓ un médecin gynécologue obstétricien de garde ;
- ✓ deux (02) équipes de cinq (05) sages-femmes ;
- ✓ une équipe de huit (08) aides-soignants ;

Ils sont aidés dans leur tâche par les médecins stagiaires en étude de spécialisation et les étudiants en médecine générale.

- **Bloc opératoire**

Le service médical de la mère dispose de trois salles d'interventions chirurgicales destinées essentiellement aux césariennes, aux laparotomies, à la cœlioscopie et à la réalisation d'examens sous valves.

On y exécute les interventions programmées et les interventions d'urgence. Les gynécologues obstétriciens, les anesthésistes réanimateurs, les instrumentistes, les sages-femmes et les aides-soignants assurent le fonctionnement continu des activités du bloc opératoire.

- **Le secteur de la réanimation**

Il dispose d'une capacité de huit (08) lits. On y retrouve un (01) respirateur, deux (02) moniteurs pour la surveillance des paramètres hémodynamiques et trois (03) seringues électriques.

Les activités sont assurées chaque jour par une équipe de trois (03) infirmiers et deux (02) aides-soignants sous la supervision d'un anesthésiste-réanimateur.

- **Le secteur des soins intensifs**

Il dispose de 15 lits d'hospitalisation. Le personnel est constitué de quatre (04) sages-femmes, quatre (04) infirmières, quatre (04) aides-soignants et un responsable du service. Il accueille les patientes venues des urgences ou parfois des hospitalisations dont le tableau clinique nécessite une mise en condition, mais aussi celles qui doivent bénéficier d'une surveillance régulière.

Les tâches sont assurées chaque jour par une équipe de deux (02) sages-femmes, deux (02) infirmiers et deux (02) aides-soignants. Ils sont aidés dans leur travail par des étudiants en spécialisation et en médecine générale.

- **Le secteur d'hospitalisation**

Le service de la mère dispose de deux (02) bâtiments réservés à l'hospitalisation des femmes. On y prend en charge les femmes ayant une pathologie sur grossesse, les accouchées, les césarisées, et celles ayant bénéficié ou en attente d'autres types d'interventions chirurgicales.

Le bâtiment D, comportant le niveau D1 et D2, dispose de vingt-deux (22) lits et de deux (02) salles de soins. Le secteur G1 situé au premier étage du bâtiment G, quant à lui dispose de quarante-huit (48) lits et d'une salle de soins. Le fonctionnement du secteur d'hospitalisation est assuré par :

- ✓ deux (02) médecins gynécologues ;
- ✓ dix (10) sages-femmes, neufs (09) infirmières ;
- ✓ quinze (15) aides-soignants.

Ils sont aidés par les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique.

2.1.1.2 Les services de l'enfant

Ils regroupent :

- ➢ le service de néonatologie ;
- ➢ le service de pédiatrie générale et
- ➢ le service de chirurgie pédiatrique.

2.1.1.3 Les autres services et secteurs

- ➢ **Le secteur médico technique**

Il comprend :

- ✓ le laboratoire d'analyses biomédicales ;
- ✓ la banque de sang ;
- ✓ la salle de radiologie ;
- ✓ deux (02) salles d'échographie ;
- ✓ la pharmacie.

- ➢ **Les services administratifs**

Ils sont composés de :

- ✓ la direction ;
- ✓ la cellule de management de la qualité ;
- ✓ le service de la comptabilité ;
- ✓ le bureau des entrées ;
- ✓ le service statistique.

- **Le secteur de soutien**

Il est constitué de :

- ✓ la buanderie ;
- ✓ la lingerie ;
- ✓ la cuisine ;
- ✓ les magasins.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective transversale à visée descriptive et analytique

2.2.2 Période d'étude

C'est une étude qui s'est étendue sur 2 mois allant du Juillet 2021 à Septembre 2021.

2.2.3 Population d'étude

Elle a concerné toutes les patientes référées pour une raison obstétricale à la maternité du CHU-MEL de Cotonou pendant la période d'étude.

2.2.4 Echantillonnage

- **Méthode d'échantillonnage:** une méthode non probabiliste par commodité a été utilisée avec un recensement exhaustif de tous les cas.
- **Taille de l'échantillon** : 587 patientes référées au CHU-MEL ont été retenues dans l'étude.

2.2.5 Critères d'inclusion

Etait incluse dans l'étude :

- toute patiente référée d'une structure sanitaire de Cotonou et environs
- avoir comme motif de référence un problème obstétrical
- avoir donné son consentement pour la participation à cette étude.

2.2.6 Critères de non inclusions

N'étaient pas incluses dans l'étude :

- les patientes auto référées
- les patientes des références interne du CHU MEL
- les patientes ayant accouché il y a plus de 42 jours
- les patientes présentant des motifs non obstétricaux.

2.2.7 Critères d'exclusion

Ont été exclues de l'étude :

- les patientes dont les dossiers n'étaient pas exploitables
- les patientes ayant refusé de donner leur consentement.

2.3 Variables étudiées

2.3.1 Variable dépendante :

Qualité des pratiques professionnelles en matière de référence et contre référence des urgences obstétricales

2.3.2 Variables indépendantes :

- **Variables sociodémographiques**
  - ✓ l'âge
  - ✓ la profession
  - ✓ la situation matrimoniale
  - ✓ le niveau d'instruction
  - ✓ l'ethnie
  - ✓ le revenu mensuel
  - ✓ la religion
- **Variables liées aux antécédents de la patiente**
  - ✓ les antécédents médicaux : hypertension artérielle, diabète, asthme, drépanocytose cardiopathie.

- ✓ les antécédents obstétricaux : gestité, parité, nombre d'enfants vivants, nombre d'enfants décédés, nombres de fausse couche spontanée, nombre de fausse couche provoquée
- ✓ les antécédents chirurgicaux : césarienne, laparotomie, autres interventions chirurgicales
- ✓ les antécédents sociaux.

➢ **Variables liées au centre de santé de provenance de la patiente**

- ✓ le type et le niveau de la formation sanitaire
- ✓ la qualité de l'agent de santé qui réfère
- ✓ l'existence moyen de transport médicalisé (véhicule, agent de santé à bord)
- ✓ la préparation de la référence : alerte du centre de référence, remplissage de la fiche de référence, existence d'un partogramme approprié, abord veineux de sécurité, l'existence de moyen de transport médicalisé (véhicule, agent de santé à bord)
- ✓ le diagnostic et motif de référence
- ✓ le temps mis entre la prise de décision et l'arrivée de la patiente au centre de référence.

➢ **Variables liées au centre de référence**

- ✓ l'agent de santé qualifié à l'admission
- ✓ la disponibilité de kits d'urgence
- ✓ le plateau technique suffisant
- ✓ la prise en charge adéquate de la patiente à l'admission (accueil, exploitation du support de référence, examen physique et bilan approprié)
- ✓ le diagnostic retenu
- ✓ le traitement reçu
- ✓ les issues maternelle et fœtale
- ✓ la contre référence à la sortie

➢ **Qualité des pratiques professionnelles**

Pour apprécier la qualité des pratiques professionnelles, des critères ont été définis pour chacune des composantes suivantes : référence des urgences obstétricales, prise en charge des urgences obstétricales et contre référence.

✓ **Référence des urgences obstétricales**

Six (6) critères ont été définis. Il s'agit de :

- l'alerte du CHU-MEL par le centre qui réfère
- la présence d'une fiche de référence bien remplie
- la présence d'un abord veineux chez la référée
- le transport de la patiente référée par une ambulance
- la présence d'un agent de santé à bord du moyen de transport médicalisé
- l'accueil au niveau du CHU-MEL par un agent de santé qualifié (sage-femme et/ou Docteur en spécialisation)

✓ **Prise en charge des urgences obstétricales**

- **Pathologies du premier et du deuxième trimestre**

Onze (11) critères ont été définis. Il s'agit de :

- l'exploitation du support de référence
- l'appréciation de l'état général des patientes référées
- l'appréciation de la coloration des conjonctives des patientes référées
- la prise de la tension artérielle des patientes référées
- la prise de la température des patientes référées
- la prise de la fréquence cardiaque des patientes référées
- la prise de la fréquence respiratoire des patientes référées
- l'appréciation de l'état du col des patientes référées
- la disponibilité de kit d'urgence pour les premiers soins
- l'absence de motif de retard des premiers soins lié au CHU-MEL
- la demande d'un bilan de sortie

- Pathologie du troisième trimestre

Quinze (15) critères ont été définis. Il s'agit en plus des onze (11) critères ci-dessus cités :

- la mensuration de la hauteur utérine
- la prise des bruits du cœur fœtal
- l'appréciation des contractions utérines
- l'examen du bassin

✓ **Contre référence**

Elle a été appréciée sur la base de neuf (9) critères de qualité qui sont :

- les informations concernant l'identité de la patiente clairement libellées
- l'appréciation de la qualité de la référence clairement précisées
- les informations concernant le diagnostic sont clairement précisées
- les informations concernant la prise en charge précisées
- les informations concernant l'évolution sont précisées
- les informations concernant l'état de sortie précisées
- les recommandations sur la suite de la prise en charge de la patiente sont précisées
- les recommandations par l'équipe de CHU-MEL pour les références futures
- la fiche de contre référence envoyée

➢ **Définition opérationnelle des variables**

✓ **Retard des premiers soins** : c'est le dépassement du délai optimal dans lequel la patiente doit bénéficier des premiers soins. Ce temps est défini en fonction de chaque urgence obstétricale. Les principales urgences obstétricales sont réparties en fonction du délai des premiers soins dans le tableau ci-dessous.

Tableau I: Classification des pathologies en fonctions du degré d'urgence

Code rouge : PEC dans les 15 min	Code jaune : PEC dans les 30 min	Code vert : PEC dans les 24 heures
- GEU rompue - HRP avec BDC positifs - Eclampsie - Syndrome de pré-rupture - Rupture utérine - Rétention de J2 - Avortement incomplet hémorragique -Anémie du décompensée - PP avec hémorragie cataclysmique - HPPI décompensée - SFA - Présentation dystocique - Procidence du cordon	- RPM - Pré-éclampsie sévère - HTA sévère - HPPI non décompensé - Avortement incomplet non hémorragique - Anémie du post abortum non décompensée - GEU non rompue - Anémie non décompensée - PP avec hémorragie de petite abondance	- Grossesse molaire non hémorragique - PP non hémorragique - Pré-éclampsie modérée - HRP avec mort in-utéro

2.4 Collecte des données

2.4.1 Techniques de collecte de données

Un pré test a été réalisé au CHU-MEL sur 10 patientes du 18 au 25 Juillet 2021. Ce qui a permis de corriger nos outils de collecte. L'enquête proprement dite a consisté à un recrutement exhaustif des patientes admises aux urgences et remplissant les critères d'inclusion. Les patientes ont été inclues dans l'étude au fur et à mesure de leur admission aux urgences de la maternité. Ensuite elles ont été suivies jusqu'à la sortie.

Le recueil des données a été dans un premier temps fait à l'aide des entretiens avec les patientes et/ou leur accompagnant à partir d'un questionnaire. Les entretiens ont été réalisés par nous-même et deux étudiants de 5ème année de médecine formés pour l'enquête. Les données ont été complétées en un second temps par l'exploitation des dossiers médicaux, des fiches de référence et contre référence, les registres d'accouchement et d'hospitalisation. Les données ont été complétées au fur et à mesure de l'évolution de la prise en charge jusqu'à la sortie de la patiente.

2.4.2 Outils de collecte des données

Un questionnaire a été utilisé pour la collecte des données auprès des patientes référées, un guide d'entretien a permis d'échanger avec l'équipe assurant la contre référence et une fiche de dépouillement a été utilisée pour l'exploitation des dossiers médicaux, registres, les fiches de référence et contre référence.

2.4.3 Traitement et analyse des données

Après la collecte et le dépouillement des données, ces dernières ont été saisies à l'aide de smartphones. A cet effet, un masque de saisie sous CSPro version ANDROID a été élaboré pour la collecte des données. Les contrôles nécessaires pour minimiser les erreurs de saisie ont été faits et pris en compte à l'issue du test de l'application de collecte. Les données ont été analysées à l'aide des techniques d'analyse descriptive. Ainsi, pour des données qualitatives, les fréquences et les proportions avaient été déterminées. Les comparaisons avaient été faites à l'aide du test de Chi2 de Pearson ; le seuil de significativité étant fixé à 5%. Le logiciel statistique SPSS (Statistical Package for Social Science) 21 a été utilisé à cet effet. Pour les données quantitatives, les moyennes avec leur écart type, les minima et les maxima avaient été décrites. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphes. Les graphes avaient été réalisés avec à l'aide de Excel 2013.

Pour analyser la qualité des pratiques professionnelles, une cotation a été faite à partir des critères de qualité. Des scores ont été calculés et appréciés selon une échelle à trois niveau selon Varkevisser : bonne, acceptable/moyenne et mauvaise. La qualité était bonne lorsque le score était ≥ à 80%, moyenne ou acceptable lorsque le score était compris entre 60 et 80% et mauvaise lorsque le score était < à 60%.

2.5 Considérations éthiques :

Notre étude a été réalisée après les autorisations de la direction générale du CHU-MEL et du chef service de la gynécologie et d'obstétrique. Nous avons eu l'accord des patientes inclues dans notre étude après une explication des objectifs de l'étude. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés. Aucune patiente n'était contrainte à entrer dans l'étude et toute patiente inclue pouvait en sortir à tout moment.

2.6 Difficultés rencontrées

Les difficultés étaient :

- l'insuffisance d'informations dans les dossiers et sur les supports ayant servi à référer.
- la localisation géographique de certains centres de santé référents dont les adresses ne figuraient pas sur la fiche de référence. .

3. Résultats

3.1 Etude descriptive

3.1.1 Fréquence

Au total 622 urgences obstétricales référées étaient enregistrées sur 1447 admissions soit 42,9%.

La description de notre échantillon est présentée dans le diagramme de flux ci-dessous.

Diagramme de flux des admissions aux urgences de CHU-MEL en 2021

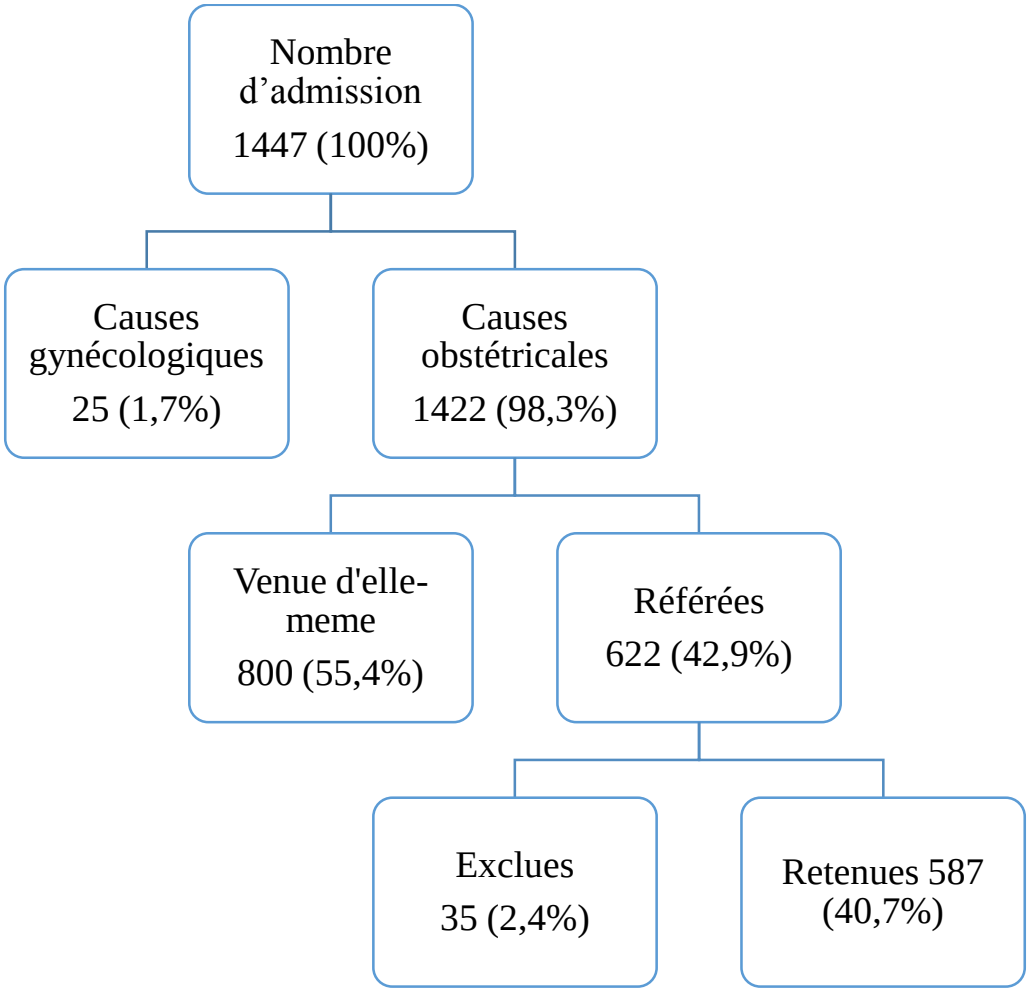


Figure 2 : Diagramme de flux des admissions aux urgences de CHU-MEL en 2021

3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des patientes référées

3.1.2.1 Répartition des patientes référées en fonction de l'âge au CHU-MEL en 2021

L'âge moyen des patientes référées était de 26,9 ans ± 6,29 avec des extrêmes allant de 15 à 47 ans. Environs la moitié (48,0%) avait moins de 25 ans. Le tableau 2 montre la distribution des âges des patientes référées.

Tableau II: Répartition des patientes référées au CHUMEL en fonction l'âge en 2021

Age (année)	Effectif	Pourcentage
< 20	100	17,0
20 – 25	182	31,0
26 – 30	145	24,7
31 – 35	102	17,4
36 – 40	49	8,3
> 40	9	1,5
Total	**587**	**100,0**

3.1.2.2 Répartition des patientes référées selon la profession et la situation matrimoniale au CHU-MEL en 2021

La majorité (87,4%) des patientes (n = 513) n'avaient pas de revenu mensuel fixe. La plupart des femmes référées vivaient en union libre dans une proportion de 61,8%.

Le tableau 3 montre la répartition des patientes selon la profession et la situation matrimoniale.

Tableau III: Répartition selon la profession et la situation matrimoniale des patientes référées au CHU-MEL en 2021

Variables étudiées	Effectif	Pourcentage
Profession		
Ménagère	62	10,6
Artisane	192	32,7
Fonctionnaire/salariée	74	12,6
Agricultrice	1	0,2
Etudiante/élève	40	6,8
Revendeuse/commerçante	201	34,2
Sans emploi	17	2,9
Situation matrimoniale		
Célibataire	52	8,9
Union libre	363	61,8
Mariée	172	29,3
Total	**587**	**100,0**

3.1.2.3 Répartition patientes référées selon la religion des au CHU-MEL en 2021

Le christianisme était la religion la plus représentée (76,0%) dans notre série.

La figure 3 montre la distribution des patientes en fonction de leur religion.

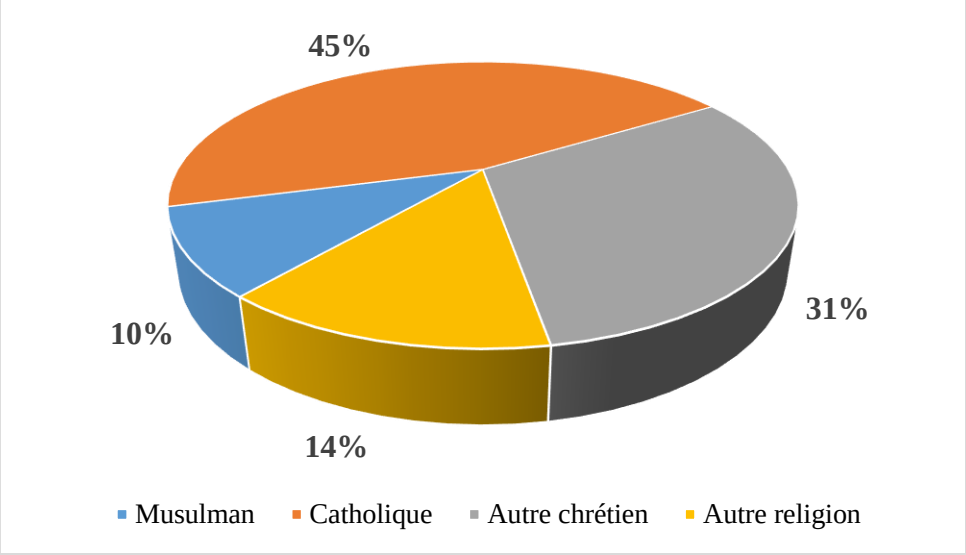


Figure 3 : Répartition selon la religion des patientes référées au CHU-MEL en 2021

3.1.2.4 Répartition des patientes référées au CHU-MEL selon l'ethnie, le niveau d'instruction et le revenu mensuel en 2021

La majorité des référées était de l'ethnie fon (65,1%).

Les niveaux d'instruction secondaire et supérieure étaient les plus représentés (40,2%).

La plupart des femmes ont un revenu mensuel inférieur à 40 000 FCFA (68,5%)

Le tableau 4 présente la distribution des patientes référées selon l'ethnie, le niveau d'instruction et le revenu mensuel.

Tableau IV: Répartition des patientes référées au CHU-MEL selon l'ethnie, le niveau d'instruction et le revenu mensuel en 2021

Variables étudiées	Effectif	Pourcentage
Ethnie		
Fon	382	65,1
Adja	104	17,7
Yoruba	67	11,4
Autre ethnie	34	5,8
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	164	27,9
Primaire	187	31,9
Secondaire ou plus	236	40,2
Revenu (FCFA)		
Moins de 40 000	402	68,5
40 000 ou plus	185	31,5

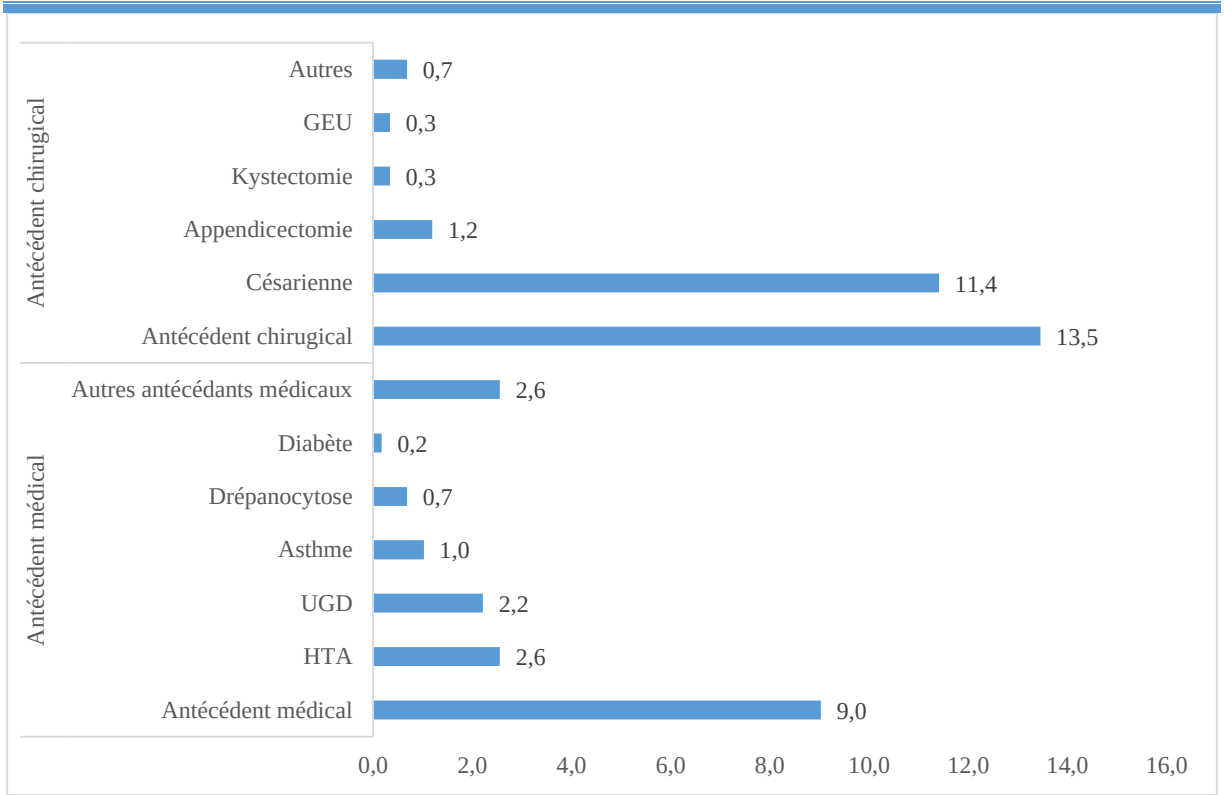
3.1.3 Les antécédents des patientes référées au CHU-MEL en 2021

3.1.3.1 Les antécédents médicaux et chirurgicaux des patientes référées au CH-MEL en 2021

Les antécédents médicaux concernaient seulement 9 % de notre population d'étude (soit 53 cas sur 587). La comorbidité la plus observée était l'hypertension artérielle (2,6%).

Les antécédents chirurgicaux concernaient 13,5% (n= 79) de la population d'étude. La césarienne était l'antécédent chirurgical le plus représenté (11,4%).

La figure 4 décrit les antécédents médicaux et chirurgicaux des patientes référées.



Autres antécédents médicaux : VIH, hépatites

Autres antécédents chirurgicaux : nodulectomie, cure d'hernie

Figure 4: Les antécédents médicaux et chirurgicaux des patientes référées au CH-MEL en 2021.

3.1.3.3 Répartition des patientes référées selon les antécédents obstétricaux au CHU-MEL en 2021

La gestité moyenne était de 3 avec les extrêmes de 1 à 11.

Les paucigestes représentaient 37,0 % de notre série.

Les paucipares représentaient 26,7% de notre série.

Le tableau 5 décrit les antécédents obstétricaux des patientes référées.

Tableau V : Répartition des patientes référées selon les antécédents obstétricaux au CHU-MEL en 2021

Variables étudiées	Effectif	Pourcentage
Gestité		
Primigeste	199	33,9
Paucigeste	217	37,0
Multigeste	129	22,0
Grande multigeste	42	7,2
Parité		
Nullipare	226	38,5
Primipare	123	21,0
Paucipare	157	26,7
Multipare	69	11,8
Grande multipare	12	2,0
Enfant décédé		
Oui	61	10,4
Non	526	89,6
Mort née		
Oui	13	2,2
Non	574	97,8
Avortement		
Oui	109	18,6
Non	478	81,4
Total	**587**	**100,0**

3.1.3.4 Répartition des patientes référées selon le terme de la grossesse au CHU-MEL en 2021

La majorité des femmes était référée au troisième trimestre de la grossesse avec une proportion de 73,6 %.

Le tableau 6 annonce la répartition des patientes référées selon le terme de la grossesse.

Tableau VI: Répartition des patientes référées selon le terme de la grossesse au CHU-MEL en 2021

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
1er trimestre	15	2,6
2ème trimestre	43	7,3
3ème trimestre	432	73,6
Post partum	97	16,5
Total	**587**	**100,0**

3.1.3.5 Répartition des patientes référées en fonction des examens prénataux réalisés au CHU-MEL en 2021

Moins de la moitié de notre population d'étude (41,9%) ont réalisé au moins un bilan prénatal. Les examens biologiques les plus réalisés étaient : la sérologie HIV (36,5%), le groupage sanguin facteur rhésus (27,1%) et l'électrophorèse de l'hémoglobine (19,9%). La figure 5 présente les examens biologiques réalisés.

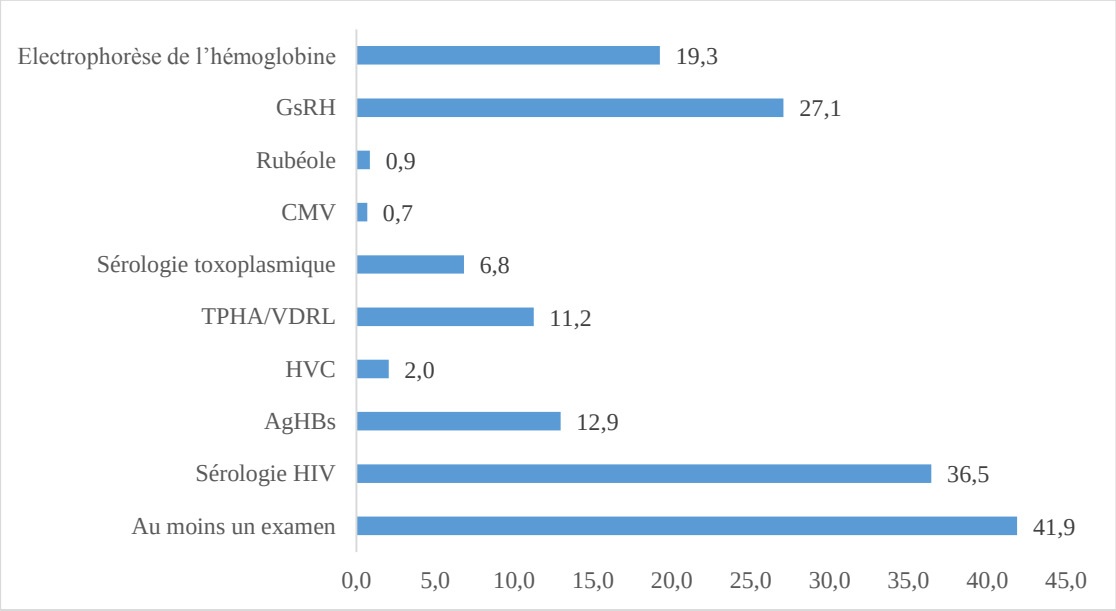


Figure 5 : Répartition des patientes référées en fonction des examens prénataux réalisés au CHU-MEL en 2021

3.1.3.6 Répartition des patientes référées selon les pathologies survenues au cours de la grossesse au CHU-MEL en 2021

Les grossesses ayant connu au moins une pathologie au cours de leur suivi ont représenté 13,6 % de notre série. Les pathologies infectieuses (10,7%) étaient les plus représentées suivies des pathologies vasculaires (2,4%) et métabolique (0,2%). La figure ci-après présente les pathologies survenues au cours de la grossesse.

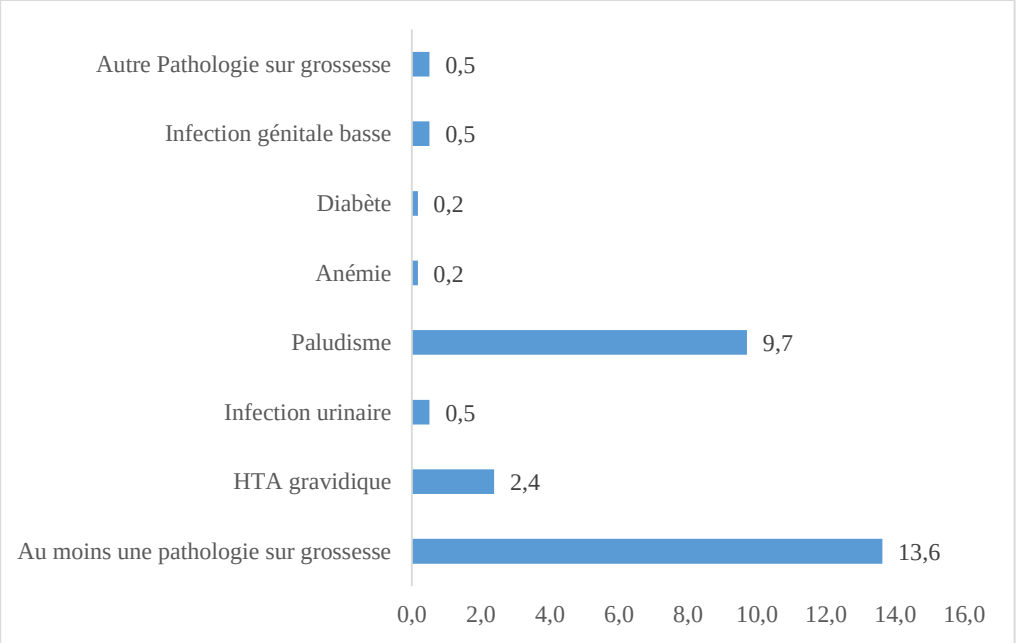


Figure 6: Répartition des patientes référées au CHU-MEL en 2021 selon les pathologies survenues au cours de la grossesse

3.2 Etude de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021

3.2.1 Description des composantes de la référence

3.2.1.1 Répartition des patientes référées selon le type et le niveau de formation sanitaire et le département de provenance au CHU-MEL en 2021

Les centres de santé de niveau 1 de la pyramide sanitaire étaient ceux qui ont le plus référé les patientes (99,8%). La plupart des patientes provenaient des formations sanitaires de Cotonou (68,5%).

Le tableau 7 montre la répartition des patientes référées selon le type et le niveau de formation sanitaire et le département de provenance.

Tableau VII: Répartition des patientes référées selon le type et le niveau de formation sanitaire au CHU-MEL en 2021

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Type de formation sanitaire		
Privée	245	41,7
Publique	342	58,3
Niveau de formation sanitaire		
Centre de santé d'arrondissement	209	35,6
Centre de santé communal	7	1,2
Hôpital de zone	125	21,3
Clinique	245	41,7
Centre hospitalier départemental	1	0,2
Département de provenance		
Littoral	402	68,5
Atlantique	154	26,2
Ouémé	25	4,3
Mono	5	0,8
Couffo	1	0,2
Total	**587**	**100,0**

3.2.1.2 Répartition des patientes référées en fonction du délai avant l'admission au CHU-MEL en 2021

Le délai avant l'admission était plus d'une (1) heure chez 74,3% des cas référés. Le temps moyen était de 5,1 heures et le temps médian est de 1 heure. Le tableau

8 présente la répartition des patientes référées selon le délai d'admission au CHU-MEL.

Tableau VIII: Répartition des patientes référées en fonction du délai avant l'admission au CHU-MEL en 2021

Temps (heures)	Effectif	Pourcentage
> 1 H	145	24,7
1-2 H	282	48,0
3-4 H	86	14,7
≥ 5 H	74	12,6

3.2.1.3 Répartition des patientes référées selon la distance entre le centre de référence et le CHU-MEL

La distance moyenne parcourue avant d'atteindre le CHU-MEL par les patientes référées était de 13,1 Km. Environ le tiers des patientes (33,0%) avaient parcouru 5 à 9 km. Le tableau 10 annonce la répartition de patientes référées selon la distance entre le centre de référence et le CHU-MEL.

Tableau IX: Répartition des patientes référées selon la distance entre le centre de référence et le CHU-MEL

Distances (km)	Effectif	Pourcentage
≤5	119	20,3
5 - 9	194	33,0
10 -19	134	22,8
≥20	140	23,9

3.2.1.4 Répartition des agents référents au CHU-MEL en fonction de leur qualification

Plus de la moitié (54,0%) des patientes étaient référées par les sages-femmes.

La répartition des agents référents en fonction de leur qualification est présentée dans le tableau 10.

Tableau X: Répartition des agents référents en fonction leur qualification

Qualification agent référent	Effectif	Pourcentage
Infirmier/infirmière	6	1,0
Sage-femme	317	54,0
Médecin généraliste	26	4,4
Gynécologue	44	7,5
Non précisée	194	33,0
Total	**587**	**100,0**

3.2.1.5 Répartition des formations sanitaires ayant donné l'alerte avant la référence au CHU-MEL en 2021

L'alerte n'a pas été donnée avant la référence chez 89,0% des patientes (n=522)). Les centres publics étaient ceux qui ont le plus donné l'alerte (8,0%). La répartition des formations sanitaires ayant donné l'alerte est présentée dans le tableau 11.

Tableau XI: Répartition des formations sanitaires ayant donné l'alerte avant la référence au CHU-MEL en 2021

Formation sanitaire	Effectifs	Pourcentage
Centre de santé d'arrondissement	15	2,6
Hôpital de zone	32	5,4
Clinique	18	3,1
Pas d'alerte	522	88,9
Total	**587**	**100,0**

3.2.1.6 Répartition des alertes en fonction de la qualification de l'agent référent

L'alerte a été majoritairement donnée par les SFE (53,8%). Le tableau 12 présente la répartition des alertes en fonction de la qualification de l'agent référent.

Tableau XII: Répartition des alertes en fonction de la qualification de l'agent référent

Qualification	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	35	53,8
Médecin généraliste	6	9,2
Gynécologue	11	16,9
Non précisée	13	20,0
Total	**65**	**100,0**

3.2.1.7 Répartition des patientes référées selon le type de moyens de transport au CHU-MEL en 2021

La proportion des patientes n'ayant pas été référées par ambulance était 89,8% (n=527). Le tableau 13 montre la répartition des patientes référées selon le type de moyen de transport.

Tableau XIII: Répartition des patientes référées selon le type de moyens de transport au CHU-MEL en 2021

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Engins à deux roues motorisées	332	56,5
Véhicule de location	97	16,5
Véhicule personnelle	97	16,5
Ambulance	60	10,2
Marche	1	0,2
Total	**587**	**100,0**

3.2.1.8 Répartition des patientes référées avec ambulance en fonction du niveau de formation sanitaire au CHU-MEL en 2021

Les formations sanitaires publiques avaient référé 78,3% des femmes par l'ambulance. La répartition des patientes référées avec ambulance en fonction du niveau de formation sanitaire est présentée dans le tableau 14.

Tableau XIV: Répartition des patientes référées avec ambulance en fonction du type de formation sanitaire au CHU-MEL en 2021.

Formation sanitaire	Effectifs	Pourcentage
Centre de santé d'arrondissement	14	23,3
Centre de santé communal	2	3,3
Hôpital de zone	30	50,0
Centre hospitalier départemental	1	1,7
Clinique	13	21,7
Total	**60**	**100,0**

3.2.1.9 Répartition des soignants au cours du transfert des patientes par ambulance

Au total 35 patientes étaient référées par ambulance avec à bord un personnel qualifié, soit un taux de 5,9% pour la référence médicalisée. Le tableau 15 présente la répartition des soignants au cours du transfert des patientes par ambulance.

Tableau XV: Répartition des soignants au cours du transfert des patientes par ambulance

Qualification des soignants	Effectifs	Pourcentage
Aide-soignant	12	20,0
Infirmier/infirmière	13	21,7
Sage-femme	15	25,0
Gynécologue	1	1,7
Etudiant FSS/INMeS	6	10,0
Aucun	13	21,7
Total	**60**	**100,0**

3.2.1.10 Répartition des patientes selon l'existence de la fiche de référence

La référence était effectuée avec une fiche dans 72,0% (n= 422), et dans 55,8% (n=328) des cas les fiches étaient correctement renseignées.

3.2.1.11 Qualité du remplissage des fiches référence en fonction du centre de provenance

Les fiches de référence étaient bien renseignées au niveau des centres publics dans une proportion de 65,0%. Le tableau ci-dessous montre la qualité de remplissage des fiches.

Tableau XVI: Qualité du remplissage des fiches référence en fonction du centre de provenance

	Fiches bien renseignées		Fiches mal renseignées	
Caractéristiques étudiées	**Effectifs**	**%**	**Effectifs**	**%**
Type de formation sanitaire				
Privé	115	35,0	38	40,4
Publique	213	65,0	56	60,6
Niveau de la formation sanitaire				
Centre de santé d'arrondissement	114	34,8	35	37,2
Centre de santé communal	6	1,9	1	1,1
Hôpital de zone	92	28,0	20	21,3
Centre hospitalier départemental	1	0,3	0	0,0
Clinique	115	35,0	38	40,4
Total	**328**	**100,0**	**94**	**100,0**

3.2.1.12 Répartition des formations sanitaires en fonction de la prise de l'abord veineux avant la référence au CHU-MEL en 2021

La référence avec un abord veineux était effective chez 68,7% (n=403) des patientes. Aucune formation sanitaire n'avait référé toutes ses patientes avec un abord veineux. Le tableau 17 montre la répartition des formations sanitaires en fonction de la prise de l'abord veineux avant la référence.

Tableau XVII: Répartition des formations sanitaires en fonction de la prise de l'abord veineux avant la référence au CHU-MEL en 2021

	Avec abord veineux		Sans abord veineux	
Caractéristiques étudiées	**Effectifs**	**%**	**Effectifs**	**%**
Type de la formation sanitaire				
Privé	156	38,7	89	48,4
Publique	247	61,3	95	51,6
Niveau de la formation sanitaire				
Centre de santé d'arrondissement	134	33,3	72	39,1
Centre de santé communal	5	1,2	2	1,1
Hôpital de zone	107	26,6	21	11,4
Centre hospitalier départemental	1	0,2	0,0	0,0
Clinique	156	38,7	89	48,4
Total	**403**	**100,0**	**184**	**100,0**

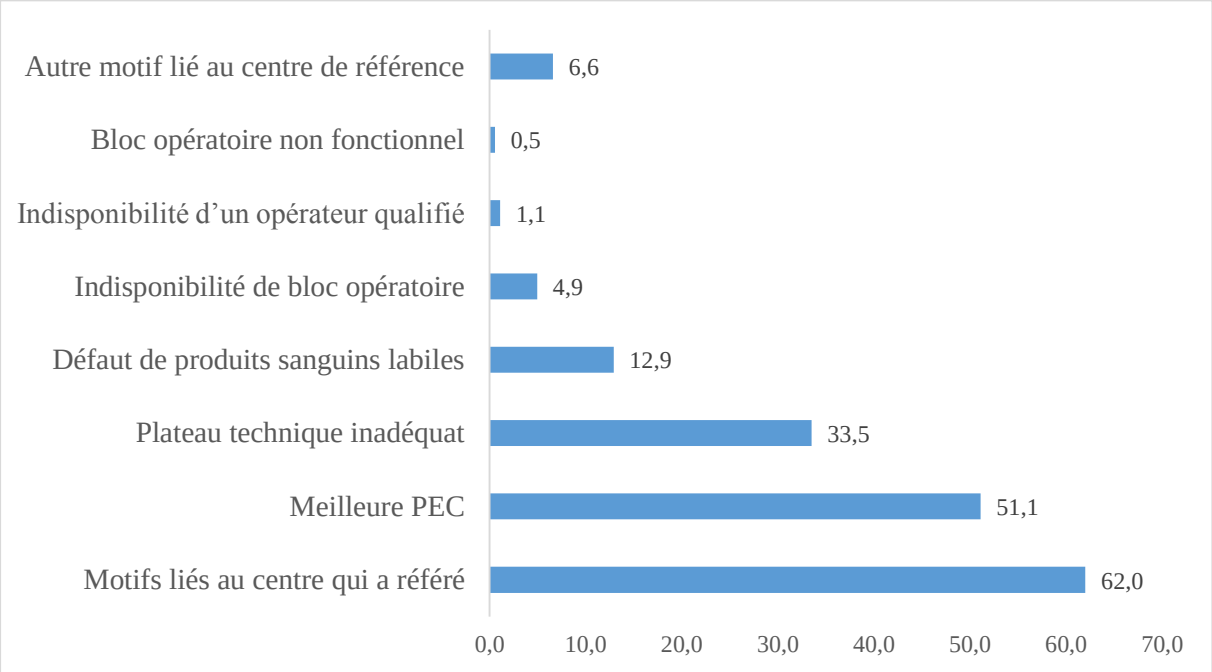
3.2.1.13 Motifs de référence

a - Répartition des patientes référées en fonction des motifs liés aux difficultés d'organisation des centres

Les patientes référées pour motif de difficultés d'organisation des centres de référence étaient de 62,0 % (n=364).

La référence pour une meilleure prise en charge était le motif la plus fréquente (51,1%) suivie du plateau technique inadéquat (33,5%).

La figure 7 présente la répartition des patientes référées selon les motifs liés aux difficultés d'organisation des centres.



Autres motifs : manque de moyen de diagnostic, échec de thérapeutique, manque de service de réanimation, manque de service de néonatologie, anesthésiste non disponible.

Figure 7 : Répartition des patientes référées en fonction des motifs liés aux difficultés d'organisation des centres

b - Répartition des patientes référées en fonction des motifs de référence liés à la patiente au CHU-MEL en 2021

Les motifs de référence en rapport avec la patiente étaient de 17,5% des cas.

Le manque de moyen financier était le motif le plus fréquent (84,5%) de référence lié à la patiente. La figure ci-après montre la répartition des motifs de référence liés à la patiente.

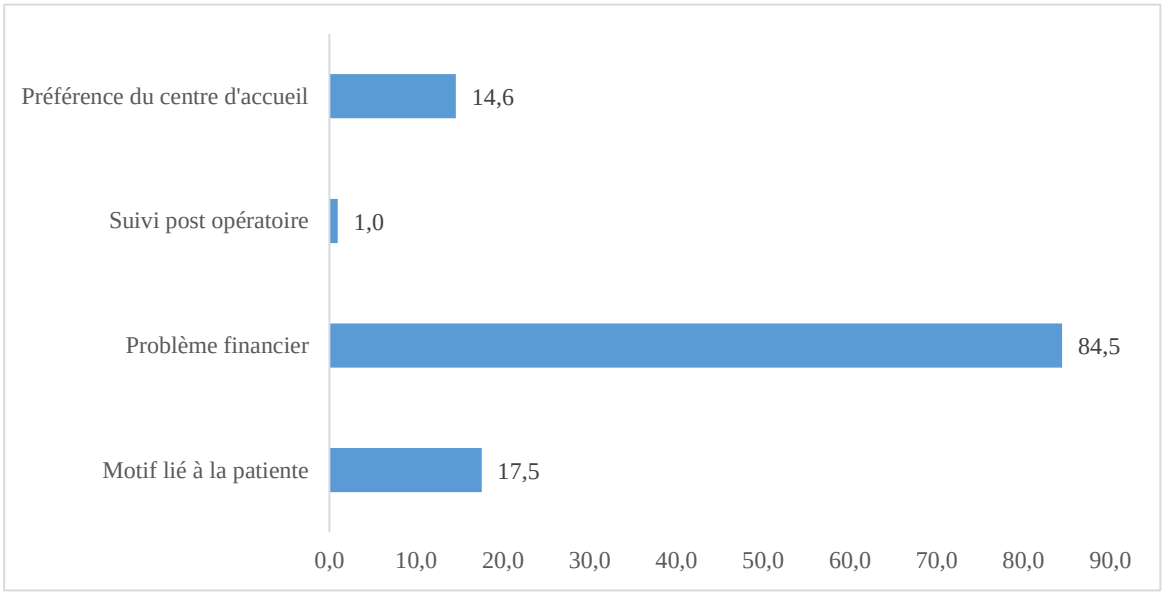


Figure 8: Répartition des patientes référées en fonction des motifs de référence liés à la patiente

3.2.1.14 Répartition des patientes référées en fonction du travail d'accouchement, du partogramme et des soins avant l'admission

Dans notre série 55,9% des patientes étaient admises en travail d'accouchement et seulement 1,5% étaient admises avec un partogramme. Les soins avant la référence étaient réalisés chez 75,0% des référées.

3.2.1.15 Répartition des référées selon les soins avant la référence au CHU-MEL en 2021

La majorité (75,3%) des patientes avait bénéficié d'au moins un soin avant la référence. Le tableau ci-dessous montre la répartition des conduites tenues avant admission.

Tableau XVIII: Répartition des patientes référées selon les soins avant la référence au CHU-MEL en 2021

Conduite tenue	Effectif	Pourcentage
Oxygénation	4	0,9
Sondage vésical	6	1,4
Canule de Guedel	1	0,2
Césarienne	4	0,9
Accouchement par voie basse	1	0,2
Laparotomie	1	0,2
Antihypertenseurs	25	5,6
Antalgiques	28	6,3
Antibiotiques	21	4,7
Utéro toniques	12	2,7
Anticonvulsivants	17	3,8
Antispasmodiques	22	5,0
Remplissage vasculaire	20	4,5
Produit sanguin labile	1	0,2
Autres conduites tenues	36	8,1

Autres : maturation pulmonaire, anti-œdémateux

3.2.1.16 Répartition des référées selon la qualification de l'agent du premier contact au CHU-MEL en 2021

A l'admission le personnel du premier contact était les docteurs en spécialisation et les sagefemmes dans une proportion de 95,7% (n=562). Le tableau 19 montre la répartition des patientes référées selon la qualification du personnel du premier contact.

Tableau XIX: Répartition des référées selon la qualification de l'agent du premier contact au CHU-MEL en 2021

Qualification	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	228	38,8
Docteur en spécialisation	334	56,9
Etudiant FSS/INMeS	25	4,3
Total	**587**	**100,0**

3.3.2.2 Qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021

Considérant tous les critères énumérés, la référence était de bonne qualité dans seulement 4,1% des cas. La figure 9 présente les variables de la qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL.

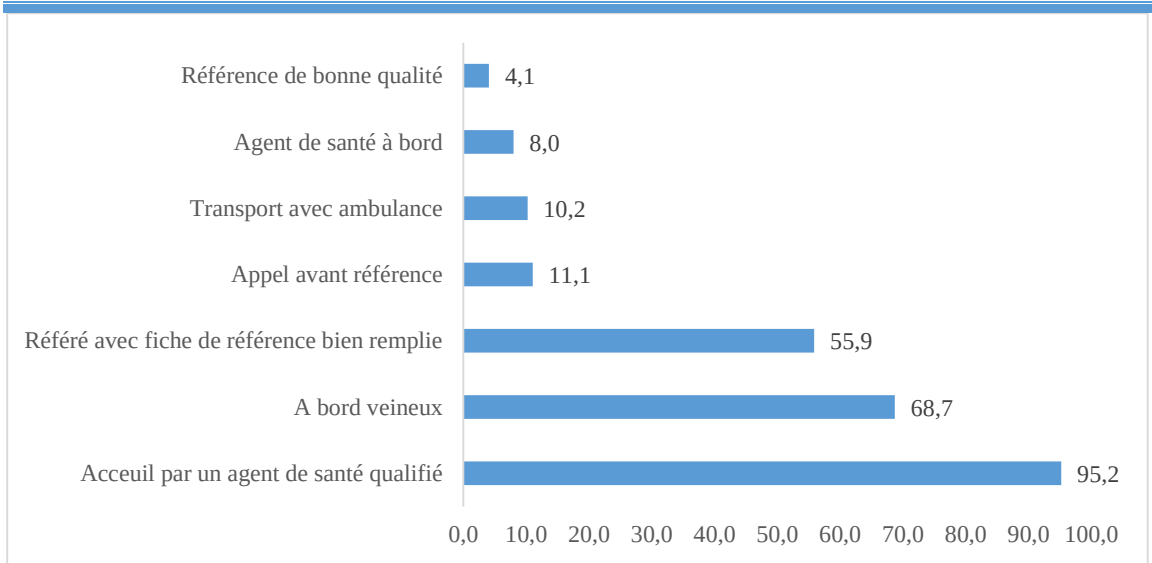


Figure 9 : Qualité de la référence des urgences obstétricales des patientes admises au CHU-MEL en 2021

3.3 Prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021

3.3.1 Description de la prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021

3.3.1.1 Répartition des patientes référées selon l'exploitation du support de référence et de leur état clinique à l'admission au CHU-MEL en 2021

Le support de référence a été exploité dans 93,9% des cas. L'état général était précaire chez 11,9% (n=70) des patientes référées et la majorité avait les conjonctives colorées dans une proportion de 78,1% (n=461). Le tableau 20 présente la répartition des patientes selon l'exploitation du support de référence et de leur état clinique à l'admission.

Tableau XX: Répartition des patientes référées en fonction de l'exploitation du support de référence et de leur état clinique à l'admission au CHU-MEL en 2021

Caractéristiques étudiées	Effectif	Pourcentage
Support de référence exploité		
Non	36	6,1
Oui	551	93,9
Etat général		
Bon	517	88,1
Moyen	44	7,5
Mauvais	26	4,4
Conjonctives		
Colorées	461	78,5
Moyennement colorées	87	14,8
Pales	39	6,6
Total	**587**	**100,0**

3.3.1.2 Répartition des patientes référées selon des constantes prises à l'admission au CHU-MEL en 2021

La tension artérielle a été prise chez 97,4% des patientes référées. Seulement 10,2% des patientes avaient bénéficié de la prise de la fréquence respiratoire à l'admission. Le tableau 21 montre la répartition des patientes référées en fonction des constantes prises à l'admission.

Tableau XXI: Répartition des patientes référées en fonction des constantes prises à l'admission au CHU-MEL en 2021

Constantes	Effectif	Pourcentage
Température	486	82,8
Tension artérielle	572	97,5
Fréquence cardiaque	537	91,5
Fréquence respiratoire	60	10,2
Total	**587**	**100,0**

3.3.1.3 Répartition des référées selon la réalisation d'examen physique à l'admission au CHU-MEL en 2021

Un examen obstétrical complet a été réalisé chez presque toutes les référées à l'admission dans une proportion de 96,3%.

3.3.1.4. Répartition des patientes référées selon les pathologies du premier trimestre et du deuxième trimestre de grossesse au CHU-MEL en 2021

Les pathologies du premier trimestre et du deuxième trimestre représentaient respectivement 2,4% et 4,6 % des urgences obstétricales dans notre série**.** Le tableau 22 montre la répartition des patientes référées selon les pathologies du premier et du deuxième trimestre.

Tableau XXII: Répartition des patientes référées selon les pathologies du premier trimestre et du deuxième trimestre au CHU-MEL en 2021

Pathologie	Effectif	Pourcentage
Pathologies du premier trimestre		
GEU	4	0,7
Avortement incomplet	4	0,7
Hémorragie sur grossesse	3	0,5
Autres pathologies du premier trimestre	3	0,5
Pathologies du deuxième trimestre		
HTA gravidique	1	0,2
Pré-éclampsie	1	0,2
MAP	1	0,2
Accouchement prématuré inévitable	2	0,3
Menace d'avortement tardif	7	1,0
Anémie	2	0,2
RPM	4	0,7
HRP	1	0 ,2
Autres pathologies du deuxième trimestre	8	1,4

Autres pathologies du 1er trimestre : algie pelvienne, GMFE, syndrome infectieux. Autres pathologie du 2e trimestre: syndrome infectieux, paludisme, utérus cicatriciel, saignement, oligoamnios sévère, état de choc.

3.3.1.5 Répartition des référées selon les pathologies du troisième trimestre et du post-partum au CHU-MEL en 2021

Au troisième trimestre, l'hypertension artérielle gravidique et ses complications représentaient 14,5% de notre série. Les hémorragies du post partum représentaient une proportion de 4,4% de notre série. Les pathologies du troisième trimestre et du post-partum sont présentées dans le tableau 23

Tableau XXIII: Répartition des référées selon les pathologies du Troisième trimestre et du post-partum au CHU-MEL en 2021.

Pathologie	Effectif	Pourcentage
Pathologies du troisième trimestre		
HTA gravidique	34	5,8
Pré-éclampsie	41	7,0
Eclampsie	10	1,7
HRP	9	1,5
PP	9	1,5
RPM	43	7,3
SFA	44	7,5
MAP	109	18,6
Dystocies	52	8,9
Rupture utérine	3	0,5
Rétention de J2	2	0,3
Syndrome de pré-rupture utérine	3	0,6
Anémie	48	8,2
MFIU	12	2,0
Hémorragie du troisième trimestre	15	2,6
Autres pathologies du troisième trimestre	157	26,7
Pathologies du post-partum		
HPPI	12	2,0
Anémie du post-partum	15	2,6
Endométrite du post-partum	1	0,2
Péritonite aigue	1	0,2
Complication hémorragique de la délivrance	13	2,2
HPP tardive	1	0,2

Autres : phase de latence du travail d'accouchement(49), phase active du travail d'accouchement(17) GMFE(26), syndrome infectieux (12), phase expulsive du travail d'accouchement (12), utérus cicatriciel (28), RCUI (3) procidence du cordon (3) HU excessive (4) oligoamnios (5)

3.3.1.6 Répartition des patientes selon la disponibilité de kit d'urgence et le retard dans les premiers soins au CHU-MEL en 2021

Le kit d'urgence était disponible pour les premiers soins dans seulement 18,4% des cas.

Il y avait un retard dans les premiers soins chez 11,1% des référées. Le tableau 24 montre la répartition des référées selon la disponibilité du kit d'urgence et le retard des premiers soins.

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la disponibilité du kit d'urgence et le retard dans les premiers soins au CHU-MEL en 2021

Caractéristiques étudiées	Effectif	Pourcentage
Kit d'urgence disponible pour les premiers soins		
Non	479	81,6
Oui	108	18,4
Retard dans les premiers soins		
Non	522	88,9
Oui	65	11,1
Total	**587**	**100,0**

Composition du kit d'urgence : cathéter, seringue, perfuseur, sparadrap, solutés de remplissage, ocytocine et antihypertenseur.

3.3.1.7 Répartition des patientes référées selon les raisons de retard de premiers soins liées à la patiente et selon raisons de retard d'offre de soins liées CHU MEL en 2021

Les motifs de retard des premiers soins étaient liés à la patiente dans 75,8% des cas. Le tableau ci-dessous montre la répartition des patientes référées selon les motifs du retard des soins.

Tableau XXV: Répartition des patientes référées selon les raisons de retard de premiers soins liées à la patiente et selon raisons de retard d'offre de soins liées CHU MEL en 2021

Motifs de retard	Effectif	Pourcentage
Motifs de retard lié à la patiente		
Indisponibilité des produits prescrits	24	36,8
Refus de soins	1	1,5
Indisponibilité des parents à payer les produits	7	10,8
Manque de moyen financier	7	10,8
Motifs de retard lié au CHU-MEL		
Manque de lit en salle	5	7,7
Bloc occupé	4	6,2
Indisponibilité de kit de césarienne	3	4,6
Retard de prescription d'ordonnance médicale	10	15,4
Retard administratif	4	6,2
Total	**65**	**100,0**

3.3.1.8 Issue maternelle

a - Répartition des patientes référées selon l'issue de l'urgence et évolution au CHU-MEL en 2021

L'issue a été favorable pour la plupart des patientes référées (78,0%). Seulement 22% (n=127) avaient présenté de complications.

Les patientes référées pour urgences obstétricales avaient accouché dans 77,9% des cas. Les suites de couches ou opératoires ont été simples chez la majorité (82,9%) des référées.

b - Répartition des patientes référées selon les complications survenues au cours de la prise en charge au CHU-MEL en 2021

L'Anémie était la complication la plus représentée dans une proportion de 66,9% suivie de syndrome infectieux dans une proportion de 11,9%. Le tableau 26 décrit les complications des patientes référées au CHU-MEL en 2021.

Tableau XXVI: Répartition des patientes référées selon les complications après prise en charge au CHU-MEL en 2021

Complications	Effectif	Pourcentage
Anémie	107	66,9
HPPI	12	7,7
Endométrite	1	0,6
Suppuration profonde	2	1,2
Altération de l'état de conscience	4	2,6
Pré éclampsie	5	3,2
Syndrome infectieux	19	11,9
Pneumopathie au SARS-CoV2	5	3,2

c - Répartition des patientes référées selon le nombre de jour d'hospitalisation au CHU-MEL en 2021

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,1 jours avec des extrêmes allant de 1 à 33 jours. Le tableau 27 montre la répartition des patientes référées selon le nombre de jour d'hospitalisation.

Tableau XXVII: Répartition des patientes référées selon le nombre de jour d'hospitalisation au CHU-MEL en 2021

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage
1 - 5	205	34,9
6 -10	190	32,4
11- 20	109	18,6
> 20	83	14,1
Total	**587**	**100,0**

d - Répartition des patientes référées selon l'état de sortie au CHU-MEL en 2021

Nous avons déploré le décès de onze (11) patientes au cours de notre étude dont huit (8) référées. Le pourcentage de décès maternel était de 1,4 (létalité obstétricale).

e - Répartition des causes de décès maternels au CHU-MEL en 2021

La moitié des patientes (50%) sont décédées par choc hémorragique. le tableau ci-dessous décrit la répartition des patientes décédées par causes de décès.

Tableau XXVIII: Répartition des décès maternels en fonction des causes au CHU-MEL en 2021

	Effectif	Pourcentage
Pneumopathie infectieuse	1	12,5
Choc septique	3	37,5
Choc hémorragique	4	50,0

3.3.1.9 Issue fœtale

Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance

Les nouveau-nés vivants étaient les plus représentés (85,3%). Le tableau 29 présente la répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance.

Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	390	85,3
Mort-né frais avec BDCF à l'admission	18	3,9
Mort-né frais sans BDCF à l'admission	27	5,9
Mort-né macéré	22	4,8
Total	**457**	**100,0**

3.3.2 Analyse de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL

3.3.2.1 Qualité de prise en charge des pathologies du premier trimestre de la grossesse au CHU-MEL en 2021

Sur la base des 11 critères retenus pour apprécier la qualité de prise en charge, le niveau de qualité était de 76,5%. La qualité était bonne dans 53,3% des cas et mauvaise dans 13,3% des cas. Les critères les plus incriminés étaient la prise de la fréquence respiratoire et la disponibilité de kits d'urgence pour les premiers soins. Le tableau 30 montre la répartition des patientes référées selon les critères de prise en charge des pathologies du premier trimestre.

Tableau XXX: Répartition des patientes référées selon les critères de qualité de la prise en charge des pathologies du premier trimestre au CHU-MEL en 2021

Code	Critère	Effectif	Pourcentage
1	Support de référence exploité	13	86,7
2	Etat général apprécié	15	100,0
3	Conjonctives	14	93,3
4	Température	11	73,3
5	FC	13	86,7
6	FR	6	40,0
7	TA	12	80,0
8	Etat du col apprécié	15	100,0
9	Kit d'urgence disponible pour les premiers soins	4	26,7
10	Absence de motif de retard dans les premiers soins liés au CHU-MEL	14	93,3
11	Bilan de sortie demandé	9	60,0
	Total	15	100,0

3.3.2.2 Qualité de prise en charge des pathologies du deuxième trimestre de la grossesse au CHU-MEL en 2021

Le niveau de qualité était de 75,3%. La qualité de la prise en charge était bonne dans 46,5% et mauvaise dans 9,3% des cas. Les critères les plus incriminés étaient la prise de la fréquence respiratoire et la disponibilité de kits d'urgence pour les premiers soins. Le tableau 31 montre la répartition des patientes référées selon les critères de prise en charge des pathologies du deuxième trimestre.

Tableau XXXI: Répartition des patientes référées selon les critères de prise en charge des pathologies du deuxième trimestre au CHU-MEL en 2021

Code	Critère	Effectif	Pourcentage
1	Support de référence exploité	38	88,4
2	Etat général apprécié	43	100,0
4	Conjonctives	40	93,0
5	Température	33	76,7
6	FC	38	88,4
7	FR	5	11,6
8	TA	40	93,0
3	Etat du col	43	100,0
9	Kit d'urgence disponible pour les premiers soins	9	20,9
10	Absence de motif de retard dans les premiers soins liés au CHU-MEL	40	93,0
11	Bilan de sortie demandé	27	62,8
	Total	**43**	**100,0**

3.3.2.3 Qualité de prise en charge des pathologies du troisième trimestre :

Au cours du troisième trimestre de grossesse nous avons enregistré 432 patientes dont 101 ont développé les syndromes vasculo-rénaux (HTA gravidique, pré-éclampsie et éclampsie)

Sur la base des 15 critères retenus pour apprécier la qualité de prise en charge des patientes référées, le niveau de qualité était de 79,3%. La qualité était bonne dans 69,3% des cas et mauvaise dans 1% des cas. Les critères les plus incriminés étaient la prise de la fréquence respiratoire et la disponibilité de kits d'urgence pour les

premiers soins. La répartition des patientes référées selon les critères de prise en charge des pathologies du troisième trimestre est présentée dans le tableau 32.

Tableau XXXII: Répartition des patientes référées selon les critères de prise en charge des pathologies du troisième trimestre au CHU-MEL en 2021

Code	Critère	Effectif	Pourcentage
1	Support de référence exploité	95	94,1
2	Etat général apprécié	101	100,0
3	Conjonctives appréciées	101	100,0
4	TA	100	99,0
5	Température	86	85,1
6	FC	92	91,1
7	HU	98	97,0
8	BDCF	95	94,1
9	CU	85	84,2
10	FR	3	3,0
11	Etat du col apprécié	93	92,1
12	Examen du Bassin	87	86,1
13	Kit d'urgence disponible pour les premiers soins	16	15,8
14	Absence de motif de retard dans les premiers soins liés au CHU-MEL	91	90,1
15	Bilan de sortie fait	61	60,4
	Total	**101**	**100,0**

La figure 10 présente les scores de qualité de prise en charge des pathologies du premier, deuxième et trimestre des patientes référées au CHU-MEL.

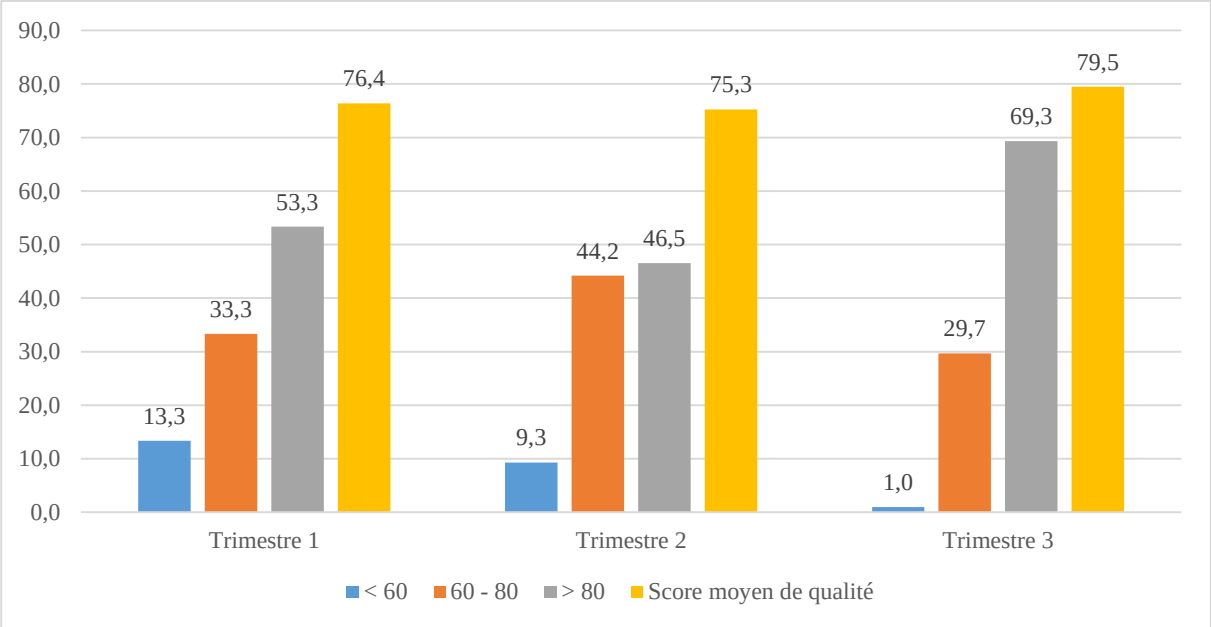


Figure 10 : Score de qualité prise en charge des pathologies des patientes référées au CHU-MEL en 2021

3.4 Etude de la contre référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021

3.4.1 Organisation de la contre référence

L'équipe chargée de la contre référence était composée de :

- l'agent remplissant le dossier à l'accueil qui inscrit l'identité de la patiente, le nom du centre de provenance, la date et l'heure d'admission de la patiente référée sur la fiche de contre référence qui est annexée au dossier
- le personnel d'hospitalisation (infirmière/sagefemme) chargé de faire la sortie qui a pour tâche de faire l'entretien de sortie avec la patiente et de finaliser le remplissage de la fiche de contre référence

- une sagefemme désignée qui a pour tâche de coordonner la contre référence en collectant les fiches, en assurant la qualité de remplissage et les acheminer vers les centres de provenance des patientes référées.
- un gynécologue-obstétricien chargé de superviser les activités.

3.4.2 Qualité des pratiques professionnelles en matière de contre référence au CHU-MEL en 2021

Sur les 587 patientes référées, 4 n'ont pas fait l'objet d'un processus de contre référence. Sur les 583 qui l'ont été, la qualité de la contre référence était jugée mauvaise (0%): les pratiques incriminées et qui étaient à améliorer étaient l'appréciation de la qualité de la référence, la mention des informations concernant l'évolution et les recommandations sur les références futures**.** La figure ci-dessous décrit les composantes de la qualité des pratiques professionnelles en matière de contre référence.

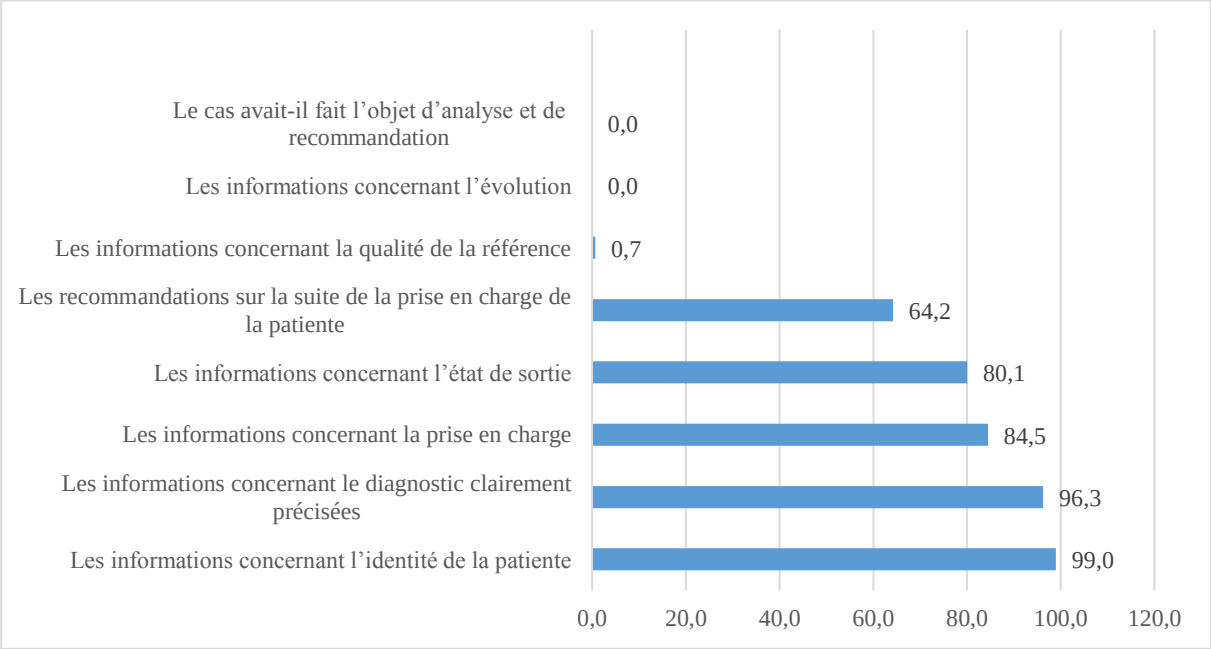


Figure 11: les composantes de la qualité des pratiques professionnelles en matière de contre référence au CHU-MEL en 2021.

3.5 Analyse des facteurs associés à la qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021

3.5.1 Influence de l'âge des patientes référées sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Il n'y avait aucun lien entre l'âge de la référée et la référence de bonne qualité. Le tableau 33 montre la répartition de l'âge selon la qualité de la référence.

Tableau XXXIII: Répartition de l'âge selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Age de la femme	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	Bonne qualité	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
15 à 24 ans	227 (40,3)	8 (33,3)	235 (40,0)
25 à 34 ans	258 (45,8)	12 (5)	270 (46,0)
35 ans et plus	78 (13,9)	4 (16,7)	82 (14,0)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,780 : test de Pearson chi2 : résultats non significatifs (p > 0,05)

3.5.2 Influence de la profession des patientes référées sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Aucune relation n'avait été trouvée entre la profession et la référence. Le tableau 34 présente la répartition de la profession selon la qualité de la référence.

Tableau XXXIV: Répartition de la profession selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Activité de la femme	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	**Bonne qualité**	**Total**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Commerçantes	193 (34,3)	8 (33)	201 (34,2)
Cadres et fonctionnaires	71 (12,6)	3 (12,5)	74 (12,6)
Artisanes, manœuvres et ouvrières	187 (33,2)	5 (20,8)	192 (32,7)
Ménagères, Elèves étudiantes et autres	112 (19,9)	8 (33,3)	120 (20,4)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,374 : test de Pearson chi2 : résultats non significatifs (p > 0,05)

3.5.3 Influence de la situation matrimoniale sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Aucune relation n'avait été trouvée entre le statut matrimonial et la référence de bonne qualité. Le tableau 35 montre la répartition de la situation matrimoniale selon la qualité de la référence.

Tableau XXXV: Répartition de la situation matrimoniale selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Statut matrimonial	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	**Bonne qualité**	**Total**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Célibataire	48 (8,5)	4 (16,7)	52 (8,9)
Mariée	165 (29,3)	7 (29,2)	172 (29,3)
Union libre	350 (62,2)	13 (54,2)	363 (61,8)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,375 : test de Pearson chi2 : résultats non significatifs (p > 0,05)

3.5.4 Influence de religion sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Aucun lien n'avait été trouvé entre la religion et la référence de bonne qualité. Le tableau 36 montre la répartition de la religion selon la qualité de la référence.

Tableau XXXVI: Répartition de la religion selon la qualité de la référence CHU-MEL en 2021

Religion	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	**Bonne qualité**	**Total**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Musulman	56 (9,9)	1 (4,2)	57 (9,7)
Catholique	252 (44,8)	14 (58,3)	266 (45,3)
Autre chrétien	177 (31,4)	6 (25,0)	183 (31,2)
Autre religion	78 (13,9)	3 (12,5)	81 (13,8)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,559 : test de Pearson chi2 : résultats non significatifs (p > 0,05)

3.5.5 Influence du niveau d'instruction sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Aucun lien significatif n'avait été trouvé entre le niveau d'instruction de la référée et la qualité de la référence. Le tableau ci-après montre la répartition du niveau d'instruction selon la qualité de la référence.

Tableau XXXVII: Répartition du niveau d'instruction selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Niveau d'instruction de la femme	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	Bonne qualité	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Non scolarisée	154 (27,4)	10 (41,7)	164 (27,9)
Primaire	181 (32,1)	6 (25,0)	187 (31,9)
Secondaire ou plus	228 (40,5)	8 (33)	236 (40,2)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,309 : test de Pearson chi2 : résultats non significatifs (p > 0,05)

3.5.6 Influence du type de formation sanitaire sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Aucune relation significative n'avait été trouvée entre le type de la formation sanitaire et la qualité de la référence. Le tableau 38 présente la répartition du type de formation sanitaire en fonction de la qualité de la référence.

Tableau XXXVIII: Répartition du type de formation sanitaire en fonction de la de la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Type de formation sanitaire	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	Bonne qualité	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Privé	134 (23,8)	1 (4,2)	135 (23,0)
Publique	318 (56,5)	18 (75,0)	336 (57,2)
Confessionnelle	88 (15,6)	4 (16,7)	92 (15,7)
ONG	12 (2,1)	0 (0,0)	12 (2,0)
Non précisée	11 (2,0)	1 (4,2)	12 (2,0)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,177 : test de Pearson chi2 : résultats non significatifs (p > 0,05)

3.5.7 Influence du niveau de formation sanitaire sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Le niveau de formation sanitaire était significativement associé à la qualité de la référence avec p = 0,001. La majorité des références de bonne qualité provenait des hôpitaux de zone. Le tableau ci-après présente la répartition du niveau de formation sanitaire selon la qualité de la référence.

Tableau XXXIX: Répartition du niveau de formation sanitaire selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Niveau de la formation sanitaire	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	**Bonne qualité**	**Total**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Centre de santé d'arrondissement	199 (35,3)	5 (20,8)	204 (34,8)
Hôpital de zone	115 (20,4)	13 (54,2)	128 (21,8)
Clinique	207 (36,8)	4 (16,7)	211 (35,9)
Autre formation sanitaire	42 (7,5)	2 (8,3)	44 (7,5)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,001 : test de Pearson chi2 : résultats significatifs (p < 0,05)

3.5.8 Influence du terme de la grossesse sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Le terme de la grossesse influence significativement la qualité de référence avec p = 0,001. La référence était de bonne qualité chez les patientes au troisième trimestre et en post-partum. Le tableau 40 montre la répartition du terme de la grossesse selon la qualité de la référence.

Tableau XL: Répartition du terme de la grossesse sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Terme de la grossesse	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	Bonne qualité	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Premier trimestre	15 (2,7)	0 (0,0)	15 (2,6)
Deuxième trimestre	41 (7,3)	2 (8,3)	43 (7,3)
Troisième trimestre	421 (74,8)	11 (45,8)	432 (73,6)
Post-partum	86 (15,3)	11 (45,8)	97 (16,5)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,001 : test de Pearson chi2 : résultats significatifs (p < 0,05)

3.5.9 Influence de la qualification de l'agent référent sur la qualité de la référence

La qualification de l'agent référent était significativement associée à la qualité de la référence avec p = 0,021. La majorité des références de bonne qualité était effectué par des sages-femmes. Le tableau 41 montre la répartition de la qualification de l'agent référent en fonction de la qualité de la référence.

Tableau XLI: Répartition de la qualification de l'agent référent en fonction de la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021.

Qualification de l'agent référent	Qualité de la référence		
	Mauvaise qualité	Bonne qualité	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Infirmier/infirmière	6 (1,1)	0 (0,0)	6 (1,0)
Sage-femme	301 (53,5)	16 (66,7)	317 (54,0)
Médecin généraliste	25 (4,4)	1 (4,2)	26 (4,4)
Gynécologue	39 (6,9)	5 (20,8)	44 (7,5)
Non précisée	192 (34,1)	2 (8,3)	194 (33,0)
Total	**563 (100)**	**24 (100)**	**587 (100)**

p = 0,021 : test de Pearson chi2 : résultats significatifs (p < 0,05)

3.5.10 Influence de la qualité de la référence sur l'état du nouveau-né au CHU-MEL en 2021

L'état du nouveau-né n'influençait pas significativement la qualité de la référence. Le tableau-ci-dessous présente la répartition de l'état du nouveau-né selon la qualité de la référence.

Tableau XLII: Répartition de l'état du nouveau-né selon la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021

Etat de l'enfant à la naissance	**Qualité de la référence**		
	Mauvaise qualité	**Bonne qualité**	**Total**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Vivant	381 (85,8)	9 (69,2)	390 (85,3)
Décédé	63 (14,2)	4 (30,8)	67 (14,7)
Total	**444 (100)**	**13 (100)**	**457 (100)**

p = 0,096 : test de Pearson chi2 : résultats non significatifs (p > 0,05)

4. Discussion

Nous avons présenté cette section selon le plan ci-après :

- La validité de la méthodologie
- L'atteinte des objectifs et revue de la littérature
- La démonstration de l'hypothèse

4.1 Validité de la méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte des données prospective. Elle s'est intéressée aux patientes référées au CHU-MEL pour des urgences obstétricales. La durée de l'étude a été définie par la nécessité d'obtenir un échantillon statistiquement significatif. L'échantillonnage exhaustif des cas sur une période de deux mois aurait garanti une bonne représentativité, il été indispensable pour obtenir un nombre de cas nécessaire pour une analyse statistique des données et pour des résultats valide. La collecte des données a été réalisée par une équipe d'étudiants en médecine qui ont été formés pendant une journée sur les aspects propres à l'étude. Nous avons procédé de la manière suivante: l'interrogatoire des patientes remplissant les critères d'inclusion, le remplissage des fiches d'enquête, la vérification des fiches remplies par les enquêteurs, la saisie des données sur la maquette préparée par le statisticien. Pour la contre référence, nous avons effectué la vérification des fiches de contre référence chez la sagefemme responsable de l'activité. Le recueil des informations concernant l'issue fœtale a été effectué via les dossiers des patientes.

Ces précautions auraient permis de minimiser les erreurs dans le recueil des informations permettant d'accroitre la validité des données ainsi que des résultats.

4.2. Atteinte des objectifs et revue de la littérature comparée à nos résultats

4.2.1 Atteinte des objectifs

Notre travail a consisté à évaluer les pratiques professionnelles en matière de référence et contre référence des urgences obstétricales au CHU-MEL de Cotonou.

Ainsi dans cette étude nous avons déterminé la fréquence des patientes référées aux urgences de CHU-MEL qui était de 42,9%.

Sur le plan sociodémographique, l'âge moyen des patientes référées était de 26,9 ans. La majorité (90,1%) était située entre les tranches d'âge de 20 ans à 35 ans. Elles avaient diverses occupations dont la plus représentée était la profession revendeuse/commerçante (34,2%) et la plupart d'elles vivait en union libre (61,8%). Elles n'étaient pas scolarisées dans 27,9% des cas et 68,5% d'elles avaient un revenu mensuel inférieur à 40.000 francs CFA. Sur le plan clinique, les patientes étaient pour la plupart des paucigestes (37,0%) et nullipares (38,5%). Elles étaient majoritairement référées pour meilleure prise en charge (51,1%). Sur le plan pronostic, 22,0% des référées avaient une issue défavorable. Les complications les plus fréquentes étaient l'anémie (66,9%), les infections (11,9%) et les hémorragies (7,7%). Le taux de létalité obstétricale était de 1,7%.

La qualité de la référence n'était pas bonne à Cotonou et ses environs. En effet le CHU-MEL a été alerté avant la référence seulement chez 11,0% des patientes référées et 26,1% des patientes étaient référées sans fiches de référence. Quand bien même la fiche de référence était présente dans la majorité des cas, 22,3% de ces dernières étaient mal renseignées. Nous avions constaté que 31,3% des patientes référées étaient sans abord veineux de sécurité. Malgré que la plupart de ces femmes (55,9%) fût en travail d'accouchement avant leur référence, seulement 1,5% de ces dernières étaient référées avec un partogramme. L'ambulance était utilisée comme moyen de transport chez 10,2% des patientes

référées et 8,0% étaient accompagnées d'un agent de santé. Ainsi considérant les critères d'une bonne référence, cette dernière n'était bonne que dans 4,1% des cas. Au CHU-MEL, les premiers soins avaient connu de retard chez 11,1% des référées. Cependant la prise en charge était acceptable ou bonne dans 86,6% pour les pathologies du premier trimestre, 90,7% pour les pathologies du deuxième trimestre et à 99% pour celles du troisième trimestre.

En ce qui concerne la contre référence, elle n'était pas encore effective au CHU-MEL. Aucune fiche de contre n'avait été acheminée aux centres de provenance des patientes référées dans le but de partage des recommandations.

Quant aux facteurs associés à la qualité de la référence, le niveau de formation sanitaire, la qualification de l'agent référent et le terme de la grossesse étaient les facteurs qui influençaient la qualité de la référence.

Nous avons pu donc atteindre nos objectifs spécifiques fixés au début de cette étude.

4.2.2 Revue de la littérature comparée à nos résultats

Les différents résultats ont été commentés selon les points ci-après :

- la fréquence des urgences obstétricales
- les profils sociodémographique et clinique des patientes référées
- l'évaluation de la référence
- l'évaluation de la prise en charge au CHU-MEL
- l'analyse des issues maternelle et fœtale
- l'appréciation de la contre référence
- l'analyse des facteurs associés à la qualité de référence au CHU-MEL.

4.2.2.1 La fréquence des urgences obstétricales

Dans notre série, la fréquence des urgences obstétricales référées était de 42,9%. Cette fréquence élevée peut s'expliquer par le fait que le CHU-MEL est l'une des maternités de référence de dernier recours pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Cette fréquence est supérieure aux 26,7% et 30,3% publiés respectivement par DJIDONOU [9] et TSHABU-AGUEMON [19] à la CUGO en 2017 et en 2012. Elle est aussi supérieure à ceux obtenues par TCHAOU [8] et OBOSSOU [24] à CHD Borgou en 2013 qui étaient respectivement de 31,8% et 34,6%. L'expansion démographique surtout en zone urbaine et l'accessibilité des soins au CHU-MEL expliquent les fréquences relativement élevées des cas de référence ces dernières années.

En comparaison aux études de la sous-région, notre résultat est proche de celui de SALIHOU [27] au centre de référence de NIAFUNKE (Bamako) qui était de 41,5%, mais inférieur à celui de CISSE [40] en 2010 au Kolda (Sénégal) qui est de 46,7%.

Il est supérieur à celui de DIALLO [17] à la maternité d'Ignace DEEN en Guinée qui était de 19,1%, à celui de THERA [20] dans le district de Bamako en 2011 qui était de 13,3%. En 2016, FOFANA [13] a retrouvé une fréquence de 11 ,4% dans le centre de santé de référence du district de Bamako. Au CHU de Sagu au Sud-Ouest du Nigéria en 2013, JAGUN [34] a trouvé une proportion de 15,4%.

Il ressort donc que la fréquence des références est très variable d'un pays à un autre. Ceci pourrait s'expliquer par, l'organisation de la prise en charge des urgences obstétricales selon les pays, les différences de répartition des centres de santé au sein des pays et les différents niveaux d'équipement existant dans ces pays.

4.2.2.2 Profils sociodémographique et clinique des patientes référées

- **Age**

L'âge moyen des patientes référées était de 26,9 ans. La plus jeune avait 15 ans et la plus âgée 47 ans. Celui-ci est quasi identique à celui de 26,6 ans de TSHABU-AGUEMON [19] en 2012 à la CUGO, à celui de 26,7 ans de TCHAOU [8] en 2013 à Parakou avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Il est légèrement inférieur à ceux de DJIDONOU [9] et de AKINOTCHO [10] qui étaient respectivement de

27,5 ans et de 27,9 ans obtenu à la CUGO en 2017 et 2018 avec des extrêmes respectives de 14 à 51 ans et de 16 à 44 ans. Il est également inférieur à celui de 28,5 ans de SENGEYI [22] obtenu en 2013 à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa. SAMAKE [42] et OBOSSOU [24] ont respectivement trouvé 26,0 ans au centre de référence de la commune V du district de Bamako en 2018 et 25,0 ans au CHD Borgou en 2013.

La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 35 ans dans une proportion de 73,1% soit 429 patientes. Notre résultat est semblable à celui de DJIDONOU (74,1%) et à celui de TCHAOU (76,1%) au Bénin avec respectivement des tranches d'âge de 20 à 35 ans et de 20 à 34 ans. Au Nigéria, JAGUN [34] a trouvé une proportion de 77,6% avec une tranche d'âge allant de 20 à 34 ans. Au Mali, SALIHOU [27] a trouvé la même tranche d'âge dans une proportion de 43,8%. Cette observation met en exergue le caractère relativement jeune des patientes référées et peut s'expliquer par le fait que cet intervalle d'âge correspond à la période d'activité génitale accrue et de forte fécondité.

- **Profession**

Les Revendeuses/commerçantes étaient les plus représentées de notre échantillon dans une proportion de 34,2%. Ce résultat est semblable à celui de TONATO-BAGNAN [3] en 2014 à la CUGO qui était de 32,9%. Mais il est inférieur à celui de DJIDONOU [9] qui était de 39,7% et supérieur à ceux de AKINOTCHO [10] et OBOSSOU [24] qui étaient respectivement de 29,7% et 24,6%. Dans la sous-région ce résultat diffère de celui de SALIHOU [27] au Mali qui était de 20,6% et de celui de COULIBALY [23] qui était de 11,0%. Dans notre étude, celles qui n'exerçaient aucune activité génératrice de revenu (étudiant, élève, ménagère et sans emploi) représentaient 19,6% de notre échantillon.

- **Situation matrimoniale**

La plupart des patientes référées vivaient en union libre dans une proportion de 61,8%. Ce résultat est inférieur à celui de DJIDONOU [9] qui était de 83,9%. Notre résultat n'est pas en conformité avec ceux de COULIBALY [23] et SALIHOU [27] qui avaient respectivement trouvé 74,0% et 88,8% de femmes mariées au Mali. En effet, le Mali étant un pays majoritairement islamique, la conception d'un enfant avant le mariage est mal vue ; ce qui n'est pas toujours le cas au Bénin. Ainsi la plupart des patientes référées étant jeunes, elles ne sont pas systématiquement mariées.

- **Niveau d'instruction**

Il est à noter que 27,9% de nos patientes n'ont jamais été scolarisées. Ce taux est inférieur à celui de AKINOTCHO [10] qui était de 45,1% à la CUGO, à celui de OBOSSOU [26] au CHD Borgou en 2013 qui était de 39,2% et à celui de FOFANA [13] au Mali en 2016 qui était de 58,7%. La non scolarisation constitue une source d'ignorance des règles de suivi de la grossesse.

- **Revenu mensuel**

La plupart des patientes référées avaient un revenu mensuel inférieur à 40.000 FCFA dans une proportion de 68,5%. Ce résultat est inférieur à celui de ALI [11] en 2018 au CHUD-OP au Bénin qui était de 71,2%. Ce faible niveau économique pourrait expliquer la faible réalisation du bilan prénatal et le retard dans la prise de décision de recourir aux soins de santé approprié.

4.2.2.3 Antécédents Obstétricaux

- **Gestité**

Dans notre étude les patientes référées étaient pour la plupart des paucigestes (37,0%). Ce résultat concorde avec celui de TONATO-BAGNAN [3] à la CUGO en 2014 qui était de 36,4% et avec celui de ALI [24] au CHUD-OP qui était de

38,7%. Il est légèrement supérieur à celui de AKINOTCHO [10] qui était de 35,4% et de COULIBALY [23] qui était de 34,0%, mais inférieur à celui de DJIDONOU [9] qui était de 55,1%. Notre résultat diffère de celui de SALIHOU [27] au Mali qui était de 19,4%.

- **Parité**

Les nullipares avec 38,5% des patientes de notre série arrivent en tête du tableau. Ce taux est supérieur à ceux de TSHABU-AGUEMON [19] et OBOSSOU [26] qui étaient respectivement de 34,5% et 45,0% ; à celui de AKINOTCHO (31,9%), à celui de TONATO-BAGNAN [3] qui était de 38,8%. Il concorde aussi avec celui de COULIBALY [23] au Mali qui était de 35,6%. Par contre PRATHIBA [50] en Inde, a trouvé que les primipares étaient les plus référées dans une proportion de 66,5%. Chez les nullipares, le travail d'accouchement étant plus long, plus difficile et psychologiquement éprouvant pour elles-mêmes et l'entourage, les accompagnateurs préfèrent s'en remettre aux bons soins d'un centre beaucoup mieux équipé que celui d'où ils viennent.

Les paucipares arrivaient avec 26,7% en deuxième position suivies dans les proportions de 21,0% des primipares. Enfin nous avons les multipares et les grandes multipares respectivement avec 11,8% et 2,0%. Cette relative décroissance du taux des multipares et des grandes multipares pourrait s'expliquer par le fait que les parturientes acquièrent de l'expérience lors des accouchements antérieurs et sont mieux informées des risques qui peuvent survenir le cas échéant. Dans notre population d'étude, 109 patientes avaient eu une fausse couche soit un pourcentage de 18,6. Ceci est identique au résultat de DJIDONOU [9] à la CUGO qui était de 18,0%.

4.2.3 Etude de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021

4.2.3.1 Formations sanitaires de provenance

Dans notre étude, le secteur public référait plus de patiente que le secteur privé dans une proportion de 58,3%. Ce pourcentage pourrait s'expliquer par l'étroite collaboration qui règne entre les formations sanitaires publiques et le CHU-MEL et également le fait que les sagefemmes prennent moins de risque en référant tôt les cas qui les dépassent. Notre résultat est similaire à celui de HOUNGNIHIN [38] qui était de 58,4%. Pour DJIDONOU [9] le secteur public référait au même titre que le secteur privé avec des pourcentages respectifs de 50,0 et 49,9. HOUNKPATIN [7] en 2002 au CHU-MEL a constaté que les formations sanitaires privées dépassaient les formations sanitaires publiques dans une proportion de 51,8% contre 48,1%. Pour OBOSSOU [24] en 2003 les patientes venant des centres privés constituaient 54,1% de sa population d'étude.

4.2.3.2 Qualification de l'agent référent

La plupart des patientes étaient référées par des sagefemmes dans une proportion de 54,0%. AKINOTCHO [10] à la CUGO en 2018 et a fait le même constat dans une proportion de 48,6%. Au Mali, au centre de santé de référence de la commune IV, COULIBALY [23] a aussi fait le même constat dans une proportion de 75,0%. Ceci pourrait s'expliquer par la présence effective des sagefemmes dans nos formations sanitaires et que l'activité de l'obstétrique est plus dévolue à cette catégorie de personnel paramédical que ce soit dans le secteur privé que dans le secteur public. Mais ces résultats diffèrent de ceux trouvés par SALIHOU [27] et JAGUN [34] respectivement au Mali en 2008 et au Nigéria en 2013 : 59,9% 43,2% des évacuations étaient effectuées par les infirmiers.

4.2.3.3 Qualité de la préparation

Le CHU-MEL a été alerté avant la référence de 65 patientes sur 587 soit une proportion de 11,0%. L'alerte provenait plus des centres de santé publique (7,5%)

en occurrence les hôpitaux de zone (5,4%). Ce taux (11,0%) est supérieur respectivement aux 2,0% et 7,3% de DJIDONOU [9] à la CUGO en 2017 et OBOSSOU [24] au CHD Borgou en 2013, mais inférieur aux 21,5% et 60,0% respectivement de TCHAOU [8] à Parakou en 2015 et de PRATHIBA [50] en Inde en 2015. Dans les années antérieures, HOUNKPATIN [7] en 2002 avait trouvé une proportion de 1,8%. DIALLO [17] a trouvé une proportion de 7,9% en Guinée. Cela s'explique par la méconnaissance de l'importance des alertes dans la prise en charge des urgences surtout dans les formations sanitaires privées ou la non connaissance du contact téléphonique des urgences du CHU-MEL par les centres périphériques.

En ce qui concerne la fiche de référence, nous avons constaté que la plupart des patientes (71,9%) avait été référée avec une fiche. Cependant 22,3% des fiches étaient mal renseignées. Les fiches bien renseignées provenaient des formations sanitaires publiques dans une proportion de 65,0%. Notre résultat (71,9%) est supérieur à ceux de DJIDONOU [9], HOUNKPATIN [7] et OBOSSOU [24] au Bénin, qui ont trouvé respectivement 53,0%, 40,5% et 57,3%. DIALLO [17] et JAGUN [34] ont trouvé des proportions respectives de 45,4% en Guinée et 52,8% au Nigéria. La référence des patientes sans fiches de référence ou avec une fiche mal renseignée peut être expliquée par la méconnaissance du personnel des centres de santé de l'importance des données situées sur les fiches dans la prise en charge adéquate de la patiente référée. La fiche de référence est absolument indispensable comme un fil conducteur pour une meilleure prise en charge des urgences.

Dans notre étude, 68,7% des patientes référées avaient un abord veineux. Parmi ces dernières, 60,3% provenaient des formations sanitaires publiques. Ce pourcentage (68,7%) est supérieur à ceux de DJIDONOU [6] et HOUNKPATIN [5] qui ont trouvé respectivement 49,3%, 14,8%. Il est aussi supérieur à ceux de TCHAOU [2], TSHABU-AGUEMON [19] et DIALLO [17] qui étaient

respectivement de 7,8%, 39,7% et 22,2%. Cela s'explique par la méconnaissance de certains personnels soignants de l'importance de l'abord veineux dans la prise en charge des urgences obstétricales. L'absence d'un abord veineux est facteur contributif au retard dans la prise en charge des malades. Par contre, notre résultat est inférieur à ceux de FOFANA [13] et THERA [20] au Mali qui étaient respectivement de 87,9%, et 86,7%.

Nous avons observé dans notre population d'étude que plus de la moitié des patientes référées (55,9%) était en travail d'accouchement. Cependant seulement 5 patientes soit une proportion de 1,5% étaient référées avec un partogramme. Ce taux est inférieur à celui de SALIHOU [27] qui était de 37,5%. Cela montre que le travail d'accouchement n'est pas souvent suivi à l'aide d'un partogramme dans les formations sanitaires périphériques. Et cela pourrait influencer le délai et le type de prise en charge des patientes référées.

Ces différents résultats reflètent la mauvaise organisation de la référence. Ils montrent que notre système de soins souffre d'insuffisance en termes de préparation de la référence des urgences obstétricales. OBOSSOU [24] a aussi constaté que la qualité de préparation de la référence était mauvaise dans 37,3%.

4.2.3.4 Qualité du transport des patientes référées au CHU-MEL

L'Ambulance n'est pas encore accessible à la population. Elle n'est utilisée que dans 10,2% des cas. Parmi les patientes référées ayant utilisé un transport médicalisé, 78,3% provenaient des centres de santé publique en occurrence les hôpitaux de zone (50,0%). Ce résultat (10,2%) est semblable à ceux de DJIDONOU [9] et PRATHIBA [50] qui ont trouvé que le transport était médicalisé respectivement dans 14,0% et 12,2% des cas. AKINOTCHO [10] à la CUGO en 2018, TCHAOU [8] et OBOSSOU [24] à Parakou en 2013 ont aussi constaté que les transports étaient non médicalisés respectivement dans 79,7%, 98,2% et 97,3% des cas. Ces valeurs sont la preuve d'une déficience notoire des formations sanitaires périphériques en ambulance. Selon HOUNKPATIN [7],

cette faible utilisation de moyen de transport médicalisé pourrait s'expliquer par la non disponibilité d'ambulance dans les centres, le faible niveau économique des patientes référées et par la mentalité de certains responsables des formations sanitaires surtout privées qui redoutent de l'impact négatif sur la clientèle de l'arrivée de l'ambulance dans leurs centres et le caractère dramatique systématiquement attribué à la pathologie dès l'appel de l'ambulance. Beaucoup d'efforts restent à fournir dans la sensibilisation pour que chaque patiente évacuée bénéficie d'un transport médicalisé. Mais ces résultats diffèrent de celui de FOFANA [13] au Mali qui avait trouvé que l'ambulance est le moyen de transport le plus utilisé (60,0%) au centre de santé de référence de la commune IV. Ils diffèrent également de ceux de THERA [20] et SALIHOU [27] respectivement dans le district sanitaire de la commune V et au centre de référence de Niafounké qui étaient de 50,6% et 66,2%. Ce qui n'est pas le cas respectivement à l'hôpital de Kinshasa et en Guinée où SENGEYI [22] et DIALLO [17] trouvaient des proportions respectives de 0,6% et 6,7%.

Un agent de santé était à bord des ambulances dans 8,0% des cas. Ce taux est inférieur à celui de DJIDONOU [9] qui était de 9,2%, à ceux de FOFANA [13] et THERA [20] au Mali qui étaient respectivement de 59,5% et 15,4%. Notre résultat est aussi inférieur à celui de DIALLO [17] en Guinée qui était de 16,4%. Par contre il est supérieur à celui de PRATHIBA en Inde qui était de 7,8%.

Le temps moyen était de 5,1 heures. Cette durée reste élevée vu que la plupart (46,7%) des centres qui réfèrent était située à au moins 10 km du CHU-MEL. Elle pourrait s'expliquer par l'insuffisance de moyens de transport médicalisé, le manque de moyen financier et la réticence des patientes et/ou des parents à venir au CHU-MEL. Le temps moyen de notre étude est inférieur à celui de TCHAOU [8] qui était de 32 heures et supérieur à celui de SENGEYI [22] au Kinshasa qui était de 2 heures.

4.2.3.5 Motifs de référence

Les motifs de référence liés aux difficultés d'organisation des centres référents étaient variés. Les patientes étaient référées pour une meilleure prise en charge dans 51,1% des cas. Notre résultat est inférieur à celui de JAGUN qui était de 65,6%. Elles étaient référées pour plateau technique inadéquat dans 33,5% des cas et pour défaut de produits sanguins labiles dans 12,9%. En 2017, DJIDONOU [9] a constaté que le plateau technique inadéquat était le motif le plus représenté dans une proportion de 82,6%. L'écart qui s'observe entre ces deux résultats serait probablement lié à la diminution du nombre de centre de santé ces dernières années par fermeture des centres illégaux.

Le motif de référence lié à la patiente était présent dans 17,5% des cas. Le motif le plus représenté était le manque de moyens financiers dans une proportion de 84,5%. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le niveau économique des patientes. Dans notre étude, 68,5% des patientes avaient un revenu mensuel inférieur à 40 000FCFA.

4.2.3.6 L'accueil des patientes référées au CHU-MEL

Le personnel du premier contact était en majorité des agents de santé qualifiés (95,7%). Ceci pourrait s'expliquer par la richesse en ressource humaine qualifiée que dispose le CHU-MEL. Notre résultat est supérieur à celui de DIALLO [17] qui était de 92,7%.

4.2.3.7 Qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL

La référence était de mauvaise qualité dans 95,9% des cas. Les critères les plus incriminés étaient l'alerte du CHU-MEL avant la référence, le transport avec ambulance et l'agent de santé à bord. Notre résultat concorde avec celui de DIALLO [17] qui avait constaté que le protocole de référence n'était pas respecté en totalité chez aucune des patientes référées à la maternité d'Ignace Deen de Guinée en 20218.

4.2.4 Prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL

4.2.4.1 Exploitation du support de référence et examen physique à l'admission

Le support de référence a été exploité dans 93,9% des cas. Ceci montre que le personnel de CHU-MEL s'intéresse vraiment au motif de référence des patientes dans le but d'une meilleure prise en charge.

La prise des constantes n'était pas effective chez toutes les patientes. En effet, la tension artérielle a été prise chez 97,4% des patientes, la température chez 82,8% des patientes et la fréquence cardiaque dans 91,5% des cas. Seulement 10,2% des patientes ont bénéficié de la prise de la fréquence respiratoire à l'admission. Ceci pourrait s'expliquer par le caractère urgent de prise en charge de certaines pathologies pour un sauvetage maternel et/ou fœtal qui oblige le personnel soignant à se passer de la prise de certaines constantes. Cependant la prise de la fréquence respiratoire n'était pas fréquente. Cela suscite une interrogation : la prise de la fréquence respiratoire n'est-elle pas importante dans l'évaluation de la gravité des urgences obstétricales?

L'examen obstétrical a été réalisé chez presque toutes les patientes référées (96,3%). Ceci montre la compréhension par le personnel de l'importance d'un examen complet surtout obstétrical dans ce contexte afin d'assoir un bon diagnostic.

4.2.4.2 Les premiers soins et disponibilité de kits d'urgence

La majorité des patientes avaient été prise en charge à temps dans une proportion de 88,9%. Ce résultat est supérieur à celui de DJIDONOU [9] à la CUGO qui était de 67,0%. Ceci pourrait s'expliquer par la richesse en ressources humaines qualifiées dont dispose le CHU-MEL et la disponibilité de l'équipe de garde qui est relativement organisée à recevoir et à gérer les urgences.

Le retard dans les premiers soins avait été constaté dans 11,1% des cas. Ce taux est semblable à celui de DIALLO [17] qui est de 11,0%. Les motifs de ce retard

étaient liés à la patiente dans 75,8% des cas. Le motif le plus représenté était l'indisponibilité des produits prescrits dans une proportion de 36,8%. Ce taux est supérieur à celui de DIALLO [17] en Guinée qui était de 8,0%. Ceci pourrait s'expliquer par le niveau économique bas de la majorité des patientes et l'absence de kits d'urgence pour la prise en charge dans 18,4% des cas. En ce qui concerne les motifs liés au CHU-MEL, le retard de la prescription des produits et le manque de lit en salle étaient les plus représentés dans une proportion de 23,1%. Ces motifs pourraient s'expliquer par l'effectif élevé des urgences obstétricales admis aux urgences de CHU-MEL (en moyenne 24 admissions par 24 heures pendant notre période d'étude).

4.2.4.3 Issues maternelle et fœtale

- **Issue maternelle**
  - ✓ **Morbidité**

L'issue maternelle a été favorable dans 78,0% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de DJIDONOU [9], SENGEYI [22] et COULIBALY [23] qui étaient respectivement de 86,1%, 85,5% et 83,2%.

Les suites étaient défavorables dans 22,0% des cas. Les complications les plus fréquentes étaient l'anémie (66,9%), les infections (11,9%) et les hémorragies (7,7%). DJIDONOU [9] a retrouvé dans cet ordre les mêmes complications dans les proportions de 23,4%, 13,1% et 11,1%. TRAORE [28] au Mali retrouve aussi les mêmes complications. AKINOTCHO [10] a constaté que l'anémie (25,4%) et l'hypertension artérielle (15,2%) étaient les complications les plus représentées. ALI [11] à Porto Novo a fait les mêmes constats que AKINOTCHO dans les proportions de 38,1% et 28,6%.

La durée d'hospitalisation était en moyenne de 10,1 jours avec les nombres minimal et maximal respectifs de 1 et 33. L'intervalle le plus représenté était de 1 à 5 jours dans une proportion de 34,9%. Cette moyenne pourrait s'expliquer par

le délai de la prise en charge des complications qui rallonge le séjour des patientes. Rappelons que 22,0% des patientes référées avaient présenté des complications. Notre résultat est semblable à celui de SENGEYI [22] au Kinshasa mais supérieur à celui de TCHAOU [8] qui était de 4 jours. Au Mali, TRAORE [28] a constaté que l'intervalle le plus représenté était de 3 à 5 jours dans une proportion de 51,7%.

- ✓ **Mortalité**

Pendant notre période d'étude, nous avons déploré le décès de 11 patientes dont 8 référées pour urgences obstétricales ; la létalité obstétricale était de 1,4%. Ceci pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité de la référence et quelques dysfonctionnements dans la prise en charge au CHU-MEL. Ce taux est inférieur à ceux de DJIDONOU [9], AKINOTCHO [10] et TSHABU-AGUEMON [19] à la CUGO qui étaient respectivement de 4,5%, 2,5% et 4,5%. JAGUN [34] a trouvé un taux de 1,6% au CHU de Sagumu au Nigéria en 2013. Notre résultat est aussi inférieur à celui de DIALLO [17] en Guinée qui était de 7,1%, de COULIBALY [23], SAMAKE [42] et QURESHI [45] étaient respectivement de 2,2%, 0,6% et 0,7%. SYNGEYI [22] et TRAORE [28] ont obtenu une létalité de 0%.

Les causes de mortalité maternelle étaient le choc hémorragique (4cas) soit 50,0%, le choc septique (3cas) soit 37,5% et la pneumopathie infectieuse (1cas) soit 12,5%. DJIDONOU [9], AKINOTCHO [10] et ALI [11] ont trouvé le choc hémorragique comme la première cause de décès maternel dans les proportions respectives de 34,3%, 46,1% et 50,0%. Dans la sous-région DIALLO [17] et COULIBALY [23] ont aussi trouvé l'hémorragie comme la première cause dans les proportions respectives de 60,0% et 68,8%. Par contre au Kinshasa, SENGEYI [22] a trouvé les infections en tête dans une proportion de 4,4%. La référence obstétricale est donc un facteur à risque du pronostic maternel et de ce fait, l'accessibilité aux soins efficaces devient l'une des solutions au drame de la mortalité maternelle.

- **Issue fœtale**

Notre étude a montré que 85,4% des naissances ont une issue favorable. La mortinatalité est de 14,6% soit 67 mort-né pour 457 naissances vivantes. Ce taux est inférieur à ceux de DJIDONOU [9], AKINOTCHO [10] et TSHABU-AGUEMON [19] qui étaient respectivement de 28,0%, 16,5% et 15,4%. Il est par contre supérieur à ceux de TACHOU [8] et ALI [11] qui étaient respectivement de 9,2% et 11,2%. Dans la sous-région notre résultat est inférieur à celui de SALIHOU [27] qui était de 35,4% mais supérieur à celui de COULIBALY [23] qui était de 6,2%.

4.2.4.4 Analyse de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL

La prise en charge était acceptable ou bonne au CHU-MEL dans 86,6% pour les pathologies du premier trimestre, 90,7% pour les pathologies du deuxième trimestre et à 99,0% pour celles du troisième trimestre. Ce qui pourrait s'expliquer par la disponibilité de personnel suffisant et qualifié pour la prise en charge des patientes. Les pratiques professionnelles étaient plutôt moyennes en matière de la prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL. Notre résultat diffère de celui de DIALLO [17] en 2018 à la maternité d'Ignace Deen en Guinée qui retrouvait que les standards en soins obstétricaux d'urgence étaient respectés dans 89,0%.

4.2.5 Qualité des pratiques professionnelles en matière de contre référence au CHU-MEL en 2021

Aucune contre référence n'avait été envoyée par le CHU-MEL aux centres qui ont référé au cours de notre période d'étude.

Le système de contre référence n'était pas fonctionnel au CHU-MEL. Les diverses raisons pouvant expliquer ce constat étaient entre autres :

- le sous-effectif du personnel chargé de gérer la contre référence. En effet l'équipe chargée de la gestion de la contre référence est composée d'une sagefemme et d'un gynécologue.
- l'effectif élevé des patientes admises au CHU-MEL. En effet, au cours de notre période d'étude nous avons recensé 1447 patientes admises aux urgences mères soit un effectif moyen de 24 patientes par 24 heures.
- le non remplissage des fiches de contre références à temps. Ces fiches étaient souvent remplies à moitié et abandonnées dans les dossiers par les agents de santé chargés de suivre les patientes en hospitalisation. Témoin de plusieurs mises en garde par les responsables au cours de différents staffs, un travail de sensibilisation est à faire suivi de sanctions positives et négatives.
- les centres de référence ne laissaient pas souvent une adresse géographique complète ni de contacts téléphoniques sur les fiches de référence afin de faciliter l'envoi des fiches de contre référence.

A la CUGO en 2017, DJIDONOU [9] avait constaté que les fiches de contre référence ont été envoyées dans 76,5% des cas. A la maternité d'Ignace Deen en Guinée, DIALLO [17] avait constaté que la contre référence était effective pour moins de 1% des patientes référées.

4.2.6 Facteurs associés à la qualité de la référence

La référence était de bonne qualité dans seulement 4,1% des cas.

Les facteurs associés significativement à la qualité de la référence étaient le niveau de formation sanitaire qui a référé (p = 0,001), la qualification de l'agent référent (p = 0,021) et le terme de la grossesse (p=0,001). En effet la référence était plus de bonne qualité lorsqu'elle provenait des hôpitaux de zone et lorsqu'elle est effectuée par les sages-femmes. Notre résultat diffère de celui de AGONNOUDE [14] qui a constaté au Nord du Bénin que la commune et le type public ou privé de la FS influençaient la qualité de la référence .A la CUGO, TSHABU-AGUEMON [19] avait trouvé que les facteurs de risque associés à

l'évacuation des parturientes et liés à la mortalité périnatale et ce, de façon statistiquement significative était le manque d'assistance médicale au cours de l'évacuation ($p < 0,001$), la grande multiparité des parturientes ($p < 0,05$).

4.3 Démonstration de l'hypothèse

Le système de référence et de contre référence au CHU-MEL présentait quelques insuffisances. Les pratiques professionnelles n'étaient pas bonnes surtout au niveau des centres référents. En effet, le CHU-MEL n'a quasiment pas été alerté avant la référence des patientes. Une bonne proportion de patientes n'étaient pas référées avec une fiche de référence ni un abord veineux. Même si la fiche de référence existait, elle n'était pas bien renseignée des fois. Les transports étaient rarement médicalisés et l'accompagnement médical n'était pas assuré. Quand bien même certaines patientes étaient en travail d'accouchement, elles n'étaient quasiment pas référées avec un partogramme.

Au CHU-MEL quelques irrégularités étaient constatées dans la prise des constantes à l'admission. Les premiers soins avaient connu de retard chez certaines patientes. Cependant la prise en charge était acceptable ou bonne dans la majorité des cas.

La contre référence n'était pas encore effective au CHU-MEL. Aucune fiche de contre référence n'a été envoyée aux centres de santé de provenance des patientes. Nombreuses étaient les fiches qui étaient à moitié remplies.

Ces différentes observations avaient pour conséquence au terme de notre étude la réduction de l'issue favorable tant maternelle que fœtale et s'associent à l'augmentation des complications maternelles. Aussi les femmes référées avaient eu dans leur rang un taux élevé de mortinatalité. Notre hypothèse n'est donc pas vérifiée: les pratiques professionnelles en lien avec les références et contre références sont mauvaises à Cotonou et environs. Par contre la prise en charge des patientes référées était acceptable au CHU-MEL.

Conclusion et suggestions

CONCLUSION

Notre étude a couvert une période de deux (02) mois allant de Juillet à Septembre 2021. Elle s'est intéressée à l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de référence et contre référence des urgences obstétricales au Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou et a permis d'objectiver ce qui suit :

- 1447 patientes avaient été admises aux urgences dont 622 référées soit une fréquence de référence de 42,9% ;
- L'âge moyen des patientes référées était de 26,9 ans ;
- Elles provenaient pour la plupart des centres de santé publique (57,2%).
- Les pratiques professionnelles en matière de référence ne sont pas bonnes dans 95,9% des cas. Le CHU-MEL n'était quasiment pas alerté avant les références des patientes. la majorité des patientes (71,9%) était référée avec une fiche de référence ; 68,7% des patientes référées avaient un abord veineux et 1,5% étaient référées avec partogramme. Le transport médicalisé avait été effectué dans 10,2% des cas, seulement 8,0% des patientes avait bénéficié d'un accompagnement médical ;
- Le temps moyen entre le délai de la prise de décision de la référence et l'admission au CHU-MEL était de 5,1 heures ;
- Les femmes étaient référées pour une meilleure prise en charge dans 51,1% des cas, car le plateau technique était inadéquat dans 33,5% des cas au niveau des centres qui référaient ;
- Le retard dans les premiers soins avait été constaté dans 11,1% des cas.

Notre étude a montré que la qualité de la référence était mauvaise à Cotonou et environs. La prise en charge des patientes était moyenne au CHU-MEL et la contre référence n'était pas effective.

SUGGESTIONS

➢ A l'endroit du Ministère de la santé

- ✓ Uniformiser et mettre en place dans toutes les formations sanitaires du pays aussi bien publiques que privées une fiche de référence des urgences obstétricales standardisée ;
- ✓ Organiser des formations à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur le système de référence et contre référence ;
- ✓ Assurer le recyclage périodique et régulier des agents de santé surtout sur la prise en charge des urgences obstétricales ;
- ✓ Doter les formations sanitaires en ressources humaines qualifiées et matérielles suffisantes afin de leur permettre d'assurer au mieux la prise en charge des urgences obstétricales ;
- ✓ Subventionner voire rendre gratuit le transport médicalisé pour assurer son accessibilité aux plus démunies ;
- ✓ Mettre en place un système de communication rapide et efficace entre les centres qui réfèrent et les centres de référence.

➢ A l'endroit des centres de santé référents

- ✓ Assurer que toutes les conditions de référence soient remplies avant toute référence (alerte du centre de référence, transport médicalisé, abord veineux, fiche de référence bien remplie, accompagnement médical) ;
- ✓ Prévenir le centre de référence et référer le plus tôt possible ;
- ✓ Utiliser systématiquement un partogramme pour la surveillance du travail d'accouchement chez toutes les parturientes ;
- ✓ Mentionner l'adresse complète des centres sur les fiches de référence afin de favoriser la contre référence ;
- ✓ Mettre en application les recommandations de la contre référence ;
- ✓ Evaluer périodiquement le Système de référence et contre référence.

- **A l'endroit du centre de référence : le CHU-MEL**

✓ Renforcer l'équipe de gestion de la contre référence ;

✓ Sensibiliser les agents de santé sur la nécessité d'un remplissage des fiches.

✓ Revoir la présentation de la fiche de contre référence afin qu'elle soit adaptée à toutes les pathologies et qu'elle comporte les recommandations du CHU-MEL nécessaire sur la qualité de la référence ;

✓ Communiquer sur les insuffisances de la référence et les difficultés avec les centres référant pour une meilleure mise en œuvre du système de référence et de contre référence ;

✓ Assurer l'envoi systématique des fiches de contre référence aux centres qui réfèrent à temps ;

✓ Mettre en place un organisme de supervision et de suivi des activités de référence au niveau du CHU-MEL.

- **A l'endroit de la population**

✓ Comprendre l'importance de la prise d'une décision de référence et l'impératif nécessité de s'y conformer afin d'aider les agents de santé à mieux faire leur travail et sauver ainsi des vies ;

✓ Mettre en pratique rigoureusement les décisions de référence des agents de santé pour une issue favorable maternelle et fœtale ;

Références

1. Ministère de la santé, direction de la santé de la mère et de l'enfant. Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin (PO-RMMN) 2018-2022. 2018 ; 1-11p

2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Evolution de la mortalité maternelle 2000-2017, estimation de l'OMS de l'UNICEF de l'UNAFPA, du groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies. 2018 ; 1-14p

3. **TONATO BAGNAN JA, LOKOSSOU MS, TSHABU-AGUEMON C, ADISSO S, YESSOUFOU M et al**. Les urgences obstétricales à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou : aspects épidémiologique et pronostic. Journal de la SAGO 2015; 18(2) : 12-16.

4. RONSMANS C, GRAHAM W.J. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet. 2006; 368(9542) : 1189-1200.

5. Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018; 317-321p

6. PERRIN RX, KOMONGUI DG. Le système de référence et contre référence dans les maternités: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. UMVF 2012 ; 5 : 1-27

7. HOUNKPATIN B.I.B. Contribution à l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales par la mise en place d'un système de référence à la maternité Lagune de Cotonou. [Thèse de doctorat en médecine]. Cotonou, Bénin : Université d'Abomey Calavi. 2002, n°992 97p

8. TCHAOU BA, HOUNKPONOU NF, SALIFOU K, ZOUMENOU E, CHOBLI M. Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspect clinique, thérapeutique et évolutifs. European Scientific Journal. 2015 ; 11(9) : 1857-7881

9. DJIDONOU B.M.A. Etude de la référence et de la contre référence des urgences obstétricales à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du centre national hospitalier et universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA de Cotonou en 2017. [Thèse de doctorat en médecine]. Cotonou, Bénin : Université d'Abomey Calavi. 2017, n°2040 112p

10. AKINOTCHO H.A.K. Les urgences obstétricales à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU/HKM : aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostics en 2018. [Thèse de doctorat en médecine]. Cotonou, Bénin : Université d'Abomey Calavi. 2019, n°2110 ; 163p

11. ALI OLAHITAN A.R.S. Les urgences obstétricales à la maternité du centre hospitalier universitaire départemental de l'Ouémé-Plateau au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et pronostics. [Thèse de doctorat en médecine]. Porto Novo, Bénin : université d'Abomey Calavi. 2016, n°1930 ; 324p

12. TOHOUENOU C. Les références obstétricales à la CUGO: qualité de référence et pronostics materno-foetals. [Thèse de doctorat en médecine]. Cotonou, Bénin : université d'Abomey Calavi. 2012 ; n°1641 ; 109p

13. FOFANA N.M. Evaluation système référence/évacuation des urgences obstétricales au CSREF CIV du district de Bamako. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako, Mali: Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako. 2018 ; 107p

14. AGONNOUDE A, HOUETO D, SOSSA C, BEHANZIN L. Connaissance des agents et qualité de la référence des urgences obstétricales au nord Bénin. Cah santé publique. 2018 ; 17(2) : 52-61

15. BAGNAN-TONATO JA, LOKOSSOU MSHS, OGOUDJOBI OM, TOGNIFODE V, OBOSSOU AAA et al. Management of Obstetric Emergencies at the Maternity Center of the University Hospital Center of Oueme-Plateau (CHUD O/P) in Benin. J Women's Health Care. 2017 ; 6(5) : 1-6

16. République de Guinée, Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, Institut National de la Statistique, Enquête par grappes à indicateurs multiples. 2016 ; 197-203p

17. DIALLO A, BAH IK, TOURE AA, SOW MA, SYLLA I et al. Evaluation du système de référence et contre référence obstétricale à la maternité d'Ignace Deen en Guinée. Journal africain des cas cliniques et revues. 2019 ; 3(4) : 505-16

18. République du Mali, Institut National de la Statistique, Enquête Démographique et de Santé 2018 ; 145-162p

1**9. TSHABU-AGUEMON C, DENAKPO J, ADISSO S, MAMPASSI E, de SOUZA J.** Mortalité maternelle et périnatale liées aux références obstétricales à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou. Journal SARAF. 2012 ; 17(1) : 1-10

20. THERA T, TRAORE Y, KOUMA A, DIALLO B, TRAORE Z, TRAORE M et al. Problématique de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako. Mali Médical. 2015 ; 30(3) : 34-37

21. République du Bénin, Ministère de la santé : direction de la programmation et de la prospective. Plan national de développement sanitaire (2009-2018) : 25-28p

22. SENGEYI MA, KAHINDO MP, KAMATA M, KAYEMBE MC, NEMBUNZU D. Références dans le service d'obstétrique de l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa en 2013. Revue médicale des grands lacs. 2016 ; 7(1) : 9-16

23. COULIBALY A.B. La référence/évacuation gynéco-obstétricale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako, Mali: Université de Bamako 2006 n°479 107p

24. OBOSSOU AAA, SALIFOU K, HOUNKPATIN B, TSHABOU AGUMON A, TOSSOU N, et al. Quality of the Reference of the Obstetric Emergencies to the Departmental Hospital Center of Borgou (CHD/B) at Parakou (Benin). Clinics Mother Child Health. 2014 ; 11(2) : 1-4

25. SHASHI K, RAVNEET K, SUMIT M, PARTHA A, AKHIL DG. Audit of emergency obstetric referrals from a secondary level hospital in haryana North India. J Family Med Prim care. 2018; 7(1) : 137-41

26. DENAKPO JL, ZOUMENOU E, HOUNKPATIN B, AGUEMON C, LOKOSSOU A et al. Impact des audits cliniques sur la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou Bénin. Journal de la SAGO. 2010 ; 11(2) : 1-5

27. SALIHOU A. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au centre de santé de référence de Niafunké de Janvier 2007 à Décembre 2008. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako, Mali : Université de Bamako. 2009 n°468; 99p

28. **CHITSA B**. Factors affecting the provision of referral services at the primary level of health care in Zomba District in Malawi. Texila international journal of public health. 2019; 19(1) : 1-12

29. TAYLER-SMITH K, ZACHARIAH R, MANZI M, VAN DEN BOOGAARD W, NYANDWI G and al. An ambulance referral network improves access to emergency obstretric and nenatal care in a district or rural with high maternal mortality. Tropical medicine and international health. 2013; 10(8): 993-1001

30. ESSENDI H, SAMUEL M, FOTSO JC. Barriers to formal emergency obstetric care services utilization**.** Journal of Urban Health. 2014 ; 88(2) : 356-369

31. GHARDALLOU M, LIMAM M, KHELIFI A, KHAIRI O, KHAIRI H and al. Obstetric referrals to a tertiary care maternity: a descriptive study. Pan African Medical Journal. 2019 ; 33(306) : 1-10

32. MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J. Précis d'obstétrique;5è édition Paris, France : Masson, 1993 : 242-627p

33. LANSAC J, MAGNIN G, SENTILHESS L. Obstétrique pour le praticien ; 6è édition Paris, France : Masson 2013 : 198-207 p

34. JAGUN OE. Audit of the referred patients to a tertiary center: a tool for need assessment. East African Medical Journal. 2015 ; 1(10) : 85-89

35. IBRAHIMA K. Accessibilité géographique des structures sanitaires au Sénégal. Annales des Sciences de la Santé. 2016 ; 10(1) : 10-25

36. **KAYONGO M, ESQUICHE E, LUNA M, FRIAS G, VEGA-CENTO L**. Strengthening emergency obstetric care in Ayacucho, Peru. International Journal of Gynecology and obstetric. 2006; 92: 299-307.

37. SINGH S, PAT D, OONA MC, MATHEW M. Referrals between public sector health institutions for women with obstetric high risk, complications or emergencies in India-A systematic review. PLoS ONE. 2016 ; 11(8) : 1-23

38. HOUNGNIHIN RA, SOSSOU AJ. Comprendre le renoncement à la référence obstétricale à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Cotonou. Afrique, Santé publique et développement. 2017 ; 29 (5) : 719-729

39. SEPOU A, YANZA MC. Analyse des évacuations sanitaires en gynéco obstétrique à Bangui Centrafrique. Cahier d'étude et de recherches francophones/santé. 2000 ; 10 : 399-405.

40. CISSE ML, RAAD B, DIOUF A, WADE F, MOREAU J.C. Bilan des évacuations obstétricales à l'Hôpital Régional de Kolda (Sénégal). Médecine d'Afrique Noire. 2010; 57(1): 37-43.

41. NAYAMA M. Mortalité maternelle au niveau d'une maternité de référence: étude prospective à propos de 104 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2006; 53(12): 687-693.

42. **SAMAKE A, TRAORE SO, KEITA A, DOUMBIA S, DIALLO M** et al. Les évacuations sanitaires obstétricales dans un hôpital de deuxième niveau de référence du district de Bamako. Heath sci. Dis. 2020 ; 21(9) : 96-99

43. SUBTIL D, GRANDJEAN H, VAYSSIERE C, VERSPICK E. Grossesse prolongée et terme dépassé. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 (8) : p 698-700

44. WALKER DM, SUSANNA RC, PARTHA H, MARCIA E. Pronto training for obstetric and neonatal emergencies in Mexico. International Journal of gynecology and obstetric. 2012 ; 116(2012) 128-133

45. **QURESHI RN, SULTANALI RS, HOODBHOY Z, BANO R, JABEE N**. Referral pattern of emergencies in obstetrics: implications for defining scope of services and policy. Journal of the Pakistan Medical Association: JPMA. 2016; 66(12) : 1606-1610.

46. AFARI H, HIRSCHHORN LR, MICHAELIS A, BARKER P, and al. Quality improvement in emergency obstetric referrals: qualitative study of

provider perspectives in Assin North district, Ghana. BMJ Open. 2014 ; 4(10) : 1-8

47. WILLIAMS JK, BAILEY PE, YEJI F, ADONGO EA and al. Conducting an audit to improve the facilitation of emergency maternal and newborn referral in Ghana. Global Public Health. 2015 ; 10(9) : 1118-1133

48. DUBEY S, MEHTA S, SINGH S, RAHATGI A. Referrals revisited : a clinical audit. Int J Reprod contracept obstet gynecol. 2017; 6(11) : 5118-5121

49. HUSSEIN J, KANGURU L, ASTIN M, MUNJANJA S. The Effectiveness of Emergency Obstetric Referral Interventions in Developing Country Settings: A Systematic Review. PLoS Med. 2012 9(7): 1-12

50. PRATHIBA P, NIRANJJAN R, DILIP RM, SUBITHA L. Referral Chain of patients with obstetric emergency from primary care to tertiary care : a gap analysis. Journal of Family Medicine and Primary care. 2020; 9 (1) : 347-353

51. SAMIKSHA S, DOYLE P, OONA MR, CAMPBELL GVS, MURTHY. Management and referral for high-risk conditions and complications during the antenatal period: knowledge, practice and attitude survey of providers in rural public healthcare in two states of India. Reproductive Health. 2019; 16 (100) : 1-14

52. **MANIJCH E, ABBAS A, FABIBA B.** Barriers of referral system to Health Care Provision in rural societies in Iran. Journal of Caring Sciences. 2013 ; 2(3) ; 229-236

53. BELINGA EP, FOUMANE P, DOHBIT SJ, NGO UM E, KIYECK KD. Pronostic des références obstétricales à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Pan African Medical Journal. 2017; 28 (301) ; 1-7

54. GHARDALLOU M, LIMAM M, KHELIFI A, KHAIRI O, KHAIRI H. **and al**. Obstetric referrals to a tertiary care maternity: a descriptive study. Pan African Medical Journal. 2019; 33 (306) : 1-10

55. SALIFOU K, HOUNKPATIN B, AGOSSOU J, KOMONGUI D, LOKOSSOU A. Mortalité et morbidité liées aux références obstétricales à la maternité du centre hospitalier départemental du Borgou (CHDB) (Bénin), Annales de l'Université de Parakou série ''Sciences de la santé''. 2011 ; 1(1) :1-6

56. **STRAND RT, de CAMPOS PA, PAULSSONG D, OLIVEIRE J, BERGSTROMS**. Audit of referral of obstetric emergencies in Angola: a tool assessing quality of care. Afr J Reprod Health. 2009; 13(2) : 75 – 85

57. DANIELS AA, ABUOSI A. Improving emergency obstetric referral system in low an middle income countries: a qualitative study in a tertiary health facility in Ghana. Health services Research. 2020; 20(32) : 1-10

58. **CARVALHO OM, ANTONIO BV, AUGUSTO MCC, ALVARO J and al**. Delays in obstetric care increase the risk of neonatal nearmiss morbidity events and death: a case control study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020; 20(437) : 1-10

59. WILLIAMS JK, BAILEY PE, YEJI F, ADONGO EA. and al Conducting an audit to improve the facilitation of emergency maternal and newborn referral in Ghana. Global Public Heath. 2015 ; 10(9) : 1118-1133.

60. NKWABONG E, KOUAM L, FOMULU JL, NGASSA P, WAMBA T, MVE KOH V et al. Devenir materno-foetal précoce des parturientes évacuées au CHU de Yaoundé. Clin Mother Child Health. 2005; 2(1): 261-264.

61. **THIAM O, CISSE ML, MBAYE MM, NIANG MM, GUEYE M, DIOUF AA, DIEYE S, MOREAU JC**. La problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise: exemple du centre hospitalier de Ndioum. Rev CAMES SANTE. 2013; 1(2): 51-56

62. HEEMELAAR S, NELISSEN E, MDOE P, KIDANTO H, VAN ROOSMALEN J and al. Criteria-based audit of caesarean section in a referral hospital in rural Tanzania. 2016 ; 21(4) : 525-534

63. **OMO-AGHOJA LO, AISIEN OA, AKUSE J, BERGSTROM S, OKONOFUA FE.** Maternal mortality and emergency obstetric care in Benin City, South-South Nigeria. Journal of clinical medicine and research. 2010 ; 2(4): 055-060.

Annexes

Annexe 1 : FICHE D'ENQUETE

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MATIERE DE REFERENCE ET CONTRE

REFERENCE AU CHU-MEL DE 2020 à 2021

Fiche d'enquête du CHU-MEL

Date……/…. .../……

N° de dossier…… N° de la fiche d'enquête…….

N°	QUESTIONS	OPTIONS ET CODAGES	REPONSES
I-Facteurs socio démographiques			
	I-1 Gestante/Parturiente		
Q1	**Nom et prénoms** (écrivez)		
Q2	**Age** (écrivez)		
Q3	**Profession**	1=Ménagère 2=élève 3=revendeuse/commerçante 4=salariée 5=artisane 6=sans emploi 7=autres à préciser……..	
Q4	**Situation matrimoniale**	1=célibataire 2=mariée 3= union libre 4=divorcée 5=veuve	
Q5	**Religion**	1=catholique 2=musulmane 3=évangélique 4=céleste 5=Religion endogène 6=protestante 7=aucune 8= autres ……	
Q6	**Ethnie**	1=fon 2=goun 3=adja 4=yoruba 5=mina 6=ayizo 7=nago 8=ibo 9=autres (à préciser)……	
Q7	**Niveau d'instruction**	1=Non scolarisée 2=primaire 3= secondaire 4=supérieur 5=alphabétisation 6=non préciser	
Q8	**Revenu mensuel**	1=moins de 40000FCFA 2=40000 à 80000FCFA 3=80000FCFA à 120000FCFA 4=120000 et plus 5= ne sait pas 6=non précisé	
	I-2 conjoint		
Q9	**Age** (écrivez)		
Q10	**Profession**	1=paysan 2= élève 3= étudiant 4=commerçant/revendeur 5=artisan 6=salarié 7=sans emploi	
Q11	**Niveau d'instruction**	1=Non scolarisé 2=primaire 3= secondaire 4=supérieur 5=alphabétisation 6=non préciser	
Q12	**Revenu mensuel**	1=moins de 40000FCFA 2=40000 à 80000FCFA 3=80000 FCFA à 120000FCFA 4=120000 et plus 5= ne sais pas 6=non précisé	

II- Facteurs liés à la patiente (antécédents)			
Q13	médicaux	1=HTA 2=diabète 3=drépanocytose 4=cardiopathie 5=tuberculose 6=asthme autres à préciser……	
Q14	**chirurgicaux** ;	1=césarienne 2=myomectomie 3=GEU 4=appendicectomie 5=kystectomie 6= autres interventions chirurgicales (à préciser)……	
Q15	**obstétricaux** : (écrivez les nombres)	Gestité :….. Parité :……. enfants vivants :…… décédés :…… mort-né…… avortements (nombre) : spontané :…… provoqué :……	
Q16	**Sociaux** :	1= Elle vit avec son époux sous le même toit 2=elle et son mari vivent de façon séparée 3=Elle vit dans la maison familiale 4=elle vit dans une maison propre au couple	
Q17	**Grossesse actuelle**		
Q17-1	**Terme de la grossesse**	……**SA** +……**jours**	
Q17-2	**Nombre de CPN**	1=moins de 4 2= entre 4 et 8 3=plus de 8 4=non précisé	
Q17-3	**Nombre d'échographie réalisé**	1=Zéro 2=un 3=deux 3=trois 4=plus de trois	
Q17-4	**Si échographie faite** (préciser le nombre)	1er trimestre…… 2e trimestre ….. …….. .3e trimestre……	
Q17-5	**Bilan prénatal**	1=sérologie HIV 2= AgHBs 3=HVC 4=TPHA/VDRL 5=sérologie toxoplasmique 6=CMV 7=rubéole 8=GsRH 9=électrophorèse de l'hémoglobine autres…….	
Q17-6	**Pathologie sur grossesse**	1=HTA gravidique 2=infection urinaire 3=paludisme 4=anémie 5= diabète 6=infection génitale basse Autres……..	
III-Facteurs liés au centre de provenance			
Q18	**Centre de santé de** (le nom de centre)	…….	
Q19	**Qualité de la formation sanitaire**	1=privé 2=publique 3=confessionnelle 4=ONG 5= non précisée	
Q20	**Type de formation sanitaire**	1=Centre de santé d'arrondissement 2=centre de santé communal 3= hôpital de zone 4=centre hospitalier départemental 5=clinique autres ……..	
Q21	**Date de référence :** **Heure de référence**	…… …….. …….	
Q22	**Heure de départ** **Heure d'arrivé au CHU-MEL**	……. …….	
Q23	**Temps mis entre la décision de la référence et l'admission au CHU-MEL**	**:…….(en heure)**	

Q24	**Distance entre le centre de référence et CHU-MEL**	**:……km**	
Q25	**Qualification de l'agent qui réfère**	1=aide-soignant 2= infirmier/infirmière 3=sage-femme 4= médecin généraliste 5=gynécologue 6=autres (à préciser)……	
Q26	**Appel avant référence**?	1=Oui 2=non	
Q27	**Moyen de transport**	1=pied 2=taxi-moto 3=véhicule taxi 4=voiture personnel 4=transport en commun 5= ambulance 6=sapeurs-pompiers 7=autres…….	
Q28	**Si ambulance, agent de santé à bord** ?	1=Oui 2= non	
Q28-1	**Si oui qualification de l'agent de santé**	1=aide-soignant 2=infirmier/infirmière 3=sage-femme 4=médecin généraliste 5=Gynécologue 6=autres (à préciser) …….	
Q29	**Référée avec fiche de référence** ?	1=Oui 2= non	
Q29-1	**Si oui fiche bien remplie (date, l'heure, motif, soins)** ?	1=Oui 2= non	
Q30	**Motif de référence**		
Q30-1	**Motifs liés au centre**	1=défaut de produits sanguins labiles 2=indisponibilité de bloc opératoire 3=bloc opératoire non fonctionnel 4= indisponibilité d'un opérateur qualifié 5=pas de service de réanimation 6=pas de service de néonatologie 7=plateau technique insuffisant 8=autres …….	
Q30-2	**Pathologie du 1er trimestre**	1=GEU 2=avortement incomplet hémorragique 3= grossesse molaire 4=HTA sévère 5=anémie du post abortum Autres (à préciser) ……..	
Q30-3	**Pathologie du 2e trimestre**	1=HTA sévère 2=pré-éclampsie 3=éclampsie 4=métrorragie 5=Autres ……	
Q30-4	**Pathologie du 3e trimestre**	1=HTA sévère 2=pré-éclampsie 3= éclampsie 4=HRP 5=PP 6=RPM 7=SFA 8=Présentation dystocique 9=rupture utérine 10=rétention de J2 11=complication hémorragique de la délivrance 12= anémie du post-partum autre (à préciser)……	
Q30-5	**motifs lié à la patiente**	1=problème financier 2=suivi post opératoire	
Q31	**Travail d'accouchement en cours ?**	1=Oui 2= non	

Q32	**Si oui est-elle référée avec partogramme ?**	1=Oui 2= non	
Q33	**Soins avant référence?**	1=Oui 2= non	
Q33-1	**Si oui conduite tenue**	1=abord veineux 2=oxygénation 3=sondage vésical 4=canule de Guedel 5=césarienne 6=accouchement par voie basse 7= laparotomie 8=antihypertenseurs 9=antalgiques 10=antibiotiques 11=utéro toniques 12=anticonvulsivants 13=antispasmodiques 14=remplissage vasculaire 15=produit sanguin labile 16=non préciser autres (à préciser) …….	
IV-facteurs liés au centre de référence (chu-mel)			
Q34	**Date d'admission** **heure d'admission**	**……** **……**	
Q35	**Qualification de l'agent qui reçoit** :	1=sage-femme 2=infirmier/infirmière 3=étudiante sage-femme 4=étudiant(e) en médecine 5=médecin en spécialisation (DES) : 1 /__/ 2 /__/ 3 /__/ 6=autres (à préciser …….	
A-Examen de la patiente à l'admission			
Q36	**Support de référence exploité** ?	1=Oui 2= non	
Q37	**Examen de l'état général**		
Q37-1	Etat général	1=bon 2=moyen 3= mauvais	
Q37-2	Conjonctive**s**	1=colorés 2=moyennement colorées3=pales	
Q37-3	Constantes (mettez les valeurs)	TA :……température:…… FC…. FR …	
Q38	**-Examen obstétrical**		
Q38-1	Ecrivez les valeurs	HU…. BDCF :….. CU (nombre en 10min)…	
Q38-2	Etat du col	1=dilaté (nombre de cm) :…… 2=fermé	
Q38-3	Poche des eaux	1= intactes 2=rompues	
Q38-4	Bassin	1=normal 2=limite 3=transversalement rétréci 4=Généralement rétréci	
Q38-5	Doigtier : saignement **?**	1=Oui 2= non	
Q38-6	Si oui apprécier la quantité :	1=minime 2=moyenne abondance 3=grande abondance	
Q39	**Diagnostic à l'admission**		
Q39-1	**Pathologie du 1er trimestre**	1=GEU 2=avortement incomplet hémorragique 3= grossesse molaire 4=HTA sévère 5=anémie du post abortum Autres (préciser)……	

Q39-2	**Pathologie du 2e trimestre**	1=HTA sévère 2=pré-éclampsie 2=éclampsie 3 =métrorragie Autres (à préciser)……	
Q39-3	**Pathologie du 3e trimestre**	1=HTA sévère 2=pré-éclampsie 3=éclampsie 4=HRP 5= PP 6=RPM 7=SFA 8=Présentation dystocique 9=rupture utérine 10=rétention de J2 11=complication hémorragique de la délivrance 12= anémie du post-partum 13=HPP tardive 14=autre (à préciser)……	
Θ40	**Bilan demandé** :		
Q40-1	**A visé diagnostique**	1=NFS 2=CRP 3=protéinurie des 24H 4=BU 5=β-HCG plasmatique 6=échographie 7=PV/ECB 8=ECBU	
Q40-2	**A visé de retentissement**	**Maternel** :1=TP TCK 2=urémie 2=créatininémie 3=ionogramme sanguin 4=uricémie 5=ASAT/ALAT 6=glycémie à jeun 7=ECG 8=Fond d'œil 9=fibrinogène	
		Fœtal : 1=échographie 2=ERCF	
Q40-3	**Avisé thérapeutique**	GsRH	
Q40-4	**Bilan de terrain**	1=sérologie HIV 2=glycémie à jeun	
Q40-5	**Bilan de suivi**	1=NFS 2=β-HCG plasmatique	
Q41	**Concordance entre motif de référence et diagnostic à l'admission** ?	1=Oui 2= non	
		B-Prise en charge	
Q42	**Kit d'urgence disponible pour la prise en charge**	1=Oui 2= non	
Q42-1	**Si non est-il prescrit à la patiente**	1=Oui 2= non	
Q43	**Y a-t-il de retard dans les premiers soins** ?	1=Oui 2= non	
Q43-1	**Si oui motifs lié malade**	1=indisponibilité des produits prescrits 2=refus des soins 1=indisponibilité des parents à payer les médicaments prescrits Autres (à préciser)…	
Q43-2	**Motifs liés au CHU-MEL**	1=problème de place en salle d'accouchement 2= kit d'urgence indisponible 3=bloc occupé 4=bloc non fonctionnel 5=indisponibilité de gynécologue 6= problème de tambour 7=indisponibilité de kit de césarienne 8=problème de sur blouse au bloc Autres (à préciser)……	
Q44	**Prise en charge**	1=soins médicaux 2=accouchement simple 3=accouchement instrumental 4=césarienne 5=révision utérine 6=curetage autres (à préciser)……..	

Q45	**Prise en charge adéquate de la patiente ?**	1=Oui 2= non	
Q45-1	**Si non les raisons**	…….	
	C- <u>Pronostic</u>		
	<u>Maternel</u>		
Q46	**Patiente a-t-elle accouché ?**	1=Oui 2= non	
Q46-1	**Si oui, les suites de couches/opératoires**	1=simples 2=compliquées	
Q47	**y a-t-il des complications après prise en charge ?**	1=Oui 2= non	
Q47-1	**Si complication, laquelle ou lesquelles ?**	1=Anémie 2=HPPI 2=HPP secondaire/tardive 3=endométrite 4=paramétrite 5=pelvi péritonite 6=thrombophlébite du membre pelvien 7=abcès mammaire 8=suppuration profonde 9=altération de l'état de conscience 10=AVC 11=autres (à préciser)	
Q48	**Traitement des complications**	1=hystérectomie 2=poly transfusion sanguine (autres à préciser)… ……	
Q49	**Date de sortie** **heure de sortie**	…….. ……	
Q50	**Etat de sortie**	1=vivant 2=décès	
Q51	**Si décédée, cause**	1=infection 2=hémorragie 3=anémie 4=sévère décompensée 5=éclampsie autres (à préciser) ……	
Q52	**Si la patiente est vivante, bilan de sortie fait ?**	1=Oui 2= non	
Q53	**Un entretien est-il fait avec la patiente sur le diagnostic et la suite de la prise en charge ?**	1=Oui 2= non	
	<u>Fœtal</u>		
Q54	**Prématuré** ?	1=Oui 2= non	
Q55	**Etat du nouveau-né**	1=vivant 2=réanimé 3=mort-né frais avec BDCF à l'admission 4=mort-né frais sans BDCF à l'admission 5=mort-né massé ré	
	V- contre référence et rétro information		

Q56	**Retro-information envoyée** ?	1=Oui 2=non	
Q57	**Contre référence envoyée ?**	1=Oui 2=non	
Q58	Le support de contre référence est envoyé par quel canal	1=Téléphone 2=coursier	
Q59	Un support d'accusé de réception est-il précisé ?	1=Oui 2=non	
Q60	Contenu du support de la contre référence		
Q60-1	Les informations concernant l'identité de la patiente clairement libellées ?	1=Oui 2=non	
Q60-2	Les informations concernant la qualité de la référence clairement précisées ?	1=Oui 2=non	
Q60-3	Les informations concernant le diagnostic clairement précisées ?	1=Oui 2=non	
Q60-4	Les informations concernant la prise en charge clairement précisée ?	1=Oui 2=non	
Q60-5	Les informations concernant l'évolution sont-elles précisées ?	1=Oui 2=non	
Q60-6	Les informations concernant l'état de sortie sont-elles précisées ?	1=Oui 2=non	
Q60-7	Les recommandations sur la suite de la prise en charge de la patiente sont-elles précisées ?	1=Oui 2=non	
Q61	Le cas avait-il fait l'objet d'analyse et de recommandation par l'équipe de CHU-MEL ?	1=Oui 2=non	

ANNEXE Q44 classification des diagnostics en fonctions du degré d'urgence

Code rouge : PEC dans les 15min	Code jaune : PEC dans les 30min	Code vert : PEC dans les 24 heures
- GEU rompue - HRP avec BDC positifs - Eclampsie - syndrome de pré-rupture - Rupture utérine - Rétention de J2 -avortement incomplet hémorragique Anémie du post-abortum décompensée - PP avec hémorragie cataclysmique - HPPI décompensée -SFA - Présentation dystocique	- RPM Pré-éclampsie sévère HTA sévère HPPI non décompensé Avortement incomplet non hémorragique Anémie du post abortum non décompensée GEU non rompue Anémie du post partum non décompensée PP avec hémorragie de petite abondance	Grossesse molaire non hémorragique PP non hémorragique Pré-éclampsie PP non hémorragique HRP avec mort in-utéro

Annexe 2 : Autorisation de recherche



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE LA MERE ET DE L'ENFANT LAGUNE
(CHU – MEL)
****
DIRECTION GENERALE

+229 21-14-94-38 / 65 19 38 09

N° 1750/MS/CHU-MEL/SRH/DGPFE/SA

Cotonou, le 09 JUIL 2021

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Je soussigné Lambert LOKO TONOUDJI, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), autorise le nommé **DADA Alphonse**, étudiant en 7ème année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), à collecter dans ledit centre, des données dans le cadre de la rédaction de sa thèse de doctorat en médecine portant sur le thème « **ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MATIÈRE DE RÉFÉRENCE ET CONTRE RÉFÉRENCE DES URGENCES OBSTÉTRICALES AU CHU-MEL DE COTONOU DE 2020 À 2021** ».

En foi de quoi, la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Le Directeur Général

Lambert LOKO TONOUDJI

AMPLIATIONS

Direction des Affaires Médicales	1
Services Techniques	5
Intéressé	1
Chrono/Archives	1

Scanné avec CamScanner

Table des matières

Table des matières

Dédicaces i
Remerciements v
Hommages viii
Liste des sigles et abréviations xi
Liste des tableaux et figures xiv
LISTE DES TABLEAUX xv
LISTE DES FIGURES xviii
SOMMAIRE xx
Introduction 1
1. Généralités 8
1.1 Définition des concepts 9
1.2 Epidémiologie de la mortalité maternelle dans le monde et référence obstétricale 9
1.3 Motifs de référence 11
1.3.1 Les urgences obstétricales 11
1.3.1.1 Les syndromes vasculo-rénaux 11
1.3.1.2 Les hémorragies 13
1.3.2 Les difficultés d'organisation de la référence 27
1.4 Prise en charge des urgences obstétricales 27
1.4.1 Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) 27
1.4.2 Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) 28
1.4.2.1 Prévention et prise en charge de l'hémorragie du postpartum 29
1.4.2.2 Prévention et prise en charge de l'hypertension pendant la grossesse 29
1.4.2.3 Prévention et prise en charge de la grossesse non désirée 29
1.4.2.4 Prévention et traitement de l'infection 29

1.4.2.5 Dystocie mécanique et complications associées (infection et hémorragie) 30
1.4.2.6 Prévention des causes indirectes des décès maternels 30
1.5 Organisation du système de santé au Bénin [21] 30
1.5.1 Pyramide sanitaire 30
1.5.2. Secteurs publics 31
1.5.3 Secteur privé 32
1.6 Organisation du système de références et contre références au Bénin [24] . 32
1.6.1 La préparation de l'urgence obstétricale par le centre qui réfère 32
1.6.2 Le mode d'acheminement des patientes référées : 33
1.6.3 L'accueil de l'urgence au centre de référence 33
2. Cadre et méthodes d'étude 35
2.1 Cadre d'étude 36
2.1.1 Présentation de la ville de Cotonou 36
2.1.2 Cadre d'étude proprement dit 36
2.1.2.1 Structure organisationnelle des services médicaux 37
2.1.2.2 Service de la mère 37
2.1.1.2 Les services de l'enfant 40
2.1.1.3 Les autres services et secteurs 40
2.2 Méthode d'étude 41
2.2.1 Type d'étude 41
2.2.2 Période d'étude 41
2.2.3 Population d'étude 41
2.2.4 Echantillonnage 41
2.2.5 Critères d'inclusion 41
2.2.6 Critères de non inclusions 42
2.2.7 Critères d'exclusion 42
2.3 Variables étudiées 42

2.3.1 Variable dépendante : 42
2.3.2 Variables indépendantes : 42
2.4 Collecte des données 46
2.4.1 Techniques de collecte de données 46
2.4.2 Outils de collecte des données 47
2.4.3 Traitement et analyse des données 47
2.5 Considérations éthiques : 48
2.6 Difficultés rencontrées 48
3. Résultats 49
3.1.1 Fréquence 50
3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des patientes référées 51
3.1.2.1 Répartition des patientes référées en fonction de l'âge au CHU-MEL en 2021 51
3.1.2.2 Répartition des patientes référées selon la profession et la situation matrimoniale au CHU-MEL en 2021 51
3.1.2.4 Répartition des patientes référées au CHU-MEL selon l'ethnie, le niveau d'instruction et le revenu mensuel en 2021 53
3.1.3 Les antécédents des patientes référées au CHU-MEL en 2021 54
3.1.3.1 Les antécédents médicaux et chirurgicaux des patientes référées au CH-MEL en 2021 54
3.1.3.3 Répartition des patientes référées selon les antécédents obstétricaux au CHU-MEL en 2021 55
3.1.3.4 Répartition des patientes référées selon le terme de la grossesse au CHU-MEL en 2021 56
3.1.3.5 Répartition des patientes référées en fonction des examens prénataux réalisés au CHU-MEL en 2021 57
3.1.3.6 Répartition des patientes référées selon les pathologies survenues au cours de la grossesse au CHU-MEL en 2021 58

3.2 Etude de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021 58
3.2.1 Description des composantes de la référence 58
3.2.1.1 Répartition des patientes référées selon le type et le niveau de formation sanitaire et le département de provenance au CHU-MEL en 2021 58
3.2.1.2 Répartition des patientes référées en fonction du délai avant l'admission au CHU-MEL en 2021 59
3.2.1.3 Répartition des patientes référées selon la distance entre le centre de référence et le CHU-MEL 60
3.2.1.4 Répartition des agents référents au CHU-MEL en fonction de leur qualification 60
3.2.1.5 Répartition des formations sanitaires ayant donné l'alerte avant la référence au CHU-MEL en 2021 61
3.2.1.6 Répartition des alertes en fonction de la qualification de l'agent référent 62
3.2.1.7 Répartition des patientes référées selon le type de moyens de transport au CHU-MEL en 2021 62
3.2.1.8 Répartition des patientes référées avec ambulance en fonction du niveau de formation sanitaire au CHU-MEL en 2021 63
3.2.1.9 Répartition des soignants au cours du transfert des patientes par ambulance 64
3.2.1.10 Répartition des patientes selon l'existence de la fiche de référence 64
3.2.1.11 Qualité du remplissage des fiches référence en fonction du centre de provenance 64
3.2.1.12 Répartition des formations sanitaires en fonction de la prise de l'abord veineux avant la référence au CHU-MEL en 2021 65
3.2.1.13 Motifs de référence 66
3.2.1.14 Répartition des patientes référées en fonction du travail d'accouchement, du partogramme et des soins avant l'admission 68

3.2.1.15 Répartition des référées selon les soins avant la référence au CHU-MEL en 2021 68
3.2.1.16 Répartition des référées selon la qualification de l'agent du premier contact au CHU-MEL en 2021..... 70
3.3.2.2 Qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021 70
3.3 Prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021..... 71
3.3.1 Description de la prise en charge des urgences obstétricales au CHU- MEL en 2021 71
3.3.1.1 Répartition des patientes référées selon l'exploitation du support de référence et de leur état clinique à l'admission au CHU-MEL en 2021..... 71
3.3.1.2 Répartition des patientes référées selon des constantes prises à l'admission au CHU-MEL en 2021 72
3.3.1.3 Répartition des référées selon la réalisation d'examen physique à l'admission au CHU-MEL en 2021 73
3.3.1.4. Répartition des patientes référées selon les pathologies du premier trimestre et du deuxième trimestre de grossesse au CHU-MEL en 2021..... 73
3.3.1.5 Répartition des référées selon les pathologies du troisième trimestre et du post-partum au CHU-MEL en 2021..... 75
3.3.1.6 Répartition des patientes selon la disponibilité de kit d'urgence et le retard dans les premiers soins au CHU-MEL en 2021 77
3.3.1.7 Répartition des patientes référées selon les raisons de retard de premiers soins liées à la patiente et selon raisons de retard d'offre de soins liées CHU MEL en 2021 77
3.3.1.8 Issue maternelle..... 78
3.3.1.9 Issue fœtale..... 81
3.3.2 Analyse de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL..... 81

3.3.2.1 Qualité de prise en charge des pathologies du premier trimestre de la grossesse au CHU-MEL en 2021 81
3.3.2.2 Qualité de prise en charge des pathologies du deuxième trimestre de la grossesse au CHU-MEL en 2021 82
3.3.2.3 Qualité de prise en charge des pathologies du troisième trimestre :..... 83
3.4 Etude de la contre référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021 85
3.4.1 Organisation de la contre référence..... 85
3.4.2 Qualité des pratiques professionnelles en matière de contre référence au CHU-MEL en 2021 86
3.5 Analyse des facteurs associés à la qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021 87
3.5.1 Influence de l'âge des patientes référées sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 87
3.5.2 Influence de la profession des patientes référées sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 87
3.5.3 Influence de la situation matrimoniale sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021..... 88
3.5.4 Influence de religion sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 89
3.5.5 Influence du niveau d'instruction sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021..... 90
3.5.6 Influence du type de formation sanitaire sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 90
3.5.7 Influence du niveau de formation sanitaire sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021 91
3.5.8 Influence du terme de la grossesse sur la qualité de la référence au CHU-MEL en 2021..... 92

3.5.9 Influence de la qualification de l'agent référent sur la qualité de la référence 93
3.5.10 Influence de la qualité de la référence sur l'état du nouveau-né au CHU-MEL en 2021 94
4. Discussion 96
4.1 Validité de la méthodologie 97
4.2. Atteinte des objectifs et revue de la littérature comparée à nos résultats ... 98
4.2.1 Atteinte des objectifs 98
4.2.2 Revue de la littérature comparée à nos résultats 99
4.2.2.1 La fréquence des urgences obstétricales 99
4.2.2.2 Profils sociodémographique et clinique des patientes référées 100
4.2.2.3 Antécédents Obstétricaux 102
4.2.3 Etude de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2021 104
4.2.3.1 Formations sanitaires de provenance 104
4.2.3.2 Qualification de l'agent référent 104
4.2.3.3 Qualité de la préparation 104
4.2.3.4 Qualité du transport des patientes référées au CHU-MEL 106
4.2.3.5 Motifs de référence 108
4.2.3.6 L'accueil des patientes référées au CHU-MEL 108
4.2.3.7 Qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL 108
4.2.4 Prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL 109
4.2.4.1 Exploitation du support de référence et examen physique à l'admission 109
4.2.4.2 Les premiers soins et disponibilité de kits d'urgence 109
4.2.4.3 Issues maternelle et fœtale 110
4.2.4.4 Analyse de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales au CHU-MEL 112

4.2.5 Qualité des pratiques professionnelles en matière de contre référence au CHU-MEL en 2021 112
4.2.6 Facteurs associés à la qualité de la référence 113
4.3 Démonstration de l'hypothèse 114
CONCLUSION 116
SUGGESTIONS 117
Références 120
Annexes ..... A
Table des matières ..... B

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois,
En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et Devant l'effigie d'Hippocrate,
Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, 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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, 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 dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

VU LE DOYEN

VUE LE PRÉSIDENT DU JURY

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

Résumé

Objectif : le but de ce travail était d'évaluer les pratiques professionnelles en matière de référence et contre référence des urgences obstétricales au CHU-MEL de Cotonou en 2021.

Méthode : il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte des données prospective couvrant une période de deux mois. Etaient incluses les patientes référées au CHU-MEL pour une urgence obstétricale ayant donné leurs consentements éclairés.

Résultat : Au cours de la période d'étude, 622 patientes ont été référées pour urgences obstétricales sur un total de 1447 admissions aux urgences soit une proportion de 42,9%. L'âge moyen de patientes référées était de 26,91 ans ± 6,286 avec des extrêmes de 15 à 47 ans. Le secteur public référait plus de patiente que le secteur privé. Le CHU-MEL avait été alerté dans 11,0% des cas avant référence. La fiche de référence était présente dans 73,9% des cas mais mal renseignée dans 22,3% des cas. Les patientes référées avec d'abord veineux représentaient 68,7% de notre population d'étude. Plus de la moitié des patientes (55,9%) était en travail d'accouchement mais seulement 1,5% étaient référées avec partogramme. Les moyens de transport n'étaient médicalisés que dans 10,2% des transferts et l'accompagnement a été médical dans seulement 8,0% des cas. Les patientes étaient référées pour meilleure prise en charge dans 51,1% et pour plateau technique inadéquat dans 35,5% des cas. La référence était bonne seulement dans 4,1%. Au CHU-MEL, le support de référence a été exploité dans 93,9% des cas. Les premiers soins avaient connu de retard chez 11,1% des référées. Le taux de létalité était de 1,4%. La prise en charge était acceptable ou bonne au CHU-MEL dans 86,6% pour les pathologies du premier trimestre, 90,7% pour les pathologies du deuxième trimestre et dans 99% pour celles du troisième trimestre. Les facteurs associés à la qualité de référence étaient le niveau de formation sanitaire qui réfère, la qualification de l'agent référent et le terme de la grossesse. Aucune contre fiche de référence n'avait été envoyée aux centres référents.

Conclusion : Les résultats de notre étude ont montré que les pratiques professionnelles en lien avec les références et contre références sont mauvaises à Cotonou et ses environs. Par contre la prise en charge des patientes référées était bonne au CHU-MEL

Mots clés : pratiques, référence, contre référence, urgences obstétricales.

Abstract

Objective: The aim of this work was to assess professional practices in terms of referral and back-referral of obstetric emergencies at the Cotonou CHU-MEL in 2021.

Method: it was a descriptive and analytical study with prospective data collection covering a period of two months. Included women referred to the CHU-MEL for an obstetric emergency who gave their informed consent.

Results: During the study period 622 patients were referred for obstetric emergencies out of a total of 1447 emergency room admission, a proportion of 42,9%. The mean age of referred patients was 26,9 ± 6,286 years with extremes of 15 to 47 years. The public sector referred more patients than the private sector. The CHU-MEL had been contacted in 11,0% of cases before referral. The referral form was present in 73,9% of cases but poorly completed in 22,3% of cases among the latter. Women referred with venous approch represented 68,7% of our study population. More than half of women (55,9%) were in labor but only 1,5% were referred with partograph. The means of transport were medicalized in only 10,2 % of the transfers and the support was medical in only 8,0% of the cases. Women were referred for better care in 51,1% and for inadequate technical support in 35,5% of cases. The benchmark was good only in 4,1% of case At CHU-MEL, the reference support was used in 93,9% of cases. First aid was delayed in 11,1% of referrals. The case fatality rate was 1,7%. Management was acceptable or good at CHU-MEL in 86,6% for pathologies of the first trimester, 90,7% for pathologies of the second trimester and in 99% for that of the third trimester. The factors influencing the quality of the referral were the level of referral clinic and the qualification of the referrer. No counter-referral sheet had been sent to the referral centers.

Conclusion: The results of our study show that professional practices related to referral and counter-referral are poor in Cotonou and the surrounding area. On the other hand, the care of the referred patients was good at the CHU-MEL.

Key words: practice, reference, back-reference, obstetric emergency.