



QUALITE DE LA REFERENCE DES URGENCES OBSTETRIQUES ADMISES A LA MATERNITE DU CHU-MEL DE COTONOU

Dangbemey DP¹, Atade SR², Klikpezo Roger³, Dada A¹, Saizonou J⁴, Tshabu-Aguemon C¹, Hounkpatin BIB¹, Tonato Bagnan AJ¹, Denakpo JL¹

1 Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi, Bénin

2 Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux de l'Université de Parakou, Bénin

3 Faculté de Médecine de l'Université de Parakou, Bénin.

4 Institut Régional de la Santé Publique de l'Université d'Abomey Calavi, Bénin.

Auteur correspondant : Dr DANGBEMEY Djima Patrice Tél : +229 66 25 75 24, Mail : ddpatus78@yahoo.fr

RESUME

L'objectif était d'apprécier la qualité du système de référence des urgences obstétricales admises au CHU-MEL de Cotonou en 2022. **Méthodes** : Etude transversale descriptive et analytique à collecte des données prospective couvrant la période de juillet à septembre 2022. Sur la base des critères bien définis, la qualité de la référence des urgences obstétricales a été appréciée. **Résultats** : les urgences obstétricales représentaient 42,98%(n=622) des admissions. L'alerte était donnée dans 11,10% des cas. Les urgences étaient admises par l'ambulance dans 10,22%(n=60) des cas, accompagnées d'un agent qualifié dans 5,96%(n=35) avec une fiche de référence bien remplies dans 55,88%(n=328) des cas et avec un abord veineux fonctionnel de bonne qualité dans 68,65%(n=403) des cas. Pour l'ensemble des critères, la référence était de qualité dans 4,1%. **Conclusion** : La qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL de Cotonou en 2022 est à améliorer.

Mots clés : Référence, urgences obstétricales, qualité, Cotonou

SUMMARY

The **objective** has to assess the quality of the referral system for obstetrical emergencies admitted to the CHU-MEL of Cotonou in 2022. **Methods**: Descriptive and analytical cross-sectional study with prospective data collection covering the period from July to September 2022. On the basis of the well-defined criteria, the quality of the reference of obstetric emergencies was assessed. **Results**: Obstetric emergency referrals accounted for 42.98% (n=622) of admissions. The alert was given in 11.10% of cases. Emergencies were admitted by ambulance in 10.22% (n=60) of cases, accompanied by a skilled health worker in 5.96%(n=35) with a well-completed reference sheet in 55.88%(n=328) of cases and with a functional venous route of good quality in 68.65% (n=403) of cases. For all criteria, the benchmark was quality in 4.1%. **Conclusion**: The quality of the reference for obstetric emergencies at the CHU-MEL of Cotonou in 2022 needed to be improved.

Keywords: Reference, obstetric emergencies, quality, Cotonou

INTRODUCTION

Chaque jour environ 830 femmes meurent dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. [1] 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 [2]. Au Bénin, le ratio de la mortalité maternelle est passé de 498 pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 1996 à 391 en 2017 [2]. Le décès maternel n'a pas connu une baisse significative entre 1996 et 2017 au Bénin. Les principales causes de ces décès sont : les hémorragies sévères du postpartum, les infections du postpartum, l'hypertension artérielle et ses complications, les dystocies de l'accouchement et les avortements provoqués [3]. Mais il est reconnu aujourd'hui que le principal déterminant des décès maternels et néonataux 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 (03) retards [4] que sont : (i) le retard dans la prise de décision de recourir au service de santé, (ii) le retard dans l'acheminement de la gestante vers le service de santé approprié et (iii) 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. Ainsi, la plupart des décès sont évitables grâce à une bonne organisation de la référence et des offres de soins par des agents qualifiés. En effet, selon Perrin [5] et coll en 2012, 70 à 90% des décès maternels enregistrés dans les formations hospitalières du Bénin proviennent des patientes référées des formations sanitaires périphériques. Hounkpatin [6] et coll. en 2002, avait déjà montré que les pratiques professionnelles en matière de référence au CHU-MEL de Cotonou étaient de mauvaise qualité. Le contexte actuel est caractérisé non seulement par la stagnation du taux de décès maternels au Bénin mais surtout une augmen-

tation de décès enregistrés au CHU-MEL à l'admission et avant l'admission. Ce contexte ne permettra pas de concrétiser l'Objectif 3 du Développement Durable (ODD3) qui prévoit de réduire la mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 mille naissances vivantes d'ici 2030[7]. C'est dans le but d'apporter une réponse appropriée à ce fléau, que cette étude a été initiée. Elle avait comme objectif d'apprécier la qualité des références admises dans le secteur des urgences du CHU-MEL en 2022.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui a été réalisée dans le secteur des urgences de la maternité du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou sur une période allant de juillet à septembre 2022. Elle portait sur les urgences obstétricales admises dans ce secteur des urgences maternelles dans la période de l'étude. Les critères d'inclusion étaient : l'urgence obstétricale référée et admise dans le secteur des urgences maternelles, l'accord verbal de la patiente pour la participation de l'étude lorsque c'était possible. Les critères de non inclusion étaient : les patientes auto-référées, les patientes référées en interne au CHU-MEL, les patientes ayant accouché il y a plus de 42 jours et les motifs non obstétricaux.

L'échantillonnage non probabiliste par commodité a été utilisée avec un recensement exhaustif de tous les cas respectant les critères de sélection. Sur cette base 587 urgences obstétricales ont été analysées. La variable dépendante était la référence et les variables indépendantes étaient basées sur les critères de jugement de la référence et de la contre référence. Pour apprécier la qualité de la référence, cinq (5) critères ont été définis. Il s'agit de l'alerte du CHU-MEL par le centre référent, la présence d'une fiche de référence bien remplie, la présence d'un abord veineux chez la référée, le transport par l'ambulance, la présence d'un agent de santé à bord de l'ambulance. Quant à la contre référence, elle a été appréciée sur la base de neuf (9) critères de qualité qui sont : (i) l'identité de la patiente clairement libellée, (ii) l'appréciation de la qualité de la référence clairement précisée, (iii) le diagnostic, (iv) la prise en charge effectuée, (v) l'évolution, (vi) l'état de sortie, (vii) les recommandations sur la suite de la prise en charge de la patiente, (viii) les recommandations par l'équipe de CHU-MEL pour les références futures sont clairement précisés et (ix) la fiche de contre référence envoyée à la structure de référence.

L'analyse des données était faite à l'aide du logiciel statistique SPSS (Statistical Package for Social Science) 21. L'échelle à trois niveaux selon Varkevisser était utilisée pour apprécier la qualité. La qualité était bonne pour un score \geq à 80%, moyenne ou acceptable pour un score compris entre 60 et 80% et mauvaise pour un score $<$ à 60%.

Le test de Chi2 avaient permis la comparaison entre les variables. Le seuil de significativité était fixé pour une valeur de p inférieure ou égale à 5%.

RESULTATS

Fréquence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2022 (Figure1)

Durant la période de l'étude, 1447 patientes ont été admises dans le secteur des urgences maternelles du CHU-MEL de Cotonou dont 622 (42,98%) références pour urgences obstétricales. Sur la base des critères d'inclusion 587 urgences obstétricales étaient analysées. La figure 1 indique le diagramme de flux des admissions aux urgences de CHU-MEL en 2022.

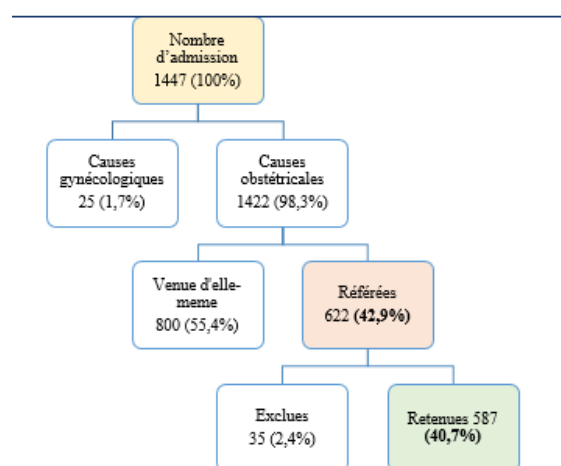


Figure 1 : Diagramme de flux des admissions aux urgences de CHU-MEL en 2022

Caractéristiques sociodémographiques des patientes référées (Tableau 1)

L'âge moyen des référées étaient de 26,9 ans \pm 6,29 avec des extrêmes 15 et 47 ans. Les référées étaient sans revenu mensuel fixe dans 87,4% (n = 513) des cas et en cas de revenu, 68,5 % (n=402) avaient un revenu mensuel inférieur à 40 000 FCFA ou 64,26 dollars US. Au plan religieux, elles répondaient du christianisme dans 76% (n=446) et avaient au moins le niveau secondaire dans 40,2%(n=236). Les urgences provenaient majoritairement du département du littoral dans 68,5% des cas suivi de l'atlantique dans 26,2% des cas.

La distance moyenne parcourue avant d'atteindre le CHU-MEL était de 13,1 Km. Environ le tiers des patientes (33,0%) avaient parcouru

5 à 9 km. Le tableau 1 regroupe les caractéristiques sociodémographiques des référées pour urgences obstétricales au CHU-MEL en 2022.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des référées pour urgences obstétricales au CHU-MEL en 2022

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif(n=587)	Pourcentage (%)
Age (année)		
< 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
Profession/occupation		
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
Religion		
Musulmane	59	10
Catholique	264	45
Autre chrétien	182	31
Autre religion	82	14
Département de référence		
Littoral	402	68,5
Atlantique	154	26,2
Ouémé	25	4,3
Mono/Couffo	6	1
Distance parcourue (Km)		
≤5	119	20,3
5 - 9	194	33,0
10 -19	134	22,8
≥20	140	23,9

Motifs non médicaux de référence des urgences obstétricales (Figure 2)

Le motif de référence était dans 62% des cas lié au système de santé dont 33% étaient un plateau technique inapproprié (figure 2a).

Dans 17,5% des cas le motif de référence était lié à la patiente et 85% étaient un problème financier (figure 2b). Les figures 2a et 2b montrent la répartition des urgences obstétricales selon les motifs non médicaux.

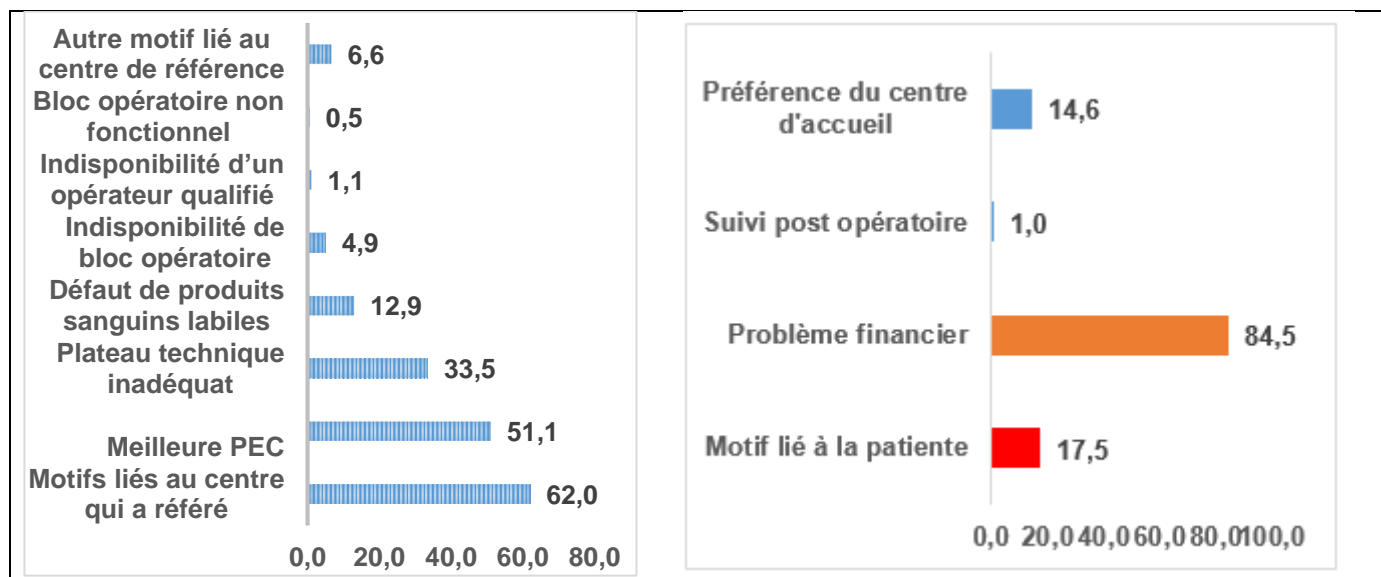


Figure 2a : Motifs de référence lié au système Figure 2b : Motifs de référence lié à la patiente

Motifs médicaux de référence des urgences obstétricales (Tableau 2)

Les motifs médicaux de référence étaient dominés par les menaces d'avortement ou avortement au premier et au deuxième trimestre. Le troisième trimestre était dominé par l'HTA et ses complications suivis des anomalies du travail d'accouchement et ses accidents.

Tableau II : motifs médicaux de référence

	Pathologies	Effectif (n=587)	Pourcentage (%)
1^{er} trimestre	GEU	4	0,68
	Menace d'avortement	10	1,70
2^{ème} trimestre	HTA et complications	3	0,51
	Menace d'avortement	22	3,74
	Anémie	2	0,34
3^{ème} trimestre	HTA et complications	94	16,01
	Ovulaires	75	12,78
	Dystocie/ruptures utérines	58	9,88
	Anémie	48	8,18
	Anomalies accouchement	78	13,28
	Asphyxie fœtale	44	7,50
	Rétention de jumeau	02	0,34
	Mort in utéro	12	2,04

Qualité de l'agent référent

L'agent de santé référent était clairement renseigné dans 67%(n=393), les infirmières représentaient 1%(n=6) des référents, les sage-femmes 54%(n=317), médecins généralistes 4,4%(n=26) et les gynécologues-obstétriciens dans 7,5%(n=44)

Qualité de l'alerte avant la référence (Tableau 3)

Dans 11,1% des cas l'alerte a été donnée avant la référence et les hôpitaux de zone donnaient plus d'alerte que les autres formations sanitaires. En fonction de la qualification de l'agent référent, la fréquence de l'alerte était proportionnelle au niveau intellectuel du référent. Ainsi la sage-femme donnait moins d'alerte que le généraliste qui donnait moins d'alerte que le gynécologue-obstétricien.

Tableau III : Alerte avant la référence

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
Sage-femme	35/317	11,04
Médecin généraliste	6/26	23,07
Gynécologue	11/44	25,00
Non précisée	13/194	6,70

Qualité du transport des urgences obstétricales (Tableau 4)

Les références étaient majoritairement (56,5%) faites par les engins à deux roues. Le transport par l'ambulance était rarement (10,2%) utilisé.

Les centres de santé d'arrondissement et les cliniques utilisaient moins souvent l'ambulance pour la référence des urgences obstétricales.

La référence était médicalisée avec un agent accompagnateur qualifié dans 5,95%.

Tableau IV : Transport des urgences obstétricales

Transport des urgences obstétricales	Effectif	Pourcentage
Moyen de transport		
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
Proportion ambulance/référée		
Centre de santé d'arrondissement	14/209	6,69
Centre de santé communal	2/7	28,57
Hôpital de zone	30/125	24,0
Centre hospitalier départemental	1/1	100
Clinique	13/245	5,31
Qualification du soignant accompagnateur		
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

Qualité de la fiche de référence et de l'abord veineux (Tableau 6)

La fiche de référence a accompagné les urgences obstétricales dans 71,89%(n=422). Les fiches étaient le plus souvent bien remplies au centre de santé de la commune (85,71%) et à l'hôpital de zone (73,60%) que dans les centres de santé de l'arrondissement (54,54%) et dans les cliniques (46,93%).

Les urgences étaient admises avec un abord veineux de bonne qualité dans 68,65%(n=403). La prise de voie veineuse était le plus souvent réalisée à l'hôpital de zone (84,00%) et à la maternité de la

commune (71,43%) que dans la maternité de l'arrondissement (64,11%) que dans les cliniques (63,67%)

Tableau V : Qualité des fiches de référence et de la prise de voie veineuse

	Fiches bien renseignées		Fiches mal renseignées	
	Effectifs	Proportion (%)	Effectifs	Proportion (%)
Centre santé arrondissement	114/209	54,54	35/209	16,74
Centre de santé commune	6/7	85,71	1/7	14,28
Hôpital de zone	92/125	73,60	20/125	16,00
Hôpital département	1/1	100,00	0/1	0,00
Clinique	115/245	46,93	38/245	15,51
Total	328/587	55,87	94/587	16,04
	Avec abord veineux		Sans abord veineux	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Centre santé arrondissement	134/209	64,11	72/209	34,44
Centre de santé commune	5/7	71,43	2/7	28,57
Hôpital de zone	107/125	84,00	21/125	11,40
Hôpital département	1/1	100,00	0/1	0,00
Clinique	156/245	63,67	89/245	36,32
Total	403 /587	68,65	184/587	31,34

Qualité globale de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2022

La qualité globale reçue en matière de la référence était de 4,1% des cas au CHU-MEL de Cotonou en 2022.

La contre référence au CHU-MEL en 2022

Le processus de la contre référence a été enclenché chez 99,32%(n=583) des référées. La qualité des informations contenues sur la fiche de contre référence se présentait comme suit : l'identité de la patiente dans 99,0% des cas, le diagnostic dans 96,3% des cas, la prise en charge dans 84,5% et l'état à la sortie dans 80,1% des cas et l'appréciation de la qualité de la référence dans 0,7% des cas, l'évolution clinique dans 0,0% des cas, la formulation des recommandations sur la suite de la prise en charge dans 64,2% des cas. La contre référence n'avait fourni aucune information sur l'évolution clinique, sur les recommandations sur les références futures (0,0%) et aucune fiche de contre référence n'a été transmise à la formation sanitaire de référence.

DISCUSSION

Fréquence

Dans notre étude, la fréquence des urgences obstétricales était de 42,98% soit 622 urgences

obstétricales sur 1447 urgences admises. La moyenne journalière était de onze (11) urgences obstétricales. En effet, le CHU-MEL de Cotonou est la plus grande maternité de référence du Bénin. C'est le tout premier hôpital mère-enfant certifié ISO 9001: 2015. La qualité et la sécurité des soins sont au centre de leur préoccupation quotidienne. Outre cette culture qui lui confère la confiance auprès de la population, la maternité du CHU-MEL a une accessibilité géographique et une grille tarifaire très compétitive.

Une étude réalisée en 2013 par Tchaou [9] et al. au CHU de Parakou retrouvaient une fréquence comparable de 31,8%. Tshabu-Aguemon [10] et al. en 2012 avaient retrouvé 30,3% à la CUGO au CNHU-HKM de Cotonou. Des fréquences plus basses étaient rapportées par d'autres auteurs dans la sous-région notamment Diallo [13] et al. à la maternité d'Ignace Deen en Guinée (19,1%), Théra [11] dans le district de Bamako en 2011 (13,3%). Au CHU de Sagu au Sud-Ouest du Nigéria en 2013, Jagun [14] avait noté 15,4% dans sa série. Les urgences obstétricales sont universelles et méritent une attention particulière.

Profil sociodémographique des patientes référées

Age des référées pour urgences obstétricales

La moyenne d'âge dans notre série était de 26,9 ans. Les victimes des complications obstétricales étaient jeunes dans notre série et répond parfaitement à la tranche d'âge de la procréation qui se situe entre 15 et 45ans. Tchaou [9], Tshabu-Aguemon [10] et Samaké [15] avaient noté dans leur série respective 26,7 ans, 26,6 ans et 26,0 ans. Il s'agit pour ces auteurs de la même population ouest africaine qui ont les mêmes réalités sociodémographiques et économiques. En Afrique Centrale à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa Sengeyi et coll [12] en 2013 avaient noté un âge moyen de 28,5 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 35 ans dans une proportion de 73,1% soit 429 patientes. 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. Tchaou [9] et coll au CHU départemental de Parakou (76,1%) au CHU de Sagu au Nigéria [13] avaient noté le même constat dans les proportions de 76,1% et 77,5% pour des tranches d'âge respectives de 20 à 35 ans et de 20 à 34 ans.

Provenance des urgences obstétricales

Si la majorité des urgences obstétricales provenaient du littoral, le département abritant la maternité du CHU-MEL, 31,5% provenaient des autres départements parcourant une distance moyenne de 13,1 Km avant d'atteindre le CHU-MEL. Ce circuit reste défavorable aux urgences obstétricales graves. La plupart de ces cas n'ont pas respecté la pyramide sanitaire. Les raisons du non-respect du plan de référence à l'intérieur des départements étaient beaucoup plus liées au système de santé (62%) et à la patiente dans 17,5%.

Gestité et parité

Les patientes référées pour urgences obstétricales étaient des paucigestes dans 37,0%. Tonato-Bagnan [16] à la CUGO en 2014 avait observé 36,4% dans sa série sans différence avec nos résultats.

Les nullipares représentant 38,5% des cas de notre série étaient les plus importantes en termes d'effectif. Tshabu-Aguemon [10] avait noté 34,5% de nullipares dans sa série. En effet, 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.

Formation sanitaire de référence des urgences obstétricales

Dans notre étude, le secteur public référait plus de patiente que le secteur privé dans une proportion de 58,3%. Houngnihin et coll [8] en 2017 avait fait le même constat (58,4%).

Alerte du CHU-MEL avant la référence des urgences obstétricales

Le CHU-MEL n'a été alerté que dans 11,0% des cas. Aussi, les centres de santé de commune et les hôpitaux de zone alertaient le plus souvent avant la référence que les centres de santé d'arrondissement et les cliniques. Cela s'explique par la méconnaissance de l'importance de l'alerte dans l'anticipation des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) et la qualité de l'agent référent officiant dans les centres de santé d'arrondissement et les cliniques. Les auxiliaires de santé et les étudiants en médecine ou en spécialité sont les premiers contacts dans les centres d'arrondissement et dans les cliniques. Leur faible niveau de connaissance sur les SOU pouvait expliquer cette attitude. Certaines formations sanitaires mêmes à Cotonou ne connaissent pas le contact téléphonique du secteur d'urgence du CHU-MEL. Tchaou [9] au CHU départemental de Parakou en 2013, Prathiba [17] en Inde en 2015 avaient noté une qualité d'alerte respectivement dans 21,5% et 60,0% des cas. Mais Diallo Diallo [13] en Guinée en 2019 avait noté 7,9% d'alerte avant la référence. Ces données illustrent la qualité du système de référence d'un pays à l'autre et d'une région à une autre au sein du même pays.

La fiche de référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2022

La référence avec fiche était observée dans 72,0%, et dans 55,8% des cas les fiches étaient correctement renseignées. Diallo [13] et Jagun [14] 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 s'expliquer par la méconnaissance des agents de santé sur l'importance des 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. Cette attitude peut être due à un défaut de formation des soignants et d'incitation à un développement professionnel continu. Mais dans notre série il a été noté que les centres de santé de commune et les hôpitaux de zone référaient plus avec les fiches que les centres de santé de l'arrondissement et les

cliniques. La présence d'un médecin ou du gynécologue pouvaient influencer positivement l'organisation de la référence.

Référence des urgences obstétricales au CHU-MEL avec un abord veineux

Dans notre étude, 68,7% des patientes référées avaient un abord veineux. Tchaou [9], Tshabuaguèmon [10] et Diallo [13] avaient noté respectivement dans leur série 7,8%, 39,7% et 22,2%. L'absence d'un abord veineux est facteur contributif au retard dans la prise en charge des malades. La qualité du premier contact dans les formations sanitaires et la méconnaissance de l'importance de l'abord veineux dans la prise en charge des urgences obstétricales pourraient être les causes de ces dysfonctionnements.

Qualité du transport des patientes référées

Le transport des urgences obstétricales était majoritairement assuré par les engins à deux (02) roues dans 56,5% des cas pour 10,2% des cas par l'ambulance. Ce constat pose le problème d'accessibilité et de la disponibilité de l'ambulance. Le parc automobile du ministère de la santé n'a pas le nombre de véhicules nécessaire et il faut payer une somme forfaitaire de 5000FCFA en moyenne à l'intérieur de Cotonou. Le Service d'Aide Médical d'Urgence (SAMU) qui appuie le ministère pour ce service n'est pas toujours accessible à toutes les couches. L'accès aux ambulances du SAMU est conditionné par le paiement d'une somme variant entre 10000FCFA et 15000 FCFA en zone urbaine de Cotonou et 20000CFA à 30000FCFA en périurbaine de Cotonou. Aussi la réactivité et la promptitude du SAMU reste à améliorer. Tout ceci ne favorise pas le recours systématique au service du service d'aide au transport médicalisé et une résilience s'installe. C'est ce qui pourrait justifier la fréquence de l'utilisation des engins à deux roues en lieu et place des ambulances. Les hôpitaux de zone et les centres de santé de la commune référaient le plus souvent par ambulance comparativement à la pratique dans les centres de santé d'arrondissement et dans les cliniques. Les centres de santé de commune et les hôpitaux disposent d'une ambulance permanente tandis que les cliniques et les centres de santé n'en disposent pas. La disponibilité du service et la persuasion de la sage-femme et du gynécologue pourraient être les facteurs à impact positif de la référence médicalisée. Prathiba [17] et Tchaou [9] ont noté dans leur série le transport médicalisé dans les proportions respectives de 12,2% et 1,8% des cas. Au Mali, Théra [11] a rapporté une proportion de 50,6% dans le district sanitaire de la commune V. Sengéyi [12] et

Diallo [13] trouvaient des proportions respectives de 0,6% et 6,7%.

Le temps moyen était de 5,1 heures. Cette durée reste élevée vu que la plupart (46,7%) des centres qui ont référé 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 [9] qui était de 32 heures et supérieur à celui de Sengéyi [12] au Kinshasa qui était de 2 heures.

Qualité de la référence des urgences obstétricales au CHU-MEL en 2022

La référence est bonne seulement dans 4,1% des cas. Le ministère de la santé [18] avait déjà fait ce diagnostic depuis 2018 lorsqu'il affirmait « la référence pose quelques problèmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire » Diallo en Guinée en 2018 [13] avait, au terme de son étude sur le système de référence et contre référence, conclu que le protocole de référence n'était pas respecté en totalité chez aucune des patientes référées à la maternité d'Ignace Deen de Guinée.

Qualité de la contre référence au CHU-MEL en 2022

La contre référence n'est pas encore effective au CHU-MEL. En effet aucune fiche de contre référence n'a été envoyée aux centres de santé référents. Les diverses raisons pouvant expliquer ce constat étaient entre autres : le sous-effectif du personnel en charge de la contre la contre référence. En effet l'équipe chargée de la gestion de la contre référence est composée d'une sagefemme et d'un gynécologue pour 1447 cas en deux mois soit en moyenne 24 contre références par 24 heures. Aussi les centres de référence ne laissaient pas une adresse géographique correcte ni leur contact permettant de les situer et d'envoyer les fiches de contre référence. La gestion des fiches de contre référence est un défi pour tout système de santé à forte fréquentation comme le CHU-MEL. La mise en place d'un système informatique de gestion serait la solution. A la maternité d'Ignace Deen en Guinée, Diallo [13] avait constaté que la contre référence était effective pour moins de 1% des patientes référées.

CONCLUSION

La qualité de la référence des urgences obstétricales admises à la maternité du CHU-MEL de Cotonou en 2022 était globalement mauvaise. Elle était meilleure lorsque le centre référent

était un centre de santé de commune ou un hôpital de zone par comparaison à la qualité de la référence au niveau des centres référents tels que les centres de santé de l'arrondissement et les cliniques. Les non-conformités se situaient à tous les niveaux du système de référence et de contre référence. L'équipement des formations sanitaires en logistique spécifique, la formation des professionnels de santé, l'instauration d'un système du tiers payant en matière de la référence et contre référence sont nécessaires.

REFERENCES

1. **OMS.** Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the un maternal mortality estimation inter-agency group. alkema l, chou d, hogan d, zhang s, moller ab, gemmill a, et al. lancet. 2016; 387 (10017): 462-74
2. **OMS.** 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 ; 14p
3. **WHO.** Global causes of maternal death: a who systematic analysis say l, choud, gemmill a, tunçalp ö, moller ab, daniels jd, et al. lancet global health. 2014;2(6): e323-e333
4. **Kouakou C, Djivohehoun A, Kouadio E, Benga N and al.** Audit médical des décès néonataux selon le modele des trois retards. rev int sc méd - rism -2016;18,2:151-156
5. **Perrin R.X, Komongui D.G.** le système de référence et contre référence dans les maternités : hôpital de la mère et de l'enfant lagune (Homel) de Cotonou. Congrès de Cotonou édition 2004 ; 27p
6. **Houkpatin 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
7. **OMS.** Assemblée générale des nations unies (2015) « transformer notre monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030 », a/res/70/1
8. **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
9. **Tchaou BA, Hounkponou NF, Salifou K, Zoumènou 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) : 1857-81
10. **Tshabu-Aguèmon C, Dénakpo 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
11. **Théra T, Traoré Y, Kouma A, Diallo B, Traoré Z, Traoré 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
12. **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
13. **Diallo A, Bah IK, Touré 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
14. **Jagun OE.** Audit of the referred patients to a tertiary centre : a tool for need assessment. east african medical journal. 2015 ; 1(10) : 85-89
15. **Samaké A. Traoré SO, Kéita A, Doumbia S, Diallo M. et al.** Les évacuations sanitaires obstétricales dans un hôpital de deuxième niveau de référence du district de Bamako. Health sci. dis. 2020 ; 21 (9) : 96-99
16. **Tonato-Bagnan JA, Lokossou MS, Tshabu-Aguèmon 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.
17. **Prathiba P, Niranjjan R, Dilip RM, Subitha I.** 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) ; 347-53
18. **Ministère de la santé du Bénin.** Directives nationales de référence et de contre référence. Santé.gouv.bj [consulté le 10/12/2022]