

REPUBLIQUE DU BENIN

—*—

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

—**—

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

—***—



Année 2002



N° 992

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PRISE
EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES PAR
LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE REFERENCE
A L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT LAGUNE
(HOMEL) DE COTONOU**

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

BENJAMIN IGNACE BODOUNRIN HOUNKPATIN

Né le 31 juillet 1974 à Porto Novo (Bénin)

Président du Jury

Professeur Honoré **ODOULAMI**

Directeur de thèse

Professeur René-Xavier **PERRIN**

Membres du Jury

Professeur Komlanvi **JAMES**

Professeur Martin **CHOBLI**

Professeur Agrégé José de **SOUZA**

Codirecteur de thèse

Professeur Assistant Sosthène **ADISSO**

02/024

REPUBLIQUE DU BENIN
--*--
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
---**---
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
---***---



Année 2002



N° 992

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PRISE
EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES PAR
LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE REFERENCE
A L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT LAGUNE
(HOMEL) DE COTONOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Benjamin Ignace Bodounrin HOUNKPATIN

Né le 31 juillet 1974 à Porto novo (Bénin)

Président du Jury

Professeur Honoré ODOULAMI

Directeur de thèse

Professeur René-Xavier PERRIN

Membres du Jury

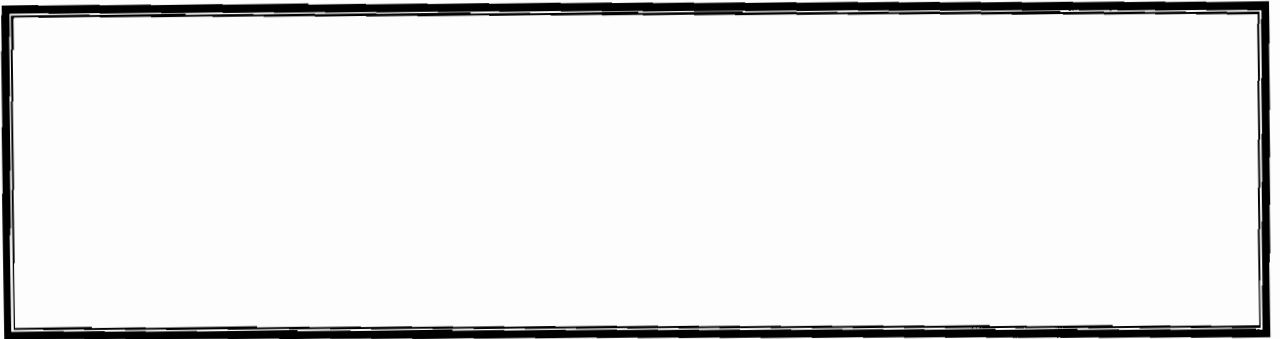
Professeur Komlanvi JAMES

Professeur Martin CHOBLI

Professeur Agrégé José de SOUZA

Codirecteur de thèse

Professeur Assistant Sosthène ADISSO



**UNIVERSITE
D'ABOMEY-CALAVI**

**FACULTE DES SCIENCES
DE LA SANTE**

ANNEE ACADEMIQUE 2001-2002

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT 2001-2002

DOYEN : Professeur Nazaire **PADONOU**

VICE-DOYEN: Professeur Agrégé Gilbert Dossou **AVODE**

SECRETAIRE PRINCIPAL : Madame Delphine **AHYITE-AYENI**

COTONOU

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr Eusèbe **ALIHONOU** GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
2. Dr Honoré **ODOULAMI** ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
3. Dr Souleymane K. **BASSABI** OPHTAMOLOGIE
4. Dr Léon A. P. **MEDJI** OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
5. Dr Nazaire **PADONOU** CHIRURGIE VISCERALE
6. Dr Théophile K. **ZOHOUN** SANTE PUBLIQUE
7. Dr René Gualbert **AHYI** PSYCHIATRIE
8. Dr Florencia L. H. **do ANGO**
PADONOU DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
9. Dr René – Xavier **PERRIN** GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
10. Dr Kémoko O. **BAGNAN** CHIRURGIE VISCERALE
11. Dr Isidore S. **ZOHOUN** HEMATOLOGIE
12. Dr Raphael B. **DARBOUX** BIOLOGIE HUMAINE
13. Dr Martin **GNINAFON** PNEUMO-PHTISIOLOGIE
14. Dr Martin K. **CHOBLI** ANESTHESIE-REANIMATION
15. Dr Achille A. **MASSOUGBODJI** PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
16. Dr Blaise **AYIVI** PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
17. Dr Célestin Y. Y. **HOUNPKE** OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
18. Dr César E. **AKPO** UROLOGIE
19. Dr Thérèse A. A. **AGOSSOU** PEDO-PSYCHIATRIE
20. Dr Séverin Y. **ANAGONOU** BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
21. Dr Benjamin E. **FAYOMI** MEDECINE DU TRAVAIL

PROFESSEURS AGREGES

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Dr Hippolyte AGBOTON | CARDIOLOGIE |
| 2. Dr Marina d'ALMEIDA MASSOUGBODJI | CARDIOLOGIE |
| 3. Dr Dominique S. ATCHADE | ANESTHESIE-REANIMATION |
| 4. Dr Karl Augustin AGOSSOU VOYEME | ANATOMIE-CHIRURGIE |
| 5. Dr Sèmiou LATOUNDJ | HEMATOLOGIE |
| 6. Dr Jijoho Léonard PADONOU | ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE |
| 7. Dr José de SOUZA | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| 8. Dr Sikiratou A. ADEOTHY KOUMAKPAÏ | PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE |
| 9. Dr André C. BIGOT | IMMUNOLOGIE |
| 10. Dr Nicolas KODJOH | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE |
| 11. Dr Joseph S. VODOUHE | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| 12. Dr Hubert G. YEDOMON | DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE |
| 13. Dr Vicentia BOCO TOGNISSO | IMAGERIE MEDICALE |
| 14. Dr Fabien HOUNGBE | MEDECINE INTERNE |
| 15. Dr Issifou TAKPARA | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| 16. Dr Abdou Rahmann AGUEMON | ANESTHESIE-REANIMATION |
| 17. Dr Vénérand ATTOLOU | NEPHROLOGIE |
| 18. Dr Gilbert Dossou AVODE | NEUROLOGIE |
| 19. Dr Josiane EZIN - HOUNGBE | PSYCHIATRIE |
| 20. Dr Léonard FOURN | SANTE PUBLIQUE |

MAITRES ASSISTANTS

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Dr Ambroise KOURA | CHIRURGIE PEDIATRIQUE |
| 2. Dr Jean AKPOVI | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| 3. Dr Benjamin ACAPKO ADDRA | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE |
| 4. Dr François DJROLO | ENDOCRINOLOGIE |
| 5. Dr Dorothée KINDE GAZARD | PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE |
| 6. Dr Michel LAWSON | ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE |
| 7. Dr Rafatou BAKARY TOUKOUROU | PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE |
| 8. Dr Bernadette VIGNIKIN YEHOUESSI | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| 9. Dr Marie Thérèse AKELE AKPO | ANATOMIE PATHOLOGIQUE |
| 10. Dr Martin AVIMADJE | RHUMATOLOGIE |
| 11. Dr Claudia GBAGUIDI DOUTETIEN | OPHTALMOLOGIE |
| 12. Dr René HODONOU | UROLOGIE |

PROFESSEURS ASSISTANTS

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Dr Idrissou ABDOULAYE | PHARMACIE |
| 2. Dr Gabriel ADE | MEDECINE INTERNE |
| 3. Dr Sosthène ADISSO | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| 4. Dr Wassi ADJIBABI | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| 5. Dr Comlan Théodore ADJIDO | PSYCHIATRIE |
| 6. Dr Cyrille AHOSSI | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| 7. Dr Koffi Daniel AMOUSSOU
GUENOU | ENDOCRINOLOGIE |
| 8. Dr Pamphile ASSOUTO | ANESTHESIE-REANIMATION |
| 9. Dr Bonaventure AWEDE | PHYSIOLOGIE |

10. Dr Imrane BIO-TCHANE	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
11. Dr Arielle AGBOTON DANKORO	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
12. Dr Pascal DANMITONDE	ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
13. Dr Michel A. FIQGBE	CHIRURGIE PEDIATRIQUE
14. Dr Emilie FIOSI KPADONOU	PEDO-PSYCHIATRIE
15. Dr Flore GANGBO	BIOLOGIE HUMAINE
16. Dr Antoine S. GBENOU	CHIRURGIE PEDIATRIQUE
17. Dr Aristote HANS-MOEVI	ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
18. Dr Martin HOUENASSI	CARDIOLOGIE
19. Dr Prince-Pascal HOUNNASSO	UROLOGIE
20. Dr Marcelline HOUNNOU d'ALMEIDA	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
21. Dr Sidonie E. HOUNNOU TCHABI	OPHTAMOLOGIE
22. Dr Gounou D. KOMONGUI	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
23. Dr Toussaint KPADONOU	REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION
24. Dr Francis LALYA	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
25. Dr Antoine LOKOSSOU	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
26. Dr Thomas LOKOSSOU	ANESTHESIE-REANIMATION
27. Dr Soumaïla MADOUGOU	ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
28. Dr Antoinette MEGNIGBETO OBEY	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
29. Dr Delphin MEHINTO	CHIRURGIE VISCERALE
30. Dr Jean-Léon OLORY TOGBE	CHIRURGIE VISCERALE
31. Dr Clément PADONOU	MEDECINE LEGALE
32. Dr Roger SOSSOU	IMAGERIE MEDICALE
33. Dr Marcel D. ZANNOU	MEDECINE INTERNE
34. Dr Félicien TOSSOU	MEDECINE DU TRAVAIL
35. Dr Kuassi M. AMOUSSOU GUENOU	BIOPHYSIQUE
36. Dr Dismand HOUINATO	NEUROLOGIE
37. Dr Ludovic ANANI	HEMATOLOGIE
38. Dr Olivier BIAOU	IMAGERIE MEDICALE

- | | | |
|-----|--------------------------------------|---------------------------------|
| 39. | Dr Gervais Martial HOUNNOU | ANATOMIE-CHIRURGIE |
| 40. | Dr Anatole LALEYE | BIOLOGIE HUMAINE |
| 41. | Dr Mohamed Chérif Deen RAHIMI | PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE |
| 42. | Dr Mathieu TOGNIDE | PSYCHOLOGIE MEDICALE |
| 43. | Dr Jeanne VEHOUNKPE SACCA | CARDIOLOGIE |

ASSISTANT STAGIAIRE

- | | | |
|----|-------------------------|----------------|
| 1. | Dr Joseph FLENON | SANTE PUBLIQUE |
|----|-------------------------|----------------|

COLLABORATEURS EXTERIEURS

(Missions d'enseignement)

PROFESSEURS

- | | | |
|----|---------------------------|---|
| 1. | Dr Paul VAN BRANDT | CHIMIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
(BELGIQUE) |
| 2. | Dr Joëlle LECLERCQ | PHARMACOGNOSIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
(BELGIQUE) |

3. Dr Bernard **Le POLAIN** ANESTHESIE - REANIMATION
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
(BELGIQUE)
4. Dr Hans Peter **RICHTER** NEUROCHIRURGIE
Faculté de Médecine
Université d'ULM (ALLEMAGNE)
5. Dr Jacques **de NAYER** MEDECINE PHYSIQUE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
(BELGIQUE)

COLLABORATEURS EXTERIEURS NATIONAUX

MAITRES DE CONFERENCES

1. M. Georges **ACCROMBESSI** CHIMIE ORGANIQUE
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST - UAC)
2. M. Jean K. **HOUNGBOSSA** PHYSICO-CHIMIE GENERALE
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST - UAC)

3. M. Taofiki W. **AMINOU**

CHIMIE ORGANIQUE
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST - UAC)

4. M. Cyprien **GNANVO**

MATHEMATIQUES
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST - UAC)

MAITRES ASSISTANTS

1. M. Hyacinte **AHISSOU**

CHIMIE ORGANIQUE
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST - UAC)

2. M. Benoît **AGBANI**

CHIMIE ORGANIQUE
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST - UAC)

3. M. Michel **MAKOUTODE**

SANTE PUBLIQUE
(IRSP-UAC)

PROFESSEURS ASSISTANTS

1. M. Magloire **ACODJI**
BIOLOGIE ANIMALE
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST – UAC)
2. Mme Micheline **GBEHA**
MATHEMETIQUES
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST – UAC)
3. M. Honoré **KPAVODE**
BIOLOGIE VEGETALE
Faculté des Sciences et
Techniques
(FAST – UAC)

AUTRES INTERVENANTS

1. Dr Philippe **CAPO-CHICHI**
PHARMACOLOGIE
2. Dr Joseph **DA-ZOCLANCLOUNON**
PHARMACOLOGIE
3. Mme Honoria **AKOGBETO**
SOINS INFIRMIERS
4. Dr Olivier **JADIN**
KINESITHERAPIE
5. M. Jacques **YEHOUESSI**
SOINS INFIRMIERS

Dédicaces et Remerciements

A Dieu

Ta providence éternelle m'a désigné pour veiller sur la vie et la santé de tes créatures. Puisse l'amour de mon art en tout temps me guider. Que ni l'avarice ni la cupidité, ni la soif de la gloire, ni le désir d'une grande réputation n'engage mon esprit, car les ennemis de la vérité et de la philanthropie pourraient aisément me leurrer et me rendre oublieux du but élevé qui doit être le mien et qui est de faire du bien à tes enfants.

Puissé-je ne jamais voir dans le patient autre chose qu'une créature qui souffre.

Accorde-moi la force, le temps et l'occasion de corriger sans cesse ce que j'ai acquis et d'en constamment élargir le domaine, car la connaissance est immense et l'esprit de l'homme peut indéfiniment s'étendre pour s'enrichir chaque jour selon des exigences nouvelles : il peut, aujourd'hui, découvrir ses erreurs d'hier et, demain, obtenir des clartés nouvelles sur ce dont il se croit, aujourd'hui, fermement assuré.

Ô Dieu, tu m'as désigné pour veiller sur la vie et sur la mort de tes créatures : me voici prêt à répondre à ma vocation.

A mon pays, La République du Bénin,

Tu m'as offert le cadre pour le déroulement de mes études et je m'engage en ce jour à te servir avec dévouement pour la santé de ton peuple.

A toutes les femmes décédées du fait d'une grossesse,

Vous avez succombé au combat du don de la vie. Que vos âmes reposent en paix et aident tous ceux qui se battent contre la mortalité maternelle et néonatale dans cette lutte quotidienne.

A MON PERE

Tu nous as inculqué depuis notre tendre enfance les valeurs sur lesquelles se bâtit une vie. Ce travail est le fruit de tous ces conseils que tu n'as jamais manqué de nous prodiguer. Ton soutien matériel, moral et financier ont grandement contribué à la réalisation de ce travail que je te dédie. Le ciel a permis que tu sois présent pour en voir la concrétisation. Qu'il t'accorde encore de longues années parmi nous.

A MA MERE

Ce travail est le couronnement de l'éducation que tu m'as donné. Sans me tromper, je crois pouvoir affirmer que ton souhait le plus cher se réalise ce jour. Tu as toujours voulu que je sois médecin et cela se concrétise aujourd'hui. Que le Seigneur t'accorde de longues années pour que tu puisses en jouir pleinement.

A ELLA,

Ton amour et ta patience m'ont beaucoup aidé tout au long de ces études médicales et en certaines circonstances, les mots ne peuvent pas toujours exprimer ce que ressent le cœur. Tu étais activement présente à chaque seconde de la préparation de cette thèse et tu n'as ménagé aucun effort de jour comme de nuit pour sa concrétisation. Que Dieu t'accorde auprès de moi tout ce que tu attends de la vie et qu'il nous comble de sa paix et de son amour.

Je te dédie ce travail en gage de mon affection.

A HOUNPKATIN Emma épouse ATCHADE

Tu as guidé mes premiers pas en obstétrique et ce que j'en sais aujourd'hui est avant tout ton oeuvre. Tu n'as jamais ménagé ton soutien moral, matériel et financier chaque fois que j'en ai eu besoin. Je ne saurai jamais te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi.

A Mme Caroline GANFON "in memoriam"

Plus qu'une amie de la famille, tu étais une seconde mère pour moi et les conseils que tu n'as cessés de me prodiguer m'ont aidé à atteindre le niveau où je suis aujourd'hui. Malheureusement la mort t'a arraché trop tôt de nos côtés. Je te dédie cette thèse dont je sais que tu aurais été fière. Paix à ton âme.

A HOUNKPATIN Angelo

Ce qui m'a le plus marqué en toi est ta force de caractère et ton sens aigu des réalités de la vie. En effet ceux-ci m'ont toujours inspiré au cours de nos discussions. En tant que grand-frère tu m'as toujours montré le chemin à suivre afin d'être indépendant. Je te dis merci pour tout ce que tu as su m'inculquer et ton soutien pour la réalisation de ce travail.

A HOUNKPATIN Flore

Ton calme et ta gentillesse en toute situation ont toujours forcé l'admiration. Et comme je le dis souvent lorsque nous parlons de toi : « *il s'agit de la plus gentille des HOUNKPATIN* ». Depuis 4 ans, tu m'avais parlé de la dédicace à Dieu que tu m'avais trouvé et je peux te dire que tu as su vraiment le choisir. Merci pour tout.

A Claudine ADJALLA, Eléonore VIGNON et Léa HODONOU nées HOUNKPATIN

Au cours de ces longues années d'études médicales, vous n'avez jamais manqué de répondre à mes appels de près ou de loin. Les mots me manquent pour vous exprimer ma gratitude. Que le Seigneur accorde à chacune de vous tout le bonheur possible sur cette terre.

A Spéro HOUNKPATIN

Tes conseils dès mon entrée à la Faculté de Médecine m'ont beaucoup aidé à faire mes premiers pas. Ton soutien n'a jamais fait défaut au cours de ces longues années d'études dont tu connais les astreintes. Puisse Dieu m'inspirer afin que je puisse suivre tes pas. Merci pour tout.

A tous mes autres frères et sœurs :

Sophie, Eric, Olga, Serge, Francis, Maurille, Sylvère, Sylvie et Aurore

Vous avez chacun œuvré pour qu'on soit toujours uni et cela à beaucoup contribué à asseoir mon équilibre au cours de toutes ces années. Merci à tout un chacun de vous.

A Marie-Gabrielle et Angélique HOUNKPATIN

Je vous remercie infiniment pour votre soutien. Je garderai toujours de vous l'image de mères attachantes.

A tous mes neveux et nièces,

Que ce travail vous inspire pour que vous puissiez tracer votre vie dans le sillage que mes aînés m'ont inspiré : L'amour du travail bien fait. A vous tous, affectueuses pensées.

A mes beaux-frères et belles sœurs : Bertille, Marie-Ange, Alex, Mireille, Charles, Raoul, Georgette, Joël, Janine, Charles, Annick et Colette

Affectueuses pensées.

A Mme et M. AMAGBEGNON Maxime

Vos conseils et votre soutien en tout genre m'ont aidé à tenir la barre tout le long de ces études médicales. Je trouvais toujours une écoute attentive et de sages conseils auprès de vous dans les moments difficiles. Que le Seigneur vous accorde une longue vie. Profonde gratitude et sincères remerciements.

A tous mes oncles et tantes

Sincères remerciements

A Lucrèce et Gustave LOKO,

Malgré la distance, votre soutien a été permanent tout au long de ce travail. Je vous souhaite une vie heureuse et une fois encore, merci pour tout.

A Chérifath, Evérylda, Bertille, Souleymane, Appolinaire, Joëlle, Pascaline, Boris, Steed et à leur famille respective,

Sincères remerciements.

A Mme et M. DJOGBENOU Paul

Merci pour votre soutien indéniab le tout au long de ces longues années d'étude. Meilleures pensées et profonde gratitude.

A Mme et M. GBAGUIDI Félicien

Vous m'avez pris comme l'un de vos enfants et votre soutien tout au long de ces longues années n'a pas fait défaut. Que Dieu vous prête longue vie et merci pour tout.

A Mme et M. DOSSA Achille,

Sincères remerciements.

A Huguette, Nicole, François et Sulpice GBAGUIDI,

J'ai trouvé en vous une seconde famille. J'espère que les liens qui se nouent entre nos familles se raffermiront. Affectueuses pensées.

A la famille HODONOU Emmanuel,

Malgré la distance qui nous sépare, je sais que vous êtes de cœur avec moi.

Sincères remerciements et profonde gratitude.

A Charles HODONOU,

Tu as guidé mes premiers pas à la Faculté et la vie a finalement réuni nos deux familles. Je sais que tu aurais souhaité être ici pour me soutenir de près en ce jour. Mais rassures toi, Ornella que tu m'as fait l'honneur de me confier en partant joue ce rôle à merveille. Merci pour tout.

A Charles ATCHADE,

Mes premières expériences dans la pratique de l'art médical se sont déroulées sous votre bienveillante direction. Recevez ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

A Mme et M HOUDJOHON Antoine,

Vous m'avez apporté une assistance incommensurable lors de l'examen du baccalauréat. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude. Affectueuses pensées.

Aux familles CHOBLI, AVENON ZOUNTCHEME, GBOKOU, HOUNDJOHON, ODOUHARO, HONVO, ASSANI, YEHOUENOU,

Sincères remerciements.

A la famille SATCHIVI en particulier maman, Samson, Martial, James,

Recevez ici mes profond et sincères remerciements

A mes amis du bureau de l'AEMC : Pascal, Magloire, Virgile, Jean-Maurice, Arnould, Boris, Mabou, Chanciline et Paul,

Nous avons conjugué nos efforts pour défendre les intérêts des Etudiants en Médecine afin que les études médicales puissent se dérouler de manière satisfaisante. Je ne saurai oublier tous les bons moments passés ensemble.

A Pétas AKOGBETO,

Plus qu'un ami tu es un frère pour moi et ton soutien n'a jamais fait défaut. Je te souhaite ainsi qu'à Pétronille une vie heureuse. Merci pour tout.

A Keith et Mabou,

Comme nous le disons souvent, nous avons commencé la Médecine et nous la finirons. Il n'est jamais trop tard. Je vous souhaite du courage pour la suite. Sincères remerciements.

A tous mes amis en particulier à : Mik, Innocent, Willy, Adrien, Sylvain, Frumence, Aziz, Sariath, Nassirath, Nicole, Hervé, Aubin, Isabelle, Conforte,

Sincères remerciements pour tous ces bons moments que nous avons vécus ensemble.

A mes cadets : Fébron, Sarah, Edwige, Josiane, Fanny, Chanceline, Luc, Marcellin, Landry, Ernest, Fidèle, Nadège,

Du courage pour la suite de vos études médicales.

A mes amis : Joël, Clémence, Murielle, Etienne, Albert, Odjè, Paul, Rafiou, Anatou, Josiane, Achille, Richepin,

Le destin a voulu que vous sortiez un an plus tôt mais n'a pas éteint l'amitié qui a toujours existé entre nous. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

A mes amis du groupe de stage interné : Lionelle, Bernice, Victorine, Kisito, René, Jules, Ezéchiel,

Pendant douze mois, nous avons lutté côte à côte pour la survie des patients dont nous avons la garde. Le souvenir de ces riches instants passés ensemble restera toujours gravé en moi. Je vous souhaite une brillante carrière.

A tous mes camarades de promotion en particulier à Soliou, Jean-Pierre, Jacob, Sonia, Esther, Zacharie, Yolaine, Ange, Laurette, Armel,

Merci pour tous ces instants passés ensemble. Brillante carrière à vous tous.

A Mme et M EGUE François,

Merci pour vos conseils et votre soutien moral. Profonde gratitude.

A Madame et Monsieur GBOKOU Lambert,

Les mots me manquent pour vous exprimer ma profonde gratitude. Le Seigneur vous le rendra.

Au Docteur AKADIRI Razack

Il est des circonstances où les mots n'expriment pas à leur juste valeur tout ce que ressent le cœur. Profondes gratitude à vous et à votre épouse.

A Mme et M. ASSANI

Vos conseils et votre soutien moral m'ont aider pour la réalisation de ce travail.

Sincères remerciements et profonde gratitude.

A Dominique BOKO, Irma AGOSSOU, Gisèle MOLOKE, Ernesto HOUEHANOU,

Sincères remerciements.

Au personnel de la maternité Lagune et en particulier à celui du service des archives,

Pour votre contribution, profonde gratitude et sincères remerciements.

A Monsieur Patrick DEMILT,

Votre combativité et votre sens de l'organisation m'ont aidé à accomplir ce travail. Sincères remerciements à vous et à toute l'équipe du PARSUON.

A Monsieur PIO,

Pour votre disponibilité dans l'accomplissement du travail statistique, sincères remerciements et profonde gratitude.

Au personnel de la polyclinique «les Cocotiers »,

Sincères remerciements.

A tout le personnel du centre médical Saint Pothin et en particulier à Franck DOSSOUVO, Jeannette, Fiacre, Noëllie, Arnaude, Josée,

Sincères remerciements.

A tous les délégués médicaux qui m'ont constamment soutenu,

Sincères remerciements.

A tous mes enseignants des cours primaire et secondaire,

C'est avant tout grâce à vous que je suis ici ce jour. Merci pour la formation que vous m'avez donné.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé et que je n'ose pas citer de peur d'en oublier,

Sincères remerciements

A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,

Je suis fier et honoré de compter parmi vos étudiants. Hommages très respectueux.

Au Professeur Assistant Flore GANGBO,

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon entrée à la Faculté de Médecine.

Sincères remerciements et profonde gratitude.

Au Professeur Achille MASSOUGBODJI,

Vous nous avez marqué par votre simplicité, votre abord facile et votre humanisme. Nous ne saurions oublier l'aide incommensurable que vous nous avez apporté au cours de notre exercice à la tête de l'AEMC.

Profonde gratitude et hommage très respectueux.

Au Professeur Issifou TAKPARA,

Vous êtes un homme simple, un homme de parole et un homme rigoureux. Vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'être le parrain de notre promotion. Recevez ce travail comme le fruit de vos efforts. Profonde gratitude.

Au professeur Prosper GANDAHO,

Ce fût un grand honneur pour nous de compter parmi vos élèves que ce soit à la Faculté ou au club de Taekwondo. Recevez ce travail comme le fruit de votre enseignement. Profonde gratitude.

Au Professeur Eusèbe M. ALIHONOU,

Vous avez participé avec un grand mérite à notre formation et vos conseils lors de notre passage à la tête de l'AEMC nous ont beaucoup marqué.

Hommages respectueux et sincère gratitude.

Au Professeur Kémoko O. BAGNAN,

Votre simplicité, vos connaissances scientifiques, votre enseignement magistral et votre sympathie forcent l'admiration. En tant que Recteur, vous avez toujours prêté une oreille attentive à nos doléances et votre porte nous était toujours ouverte. Recevez ici l'expression de notre hommage respectueux et de notre profonde gratitude.

Au Professeur Théophile ZOHOUN,

Vous êtes un homme de science aux grandes qualités, au cœur généreux et ardent. Vos conseils nous ont guidé tout au long de ces études médicales et la qualité de votre enseignement nous a aidé à parfaire ce travail.

Hommages respectueux et profonde gratitude.

Au Professeur Nazaire PADONOU,

Vous nous avez marqué par votre rigueur qui incarne pour nous l'image même de l'art médical. Nous ne saurions vous remercier assez pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez donné. Hommages respectueux.

Au Professeur Benoît Christophe SADELER,

Vos qualités d'enseignant, vos conseils et votre paternalisme ont guidé mes premiers pas à la Faculté de Médecine. Recevez ce travail comme le fruit de votre bienveillante attention à mon égard. Que le seigneur vous accorde la santé et une longue vie. Hommages respectueux et profonde gratitude.

Au Professeur Célestin HOUNKPE,

La clarté et la concision de votre enseignement forcent l'admiration. Vous avez toujours guidé mes pas et votre porte m'est restée constamment ouverte au cours de toutes ces années. Daignez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon respectueux attachement

Aux Professeurs,

Edouard GOUDOTE, Henri Valère KINIFFO, Honoré ODOULAMI, Martin CHOBLI, Florencia do ANGO PADONOU, Raphaël DARBOUX, Hippolyte AGBOTON, Martin GNINAFON, Karl Augustin AGOSSOU VOYEME, Sèmiou LATOUNDJI,

Aux Professeurs Agrégés,

Abdou Rahman AGUEMON, Sikiratou H. ADEOTHY KOUMAKPAI, Fabien HOUNGBE, Joseph VODOUHE, Hubert YEDOMON, Gilbert D.AVODE, Léonard FOURN, André BIGOT et

Aux professeurs Assistants,

Joseph FLENON, Dismand HOUINATO, Prince HOUNNASSO, Jean-Léon OLORY TOGBE, Delphin MEHINTO,

Veillez trouver ici un faible témoignage de notre forte reconnaissance pour la qualité de l'enseignement que nous avons reçu de vous.

A notre Co-directeur de thèse, Professeur Assistant Sosthène ADISSO,

Vous avez été le premier à nous avoir orienté vers un sujet en gynécologie obstétrique. Vous n'avez ménagé aucun effort de jour comme de nuit pour que ce travail s'accomplisse. Votre simplicité, votre concision et votre approche méthodique nous ont aidé à le parfaire.

Recevez ici l'expression de notre vive et inaltérable gratitude.

A notre Directeur de thèse, Professeur René Xavier PERRIN,

Lorsque nous nous sommes porté vers vous, vous nous avez accueilli à bras ouverts et dès lors vous n'avez ménagé ni votre temps si précieux, ni votre énergie, ni vos conseils de jours comme de nuit pour faire aboutir ce travail.

Vous nous avez inlassablement guidé et soutenu tout au long de notre rédaction en nous prodiguant maints encouragements et conseils.

Vos aptitudes de pédagogue, votre esprit de synthèse et de logique ont contribué à parfaire ce travail qui vous tenait beaucoup à cœur.

Votre grande simplicité, votre abord facile et votre disponibilité permanente ont fait régner une parfaite ambiance de travail.

Efficace et infatigable, vous êtes de ceux qui luttent sans trompette pour la survie et l'avenir de la communauté.

Les mots nous paraissent faibles pour vous l'exprimer mais recevez nos sentiments d'infinie gratitude et de profond respect et soyez assuré que si c'était à refaire, c'est sans une once d'hésitation que nous vous choisirons à nouveau.

A notre Président du jury,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse. Nous restons persuadé que vos conseils et vos recommandations nous serviront à améliorer ce travail.

Veillez accepter, Monsieur le Président, l'expression de notre profond respect.

A nos juges,

Vous avez accepté de bon cœur de juger ce travail. Nous n'avons pas la prétention de l'avoir parfait. Les critiques et les remarques que vous saurez porter seront bien venues et contribueront à coup sûr à son amélioration.

Soyez assurés de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

AHUI	: Administration Hospitalière Universitaire et Intendance
BDC	: Bruits du Cœur
CA	: Conseil d'Administration
CCS	: Complexe Communal de Santé
CES	: Certificat d'Etude spécialisée
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CNHU	: Centre National Hospitalier et Universitaire
CREDESA	: Centre Régional pour le Développement de la Santé
CRAP	: Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro
CSCU	: Complexe de Santé de la Circonscription Urbaine
CSSP	: Complexe de Santé de la Sous-préfecture
CUGO	: Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
D	: Différence
DDS	: Direction Départemental de la Santé
DPP	: Direction de la Programmation et des Prospectives
FSNE	: Fond de Solidarité National et d'Emploi
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
H	: Heure

HU	: Hauteur Utérine
INSAE	: Institut National de Statistiques et d'Analyse Economique
IRSP	: Institut Régional de Santé Publique
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFPTRA	: Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Reforme Administrative
Mn	: Minute
MSP	: Ministère de la Santé Publique
N	: Nombre
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PARSUON	: Projet d'Appui au Renforcement du Système des Urgences Obstétricales et Néonatales
RPM	: Rupture Prématuration des membranes
SAMU	: Service d'Aide Médicale d'Urgence
SFA	: Souffrance Fœtale Aiguë
SMIG	: Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TA	: Tension Artérielle
TV	: Toucher Vaginal
UVS	: Unité Villageoise de Santé
%	: Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau N°1** : *Densité de la population du Bénin en 1999 : source INSAE* P 17
- Tableau N° 2** : *Situation sanitaire en République du Bénin* P 19
- Tableau N° 3** : *Répartition des femmes référées selon le suivi de la grossesse* P 46
- Tableau N° 4** : *Répartition des femmes selon les éléments de la préparation* P 48
- Tableau N°5** : *Qualité de la préparation de la référence selon les formations sanitaires* P 50
- Tableau N°6** : *Qualité de la préparation de la référence selon la présence de la fiche de référence de la maternité Lagune* P 51
- Tableau N° 7** : *Répartition des femmes selon la qualité de la préparation et le pronostic vital du nouveau-né* P 52
- Tableau N° 8** : *Répartition des femmes selon la qualité de la préparation et le pronostic vital maternel* P 53
- Tableau N°9** : *Répartition des formations sanitaires suivant le moyen de transport* P 54
- Tableau N° 10** : *Répartition des formations sanitaires selon la réalisation d'un abord veineux avant la référence* P 55
- Tableau N° 11** : *Répartition des femmes référées selon les éléments de la réception étudiés* P 57
- Tableau N° 12** : *Répartition des femmes référées selon la qualité de la réception et le diagnostic de référence* P 59
- Tableau N° 13** : *Répartition des femmes référées selon la qualité de la réception et le diagnostic retenu à la maternité Lagune* P 60

- Tableau N° 14** : Répartition des femmes référées selon le moyen de transport P 61 utilisé et la qualité de la réception
- Tableau N° 15** : Répartition des femmes référées selon le diagnostic de P 62 référence et le diagnostic retenu
- Tableau N° 16** : Répartition des femmes référées selon l'utilisation de la P 64 fiche de référence de la maternité et la qualité de la préparation de la référence
- Tableau N° 17** : Répartition des femmes référées avec la fiche de référence P 65 de la maternité Lagune selon la qualité de la réception
- Tableau N° 18** : Répartition des femmes référées selon la formation sanitaire P 66 de provenance et l'effectivité de la rétro information
- Tableau N° 19** : Répartition des femmes référées selon la présence de la P 67 fiche de référence de la maternité et la rétro information
- Tableau N° 20** : Répartition des femmes référées selon la qualité de la P 68 préparation et l'effectivité de la rétro information
- Tableau N°21** : Répartition des femmes référées selon la formation sanitaire P 69 et le pronostic vital maternel
- Tableau N°22** : Répartition des femmes référées selon le pronostic vital P 71 maternel et le diagnostic retenu à la maternité Lagune
- Tableau N° 23** : Ressources en infrastructures dans les centres qui réfèrent P 72
- Tableau N° 24** : Ressources en matériel de consultation et d'accouchement P 73
- Tableau N° 25** : Ressources en médicaments P 74
- Tableau N° 26** : Ressources en matériel de réanimation P 75
- Tableau N° 27** : Disponibilité des éléments de la référence dans les P 76 formations sanitaires
- Tableau N°28** : Répartition du personnel dans les formations sanitaires P 77

LISTE DES FIGURES

- Figure N°1** : Répartition des femmes référées selon l'âge P 43
- Figure N°2** : Répartition des femmes référées selon la parité P 44
- Figure N°3** : Répartition des femmes référées selon la profession P 45
- Figure N°4** : Répartition des femmes référées selon le lieu de provenance P 46
- Figure N°5** : Répartition des femmes référées selon la formation sanitaire P 47
de provenance
- Figure N°6** : Répartition des femmes référées selon la qualité de la P 49
préparation
- Figure N°7** : Répartition des femmes référées selon le délai d'évacuation P 56
- Figure N°8** : Répartition des femmes référées selon la qualité de la P 58
réception
- Figure N°9** : Répartition des femmes référées selon la présence de la P 63
fiche de référence de la maternité Lagune
- Figure N°10** : Répartition des femmes référées selon l'effectivité de la P 67
rétro information
- Figure N°11** : Répartition des femmes référées selon le délai d'envoi de la P 70
rétro information

SOMMAIRE

INTRODUCTION

OBJECTIFS

CHAPITRE 1 : GENERALITES

CHAPITRE 2 : CADRE ET METHODE

CHAPITRE 3 : RESULTATS

CHAPITRE 4 : COMMENTAIRE ET REVUE DE LITTERATURE

CONCLUSION

SUGGESTIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Introduction

A chaque minute, une femme décède dans le monde du fait de la grossesse qui constitue une aventure dont l'issue demeure incertaine [9]. Les urgences obstétricales représentent les premières circonstances de mortalité fœtale et maternelle plus spécifiquement encore au niveau des cas référés des centres périphériques. Ce constat est marqué surtout dans les pays en voie de développement.

Notre pays ne fait pas exception. A la maternité Lagune qui représente l'un des deux grands centres de référence du pays en matière de prise en charge des urgences obstétricales, le ratio de mortalité a atteint 890 pour 100.000 naissances vivantes en 1997 et 1.085 pour 100.000 en 1998. Environ 64% des décès maternels qui y sont enregistrés surviennent chez des femmes évacuées des centres périphériques. Le nombre de décès néonataux y est cinq fois plus élevé parmi les nouveau-nés évacués.

Pour ALIHONOU et coll., 87% des cas de décès maternels enregistrés à la CUGO/CNHU sont survenus parmi les évacuées [4].

Selon HESSOU, 70,5% des décès maternels et 67,8% des décès néonataux proviennent des cas évacués sur le CHD du département du Zou au Bénin [25].

Dans la sous région ouest-africaine, le constat est similaire. Ainsi, une étude réalisée sur la mortalité maternelle à Abidjan de 1988 à 1993 par BOHOSSOU et coll. affirme qu'au Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody, 85% des patientes décédées étaient des femmes transférées d'une autre maternité [9].

Pour DIADHOU et coll., 90 à 95% des cas des décès maternels à l'Hôpital LE DANTEC de Dakar au Sénégal étaient parmi les évacuées [14,15].

Ce constat a amené à l'identification des causes de ce fort taux de décès fœtaux et maternels. Parmi les causes qui ont été identifiées, on peut noter :

➤ La mauvaise préparation de la référence et de son exécution : d'après une étude réalisée par do REGO sur les évacuées à la maternité Lagune de Cotonou

en 1997, la préparation des femmes avant la référence est de mauvaise qualité dans 73,67% des cas [17].

Selon HESSOU, la préparation de la référence a été mauvaise dans 56,2% des cas évacués sur le CHD du Zou et 85,4% de l'ensemble l'ont été sans une fiche de référence [25].

➤ L'absence presque totale d'une rétro information devant permettre au centre qui réfère d'avoir des informations sur le devenir de la patiente afin d'améliorer ses prestations ultérieurement pour la prise en charge des urgences obstétricales.

De nombreuses initiatives pour l'instauration d'un système de référence adéquat ont été mises en oeuvre mais sur le terrain tous les rouages du dispositif ne marchent pas. En effet à l'un des trois niveaux du système, il y a presque toujours l'un d'eux qui n'est pas opérationnel. Ainsi, soit ce sont les fiches de référence qui n'existent pas ou ne sont pas utilisées pour toutes les références ou encore sont mal remplies ; soit les conditions de la référence laissent à désirer en raison de la presque inexistence de moyens de transport médicalisé ; soit et c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent il n'y a pas de rétro information vers les centres qui réfèrent.

C'est pour ces raisons que la maternité Lagune a décidé de mettre en place un système de référence véritablement fonctionnel dans le cadre du PARSUON. Ainsi donc toute référence qui sera faite sur la maternité Lagune le sera dans les conditions optimum de référence adéquate :

- Référence avec une fiche de référence porteuse de toutes les informations indispensables pour une prise en charge rapide et correcte ;
- Transport médicalisé par l'ambulance de la maternité Lagune ;
- Et enfin effectivité de la rétro information pour tous les cas référés vers la maternité Lagune avec une fiche de contre référence porteuse de toutes les informations relatives au devenir du cas.

Toutes les composantes du système étant mises en place, leur utilisation effective devrait permettre de réduire le taux des décès maternel et fœtal. C'est ce qui justifie l'intitulé de notre travail : « *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* ».

OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Améliorer la prise en charge des urgences obstétricales référées par les centres de santé périphériques vers la maternité Lagune de Cotonou par la mise en place d'un système de référence.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Analyser les conditions de transfert des urgences obstétricales des patientes évacuées après la mise en place du système ;
- Evaluer l'incidence des conditions d'évacuation sur le pronostic des cas évacués ;
- Déterminer le taux d'utilisation de la fiche de référence de la maternité Lagune ;
- Déterminer le taux de rétro information effectuée ;
- Evaluer l'impact de la contre référence sur les conditions d'évacuation ;
- Faire quelques suggestions en vue d'améliorer la qualité des soins.

Généralités

I. DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS

1.1. Référence et évacuation

1.1.1. Référence ou référence à froid

Dans ce type de transfert, le motif du transfert est une pathologie dépistée en cours de grossesse et dont le risque probable de complication à l'accouchement a été jugé important pour justifier un transfert précoce vers une structure mieux adaptée pour assurer une prise en charge optimale.

1.1.2. Evacuation ou référence en situation d'urgence

Dans ce type de transfert, soit la pathologie n'a pas été détectée en surveillance prénatale, soit il s'agit d'une complication fortuite apparue en cours d'accouchement et qu'aucun signe précurseur ne pouvait signaler.

1.2. Délai de référence ou d'évacuation

C'est le temps écoulé entre la prise de décision du transfert et celui de la prise en charge effective au centre de référence.

Dans nos pays ce délai est relativement long pour plusieurs raisons :

- L'inexistence d'un moyen de transport ;
- Le mauvais état des voies de communication ;
- L'impossibilité d'alerter le centre de référence ;
- L'opposition des patientes et/ou de leurs parents.

1.3. Accessibilité [31]

L'accessibilité est la facilité pour un nombre d'individus d'atteindre et d'utiliser les services. Les soins fournis de manière continue et organisée sont

à la portée de toute la communauté. On distingue l'accessibilité géographique, financière, culturelle et fonctionnelle.

1.3.1. Accessibilité géographique

L'accessibilité géographique implique que la distance à parcourir, le temps mis pour atteindre le centre de santé, l'état de la voie et le coût du transport soient en adéquation avec l'objectif visé pour les usagers du service.

1.3.2. Accessibilité financière

Elle implique :

- Des services abordables financièrement pour la communauté et / ou le pays, quelles que soient les modalités de paiement ;
- La mise au point de technologies appropriées c'est à dire valables, acceptables et peu coûteuses ;
- Le choix de matériel et de médicaments efficaces mais à coût abordable.

1.3.3. Accessibilité culturelle

L'accessibilité culturelle implique que les méthodes techniques et de gestion utilisées soient compatibles avec les caractéristiques socioculturelles de la communauté.

Le délai d'évacuation assez long peut parfois reposer sur des considérations d'ordre socioculturel (certains parents vont d'abord consulter les oracles pour voir s'ils sont favorables à l'acte entrepris ou attendre l'avis d'un membre de la famille jugé important).

1.3.4. Accessibilité fonctionnelle

Les services sont organisés de telle manière que les populations puissent les utiliser toutes les fois où elles seront dans le besoin et que les soins requis puissent être dispensés à tout moment et correctement par une équipe de santé appropriée.

1.4. Système de référence

Le système de référence est l'ensemble des opérations à maîtriser et à organiser pour que chaque malade soit soigné au niveau où les soins seront plus efficaces. Dans ces conditions, l'idéal pourrait être de consulter d'emblée le centre ultra spécialisé.

C'est pourquoi la deuxième condition est que chaque malade soit soigné au niveau où les soins pourront être efficaces mais aussi au niveau le moins spécialisé possible susceptible de prodiguer ces soins. [26]

1.5. Qualité

C'est le degré d'excellence des différents attributs des services de santé. « C'est une quête du possible, qui, visant l'optimum en terme de fin, requiert en terme de moyen, le bon service au bon moment, délivré par la bonne personne, au bon endroit » BRUNELLE, 1993.

1.6. Qualité de la référence

Le fonctionnement d'un système de santé dépend de celui de chaque niveau de la pyramide sanitaire, chaque échelon devant assurer correctement le rôle qui est le sien. L'existence d'un mécanisme opérationnel de référence et de

contre référence constitue un atout pour garantir la réussite des soins de santé primaires.

La notion de référence prend en compte les pathologies urgentes et les non urgentes, la contre référence ou feed-back s'occupant de la rétro information. Pour une même patiente, référence et contre référence forment un binôme indissociable ; le feed-back assurant la cohésion du système.

La qualité de la référence passe par la réalisation de ces trois éléments que sont :

- La préparation adéquate de la femme par le centre qui réfère ;
- L'acheminement approprié de la femme ;
- La réception adéquate de la femme au niveau du centre de référence.

A ces trois nous pouvons associer le caractère justifié de la décision de référence. [42]

1.7. Notion d'ordinogramme

L'ordinogramme est un outil de travail qui permet à un agent de santé face à une situation donnée, de prendre une décision diagnostique, thérapeutique ou de référence et ce, de façon reproductible.

Il a pour but d'assurer la qualité de l'exécution des prestations, d'éviter les traitements inappropriés et leur gaspillage de ce fait.

Il permet la standardisation et la rationalisation des soins.

Le titre de l'ordinogramme est la plainte dominante qui doit faire l'objet d'une définition opérationnelle acceptée de tout le monde : anémie = pâleur des muqueuses et téguments.

Un ordinogramme doit être clair, simple, concis et opérationnel.

Devant les cas à référer en urgence à l'échelon supérieur, on prend comme plainte celle qui est expressive, significative et dont le nom évoque le réflexe de référence.

Exemple : les signes de choc dans une hémorragie importante.

Les utilisateurs participent à l'élaboration des ordigrammes et doivent être fortement impliqués à chacune de ses étapes. [20]

1.8. Urgence

L'urgence est la qualité de ce qui est urgent, c'est-à-dire qui ne peut être différé. En médecine c'est le passage brusque de l'état de bonne santé à l'état pathologique ou l'aggravation subite d'un état pathologique. C'est aussi la survenue d'une situation imposant la prise de mesures thérapeutiques immédiates. On distingue trois degrés d'urgence :

- Les extrêmes urgences : le pronostic vital est compromis en quelques minutes.
- Les urgences relatives : le pronostic vital peut être compromis en quelques heures ou en quelques jours en dehors de toute thérapeutique.
- Les urgences fonctionnelles ou ressenties qui ne mettent pas en danger le pronostic vital : [5, 7, 35].

En obstétrique c'est le caractère d'une pathologie développée au cours de la gravidité dont la thérapeutique ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la mère et de l'enfant.

II. LES URGENCES OBSTETRIQUES

2.1. LES HÉMORRAGIES

2.1.1. Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse

2.1.1.1. La grossesse extra-utérine

La grossesse extra-utérine ou ectopique se développe en dehors de l'utérus. Elle peut siéger au niveau interstitiel, isthmique, ampullaire, infundibulaire ou ovarien. Elle est l'une des grandes causes d'hémorragie du

premier trimestre de grossesse et elle constitue une urgence de par les accidents hémorragiques fatals lors de sa rupture. Le traitement est chirurgical. [32]

2.1.1.2. Les avortements hémorragiques

L'avortement peut-être défini comme l'expulsion spontanée (avortement spontané) ou provoqué (avortement provoqué ou thérapeutique) du fœtus avant sa période de viabilité en principe avant le 180^{ème} jour après la conception. Il est susceptible de complications dramatiques dont l'une des plus fréquentes est l'hémorragie surtout en ce qui concerne les avortements clandestins. Le traitement fait appel à l'évacuation utérine associée si besoin à la réanimation dont la transfusion est l'élément essentiel. [32]

2.1.1.3. La môle hydatiforme

La môle est un œuf pathologique caractérisé outre son aspect macroscopique de villosités kystiques, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités chorales. Elle se complique d'hémorragies qui peuvent être profuses au moment de l'avortement et s'accompagner de choc. La complication majeure est le chorio-carcinome. La sanction thérapeutique fait appel à un curage digital ou à un curetage avec examen anatomo-pathologique du produit de conception. [32]

2.1.2. Les hémorragies du 2^{ème} et du 3^{ème} trimestres

2.1.2.1. Le placenta praevia

Un placenta est dit praevia lorsqu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur. Sa gravité tient au retentissement maternel (lié aux hémorragies) et fœtal avec risque de prématurité d'anémie, de souffrance

foetale chronique. Un grand nombre de placentas praevias reste asymptomatique.

Dans tous les cas, toute hémorragie indolore et brutale du troisième trimestre de grossesse doit faire évoquer le diagnostic et mettre en route les investigations cliniques et paracliniques. [32,43]

2.1.2.2. L'hématome rétro-placentaire

Il résulte du décollement prématuré d'un placenta normalement inséré avec formation d'un hématome inter-utéro-placentaire. C'est une urgence obstétricale mettant en jeu :

- Le pronostic foetal en raison de la rupture des échanges foeto-maternelles compromettant la vie foetale ;
- Le pronostic maternel en raison de l'état de choc, des troubles de la coagulation et du risque rénal.

Il survient au troisième trimestre de grossesse et le plus souvent chez les multipares. [32, 43]

2.1.2.3. La rupture utérine

La rupture utérine est définie comme toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Sont exclues, les déchirures du col et celle consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage. Elle est fréquente dans les dystocies négligées et dans les cas d'utérus cicatriciels. Elle peut être provoquée (par arme blanche, par arme à feu, par contusion abdominale ou à l'occasion de manœuvre obstétricale) ou spontanée (utérus cicatriciel, déchirure ancienne du col au-delà de l'insertion vaginale, obstacle praevia).

Le pronostic foetal est sombre et celui maternel est dramatique lorsque la prise en charge n'est pas précoce. [32, 43]

2.1.3. Les hémorragies de la délivrance

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (plus de 500 ml) et leurs effets sur l'état général.

Leur traitement a pour objet, d'assurer l'hémostase en supprimant la cause de l'hémorragie et de réparer les conséquences de l'hémorragie par les soins de réanimation et le traitement du choc.

2.1.4. Les hémorragies des suites de couche

Sous ce nom, on décrit les hémorragies utérines distinctes des pertes de sang physiologiques qui surviennent du deuxième au troisième jour des suites de couches. Sont exclus de ce cadre, les hémorragies d'origine tumorale. Elles peuvent avoir pour cause la rétention ovulaire, l'infection utérine, l'inertie utérine et de façon plus discutée, l'origine hormonale.

Vite et bien pris en charge, elles guérissent simplement. Le traitement est fonction de l'étiologie et fait appel également au traitement symptomatique. [32]

2.2. LES INFECTIONS

Elles sont fréquentes et peuvent survenir soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail d'accouchement soit en post-partum ou en post-abortum. Les plus fréquemment rencontrées sont : l'endométrite, la pelvi-péritonite, la rétention de débris placentaires infectés du post-abortum ou du post-partum, la rupture prématurée des membranes et la chorio-amniotite, la pyélonéphrite. [1, 32]

2.2.1. Endométrite et/ou pelvipéritonite

L'endométrite est une infection localisée de l'utérus associant une hyperthermie avec une altération de l'état général, des lochies abondantes

louches et fétides, un utérus gros mou et douloureux, des culs-de-sac libres au toucher vaginal.

Les formes graves (suppurées, putrides et hémorragiques) sont devenues rares. Le traitement est médical.

La pelvi-péritonite est une irritation péritonéale d'origine infectieuse fréquente en post-abortum. Elle peut guérir sous un traitement ou être également le stade initial de complications telles que : l'abcès du douglas, le phlegmon du ligament large, les salpingites, la péritonite généralisée et la redoutable septicémie à perfringens. Elle mérite donc un diagnostic précoce et un traitement adéquat. [32]

2.2.2. La rétention infectée du post-abortum ou du post-partum

Il s'agit d'une rétention placentaire infectée associant cliniquement une hyperthermie aux alentours de 38-38°5, des pertes à la fois sanglantes, purulentes et fétides avec une béance du col.

L'évacuation utérine est nécessaire mais elle gagne à être précédée d'un traitement antibiotique et antitétanique après réduction de la fièvre. Ainsi sont évitées les nombreuses complications septiques locales ou générales favorisées par un curetage hâtif. [32]

2.2.3. La rupture prématurée des membranes et la chorio-amnionite

La rupture prématurée des membranes est l'ouverture de l'œuf pendant la grossesse en dehors de tout travail d'accouchement.

La chorio-amnionite est l'infection du liquide amniotique puis de l'œuf en entier par des germes pathogènes. Elle ne survient le plus souvent qu'en cas de rupture prématurée des membranes mais les manifestations cliniques ne sont patentes qu'après le début du travail.

En fonction du moment où elle survient, la conduite thérapeutique varie allant de la surveillance au déclenchement du travail et à la césarienne sous antibiotiques.

La mort fœtale est redoutable surtout au cours du travail mettant en jeu le pronostic maternel par la putréfaction fœtale liée aux germes anaérobies. Le traitement doit alors être avant tout prophylactique par la suppression du travail prolongé, la brièveté de l'épreuve du travail, l'asepsie en obstétrique, la correction des dystocies dynamiques ne laissant pas ainsi le temps à l'infection d'éclorre ou de se développer. [31, 35]

2.2.4. Les infections urinaires

C'est l'inflammation tantôt localisée aux voies excrétrices (pyélo-urétéro-cystite), tantôt intéressant aussi le parenchyme rénal (pyélo-néphrite).

Elles sont fréquentes pendant la grossesse, favorisées par la stase liée aux modifications mécaniques et hormonales de l'arbre urinaire. Elles sont le plus souvent dues aux colibacilles mais également aux entérocoques.

Elles peuvent être redoutables surtout en cas de pyelonéphrites gravidotoxiques mettant en jeu le pronostic maternel et fœtal. Mais le risque, malgré la guérison sous l'influence du traitement, d'une néphrite interstitielle à distance demeure présent.

Le risque fœtal majeur est l'accouchement prématuré avec le plus souvent une hypotrophie. [1, 32]

2.3. LES SYNDROMES VASCULO-RENAUX

Sous ce terme, on regroupe l'ensemble des états pathologiques de la femme enceinte qui se caractérisent par la triade symptomatique où la protéinurie, les oedèmes et l'hypertension artérielle s'associent à des degrés divers. Elles peuvent se compliquer quelle qu'en soit la cause, d'accidents paroxystiques tels l'éclampsie et l'hématome rétro-placentaire qui menacent la vie du fœtus.

L'éclampsie est un accident paroxystique aigu des syndromes vasculo-rénaux caractérisée par un état convulsif survenant par accès à répétition, suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail d'accouchement ou plus rarement les suites de couches.

Le traitement repose sur l'évacuation utérine soit par voie basse, soit par césarienne en fonction de l'urgence de la situation. [32]

2.4. LES ANOMALIES DE L'ACCOUCHEMENT

2.4.1. La procidence du cordon

La procidence du cordon est définie comme la chute du cordon en avant de la présentation au moment de la rupture des membranes. C'est un accident obstétrical grave pour le fœtus, en raison de la compression du cordon, source de souffrance fœtale aiguë et de mort fœtale. Elle impose le plus souvent une extraction par césarienne. [32]

2.4.2. La souffrance fœtale aiguë

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 d'oxygène est insuffisant. Lorsqu'elle survient en cours de travail, elle est dite aiguë et est très grave car les anomalies sont difficilement réparables même lorsqu'elles sont minimales. Elle peut apparaître à n'importe quel stade de la dilatation mais elle est plus fréquente après l'ouverture de l'œuf et beaucoup plus encore au cours de la période d'expulsion. Le diagnostic établi, la prise en charge doit être immédiate passant par le décubitus latéral, l'oxygénation de la mère, les substances inhibitrices des contractions utérines jusqu'à l'extraction du fœtus par voie haute ou basse qui est le temps essentiel. [32]

2.5. MALADIES INTERCURRENTES ET GROSSESSE

2.5.1. L'anémie au cours de la gravido-puerpéralité

Elle est fréquente au cours de la gravido-puerpéralité mais révèle le plus souvent un état anémique préexistant. En Afrique, elle est due aux mauvaises conditions socio-économiques, aux agressions parasitaires et aux hémoglobinopathies.

Sa prise en charge fait appel à la supplémentation en fer et en acide folique dans les formes légères et à la transfusion sanguine dans les formes sévères et décompensées. Elle est source d'hypotrophie fœtale. [16, 32]

2.5.2. Le paludisme chez la femme enceinte

Le paludisme est très fréquent du fait de la situation géographique du pays. Son influence peut s'exprimer à tout moment de la grossesse. Il est responsable d'anémie, d'avortement et d'accouchement prématuré. Sa prévention passe par une chimio-prophylaxie à la chloroquine et une prophylaxie mécanique. [16, 32]

2.5.3. Drépanocytose et grossesse

C'est une hémoglobinopathie héréditaire dont les manifestations cliniques ne s'observent couramment que dans les formes homozygotes. Les variétés hétérozygotes ne se compliquent qu'en cas d'anémie. Son évolution est nettement aggravée par la grossesse qui accroît la fréquence des complications : crises vaso-occlusives et surtout accidents thromboemboliques, particulièrement dans les suites de couches. L'interruption de grossesse et la mortalité périnatale sont fréquentes. Sur le

plan thérapeutique, si certains préconisent l'interruption de la grossesse, d'autres se bornent aux traitements habituels et en particulier aux transfusions en cas de poussées d'hémolyse. [32]

2.6. AUTRES MALADIES DE LA GROSSESSE

2.6.1. Les vomissements graves de la grossesse

Les vomissements de la femme enceinte surviennent dans les premiers mois de la grossesse. Les vomissements graves succèdent habituellement à une phase plus ou moins longue de vomissements simples dont l'aggravation est progressive. Mais ils peuvent d'emblée acquérir leur caractère de gravité. Ils aboutissent à une dénutrition avec tachycardie, tachypnée permanente, ictère, acidose et anomalies électrolytiques sanguines. La prise en charge doit être précoce et multidisciplinaire. [32]

2.6.2. La menace d'accouchement prématurée

Un accouchement est dit prématuré lorsqu'il se produit entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine révolue d'aménorrhée. La prématurité est la principale cause de mortalité néonatale et des séquelles neurologiques, ce d'autant, plus que l'accouchement survient à un âge gestationnel plus précoce. Elle doit être détectée tôt par le calcul du Coefficient du Risque d'Accouchement Prématuré (CRAP) chez toute gestante. Sa prise en charge fait appel au repos et à la tocolyse en passant par la correction des facteurs déclenchants. [32]

Cadre et méthode de travail

I. CADRE

1.1. LA REPUBLIQUE DU BENIN

1.1.1. Données géographiques

La République du Bénin est un état de l'Afrique occidentale situé dans le golfe de Guinée. Elle s'étend de l'océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (à la latitude de Tanguiéta). Elle est limitée au nord par le Niger, au nord ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigeria et au sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120 km. Le Bénin a un relief peu accidenté et couvre une superficie de 114763km². La population y est inégalement répartie avec de vastes étendues peu habitées au Nord et des zones surpeuplées au sud. La densité moyenne est de 52,2 hbts / km².

Tableau N° 1 : Densité de la population du Bénin en 1999

Département	Atacora et Donga	Atlantique et Littoral	Alibori et Borgou	Mono et Couffo	Ouémé et Plateau	Zou et collines
Hbts / km ²	24,4	386,6	20,5	199,0	236,3	52,2

Source : INSAE

On distingue en République du Bénin trois zones climatiques réparties comme suit :

- Au sud, un climat subéquatorial avec deux saisons pluvieuses (Avril-Juin et Novembre-Mars). La température relativement élevée n'y subit que de faibles variations entre 24° et 32°C. Les précipitations sont en moyenne de 1200 millimètres de pluie par an ;
- Au centre, une deuxième zone climatique de type soudano-guinéen caractérisée par un climat tropical semi-humide.

- Au nord un climat tropical humide avec une saison pluvieuse et une saison sèche (mai à octobre pour la pluie). Dans la région de la chaîne de l'Atacora, l'altitude rend les orages plus fréquents et les températures plus fraîches. Toutefois il existe une grande variabilité de température (entre 10° et 35°).

1.1.2. Organisation administrative

La loi N° 97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin, dispose que : « le territoire national est découpé en douze départements qui prennent les dénominations ci après : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau, Zou ».

Ces douze départements se divisent à leur tour en 67 sous préfetures, 10 circonscriptions urbaines et 568 communes.

La capitale du Bénin est Porto-novo. Mais Cotonou reste la ville la plus peuplée à très fortes activités économiques.

1.1.3. Données démographiques et économiques

Selon l'INSAE, la population béninoise est estimée 5.990.396 habitants en 1999 contre 4.995.555 habitants en 1992 avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2,76% sur la base des nouvelles projections. La répartition par tranche d'âge de cette population indique que les moins de 15 ans représentent 47,8%, ceux qui ont entre 15 et 60 ans font 47,8% et les plus de 60 ans ne font que 4,4% de la population. C'est une population jeune à croissance rapide.

- le taux de mortalité général = 13,5%
- le taux de mortalité infantile = 86,8%
- le taux brut de natalité = 41,1%
- l'espérance de vie = 51,2%

Le produit intérieur brut (PIB) de 529,7 millions de francs CFA en 1991 est en évolution croissante et atteint 1249,8 millions de francs CFA en 1997.

Pays pauvre, le revenu moyen par habitant adulte est de 190.955 francs CFA et les dépenses moyennes par habitant adulte par an sont de 263.707 francs CFA avec 45% comme part réservée à l'alimentation et 55% de dépenses non alimentaires.

Le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) se situe autour de 25.000 francs CFA.

1.1.4. Situation sanitaire générale en République du Bénin

Le système sanitaire actuel se présente comme une pyramide et à chaque niveau correspond des structures et des spécialités.

Tableau N° 2 : Situation sanitaire en République du Bénin

NIVEAU	STRUCTURES	INSTITUTIONS HOSPITALIERES ET SOCIO SANITAIRES	SPECIALITES
Central ou national	MSP	-CNHU -CNPP -Centre national de psychiatrie -Maternité Lagune	- Médecine – Pédiatrie - Chirurgie – Radiologie - Gynécologie obstétrique - ORL – Ophtalmologie - Laboratoire – Autres
Intermédiaire ou départemental	DDSP	CHD	- Médecine – Pédiatrie - Chirurgie – Radiologie - Gynécologie obstétrique - ORL – Ophtalmologie - Laboratoire – Autres
Périphérique	Zones sanitaires	-H-Z -CSSP ou CSCU -FS privées	- Médecine générale - Chirurgie d'urgence - Laboratoire – Pharmacie
		CCS	- Dispensaire – Maternité - Pharmacie ou dépôt
		UVS	- Soins – Accouchements - Caisse de pharmacie

Source : DPP/SSDRO SNIGS

Le Bénin compte actuellement 36 zones sanitaires. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système sanitaire. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, CCS, CSSP, CSCU et des formations sanitaires privées) appuyés par un hôpital de première référence publique ou privé, le tout desservant une aire abritant 100 à 200000 habitants.

La restructuration en zones sanitaires a pour finalité, l'amélioration des conditions socio-sanitaires de la population située dans les aires géographiques définies.

Elle entretient la viabilité et la qualité des services et favorise la décentralisation, la participation communautaire, le partenariat secteur public/privé.

Lorsqu'une urgence survient, le patient remonte soit graduellement les différentes structures, et de proche en proche se trouve au centre national de référence, soit y est transféré directement.

- Première possibilité

UVS → CCS → CSSP → HZ → CHD // CNHU

C'est le circuit le plus long et sans nul doute le plus dangereux, lorsque le malade en détresse vitale doit passer palier par palier pour atteindre le CNHU afin de bénéficier de soins adéquats.

- Deuxième possibilité

UVS → HZ ou CCS → HZ ou CSSP → HZ

C'est le cas où le transfert s'adresse directement à l'hôpital de zone

- Troisième possibilité

UVS → CHD ou CCS → CHD ou CSSP → CHD ou HZ → CHD

Ici c'est le cas où le transfert s'adresse directement au Centre Hospitalier

Départemental

- Quatrième possibilité

UVS → CNHU ou CCS → CNHU ou CSSP → CNHU ou

HZ → CNHU ou CHD → CNHU

Elle est la meilleure et fait appel à la compétence des agents de santé exerçant dans les centres les moins équipés. C'est la situation où l'appréhension de la gravité de l'état des patients entraîne lorsqu'elle est bien comprise une référence directe au centre spécialisé.

1.2. LA VILLE DE COTONOU

Capitale économique de la République du Bénin, la ville de Cotonou est située au sud du pays dans le département du Littoral dont il est également le chef-lieu.

Il s'agit d'une ville cosmopolite où sont concentrées la plupart des activités politiques, administratives, économiques, industrielles, culturelles et touristiques du pays.

Elle abrite au sein d'une urbanisation spontanée mais insalubre, des couches socio-économiques de la population qui sont défavorisées. L'accessibilité de ces populations au système sanitaire reste limitée faute de moyens.

1.3. LA MATERNITE LAGUNE DE COTONOU

D'abord assimilée à un Centre Hospitalier Départemental, la maternité Lagune de Cotonou fait partie de l'Espace Hospitalo-Universitaire depuis le mois d'août 1998.

C'est un établissement public à caractère social qui jouit de ce fait d'une personnalité juridique et d'une semi-autonomie financière.

1.3.1. Situation géographique

La maternité Lagune est située au centre de la ville, au bord de la lagune de Cotonou dont elle porte le nom.

1.3.2. Histoire de la maternité Lagune de Cotonou

Créée à la veille des indépendances en 1958 et ouverte au public en 1961, la maternité Lagune est restée la seule maternité de référence jusqu'en 1978, année de création du Centre Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO).

Son importance de nos jours est encore reconnue. En effet, fréquentée par la population de Cotonou, on compte également parmi ses usagers des malades en provenance d'autres localités du département de l'Atlantique et des départements limitrophes (Ouémé, Plateau, Couffo, Zou et Collines).

Pour mieux répondre aux besoins d'une demande sans cesse croissante, elle a connu un agrandissement continu depuis 1988 ; sa capacité hospitalière atteint 200 lits et berceaux.

1.3.3. Description de la maternité Lagune de Cotonou

1.3.3.1. Les infrastructures

Elles sont réparties en 7 secteurs :

- 1°/ Le secteur des consultations ;
- 2°/ Le bloc technique ;
- 3°/ Le secteur de la néonatalogie ;
- 4°/ Le bloc d'hospitalisation ;
- 5°/ Les services administratifs ;
- 6°/ Le secteur de soutien.

➤ ***Le secteur des consultations***

Il regroupe autour d'une salle d'attente commune :

- La salle de consultation gynécologique ;
- La salle de consultation prénatale ;
- La salle de planning familial ;
- La salle de consultations post natales.

➤ ***Le bloc technique***

Il comprend :

- La salle de réception des urgences ;
- La salle de dilatation ;
- La salle d'accouchement à 5 boxes ;
- Deux salles d'opérations aseptiques ;
- Les salles de réanimation ;
- L'unité des soins intensifs.

➤ ***La néonatalogie***

Elle comprend un ensemble de six pièces dont trois réservées à l'hospitalisation des nouveau-nés.

➤ ***Le bloc d'hospitalisation***

Il comprend :

- La salle d'hospitalisation 3^{ème} catégorie (un rez-de-chaussée) ;
- La salle d'hospitalisation 2^{ème} catégorie (un bâtiment à deux étages) ;
- Les salles d'hospitalisation individuelles climatisées 1^{ère} catégorie (chambres spéciales).

➤ ***Le bloc médico-technique***

Il comprend :

- Le laboratoire d'analyse médicale ;
- La banque de sang ;
- La salle de radiologie ;
- Deux salles d'échographie avec un secrétariat médical ;
- La pharmacie avec un poste de cession et un magasin de stockage.

➤ ***Les services administratifs***

Ils sont localisés dans plusieurs bâtiments :

- Le service d'accueil avec les consultations ;
- Le bureau des entrées et la comptabilité à l'hospitalisation ;
- La direction et les bureaux des médecins ;
- Les archives.

➤ ***Le secteur de soutien***

- La buanderie ;
- La lingerie ;
- La cuisine ;
- Les magasins (de vivres, de fournitures de bureau et divers articles).

1.3.3.2. Les ressources humaines

On distingue d'une part le personnel permanent et d'autre part le personnel occasionnel.

a. Le personnel permanent

Ce sont des agents permanents de l'état, affectés ou nommés à la maternité Lagune par le Ministère de tutelle.

Ce personnel émerge au budget national et leur carrière est gérée par le Ministère de la Santé Publique ou le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS), concomitamment avec le Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Reforme Administrative (MFPTRA).

Il comprend :

➤ ***Le personnel administratif***

- 3 administrateurs ;
- 1 attaché AHUI (Administration Hospitalière Universitaire et Intendance) ;
- 1 contrôleur des services financiers ;
- 2 préposés des services administratifs.

➤ ***Le personnel médical et paramédical***

- 1 professeur de gynécologie et d'obstétrique ;
- 2 professeurs assistants ;
- 6 médecins gynécologues obstétriciens ;
- 1 médecin anesthésiste réanimateur ;
- 43 sages-femmes d'état ;
- 9 infirmiers diplômés d'état ;
- 5 infirmières de santé ;
- 5 techniciens supérieurs de laboratoire ;
- 3 techniciens supérieurs de radiologie ;
- 9 aides soignants ;
- 1 pharmacien ;
- 6 agents d'entretien des services de santé.

On compte au total 103 agents permanents de l'état.

b. Le personnel occasionnel ou contractuel

Ce sont des contractuels de la maternité Lagune, du Fond de Solidarité National et d'Emploi (FSNE) et du budget national.

Il se compose comme suit

- 1 attaché AHUI ;
- 1 attaché des services financiers ;
- 7 contrôleurs des services financiers ;
- 3 secrétaires adjoints des services administratifs ;
- 1 préposé des services administratifs ;
- 1 dactylographe ;
- 5 secrétaires opératrices de saisie ;
- 5 conducteurs de véhicules administratifs ;
- 10 sages-femmes diplômées d'état ;
- 13 infirmiers de santé ;
- 1 technicien supérieur de radiologie ;
- 2 techniciens supérieurs de laboratoire ;
- 1 animatrice des services sociaux ;
- 43 aides soignants ;
- 12 agents d'entretien des services de santé ;
- 9 cuisiniers ;
- 1 électricien ;
- 1 plombier.

On compte au total 147 agents contractuels.

1.3.3.3. Organisation et fonctionnement

L'organisation de la maternité Lagune est assimilable à celle d'un Centre Hospitalier Départemental. Il comporte :

♦ Le Conseil d'Administration (CA) : organe de décision, il a plein pouvoir pour agir au nom de la maternité. Toutefois les décisions qui découlent de ses délibérations sont soumises à l'autorité de tutelle, le Ministre de la Santé Publique.

♦ La commission médicale consultative : elle a pour fonction essentielle la gestion médicale et technique de la formation sanitaire. Le médecin chef en est le président, les membres sont tous les médecins quelle que soit leur spécialité et le pharmacien.

♦ Le comité de direction ; font partie de cet organe :

- La directrice ;
- Les chefs des services administratif et financier ;
- Le médecin chef et son adjoint ;
- Le représentant des délégués du personnel.

♦ La commission d'hygiène et de sécurité. Certaines de ses tâches sont assurées par la société de gardiennage avec laquelle un contrat de travail a été signé.

1.3.3.4. Les activités

a. Activités de soins

La maternité Lagune assure des consultations prénatales (CPN) et post natales, des consultations gynécologiques, des accouchements, des interventions chirurgicales, des vaccinations et la planification familiale.

b. Activités de formation

Les étudiants en spécialisation de gynécologie-obstétrique, les étudiants en médecine, les élèves sages-femmes et les élèves infirmières viennent y faire leur stage de formation.

c. Activités de recherches

Plusieurs travaux de recherche y sont réalisés. Entre autres, des publications médicales par des médecins et des thèses médicales par les étudiants en fin de formation.

1.4. LE PROJET D'APPUI AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DES URGENCES OBSTETRIQUES ET NEONATALES A LA MATERNITE LAGUNE DE COTONOU (PARSUON)

Il s'agit d'un projet bénino-belge dont les principaux partenaires sont la maternité Lagune de Cotonou et l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) « Médecin du monde ».

1.4.1. Objectifs

1.4.1.1. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la santé génésique de la population ciblée par l'intervention.

1.4.1.2. Objectifs spécifiques

- Réduction du taux de mortalité maternelle intra-hospitalière de 30 % en trois ans (2001-2003)

- Réduction des taux de mortalité néonatale intra-hospitalière de 30 % en trois ans (2001-2003)

1.4.2. Activités

1.4.2.1. Travaux d'infrastructure

Réaménagement du service des urgences : Les travaux envisagés ont pour but d'améliorer la fonctionnalité et l'efficacité du service des urgences en rationalisant l'espace disponible et en réaffectant les locaux laissés vacants après le transfert prévu de l'unité de néonatalogie dans un autre bâtiment.

Ces travaux consisteront en :

- L'aménagement d'un accès direct au service des urgences ;
- La transformation de la salle d'attente en hospitalisation de jour ;
- La réhabilitation de la réanimation néonatale ;
- L'aménagement d'une salle d'accouchement spéciale ;
- La transformation de la salle des prématurés en salle de garde ;
- La transformation de l'unité de néonatalogie en salle d'opération d'urgence.

1.4.2.2. Fourniture d'équipements

Les équipements fournis dans le cadre de l'action auront pour but de renforcer le système de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales.

Ces équipements seront constitués de :

Matériel médical : Ce matériel sera destiné aux services des urgences (échographe portable, appareil ECG, aspirateurs chirurgicaux, brancards, etc.), au service de néonatalogie (tables de réanimation, appareil de photothérapie,

couveuses, etc.) et au service de réanimation (respirateur d'anesthésie, défibrillateurs, laryngoscopes, etc.).

Matériel roulant : Un véhicule tout terrain aménagé en ambulance a été fourni dans le cadre de l'action de Médecin du Monde. Ce véhicule est stationné à la Maternité Lagune et est mobilisé en cas d'urgence pour prendre en charge les femmes évacuées par les formations périphériques vers la maternité.

Matériel informatique : Ce matériel comprenant un ordinateur de bureau, une imprimante et un onduleur seront affectés au secrétariat du service des urgences. Il sera destiné en priorité à la saisie, au traitement et à l'exploitation des données en rapport avec l'activité du service et à l'élaboration de tous documents nécessaires à la réalisation des activités prévues dans le cadre de l'action du projet.

Matériel didactique : Ce matériel sera destiné aux séminaires de formation / recyclage du personnel de la maternité et des structures sanitaires périphériques (rétroprojecteur et projecteur de diapositives). Il sera complété par de la documentation technique récente en rapport avec les urgences obstétricales et néonatales.

1.4.2.3. Séminaires de formation et de recyclage du personnel

Le PARSUON prévoit de renforcer la capacité de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales notamment par des séminaires de formation et de recyclage du personnel de la maternité Lagune. A ce titre, des protocoles de prise en charge seront mis au point en vue de standardiser autant que possible les conduites à tenir face aux différents types de pathologies pouvant survenir en situation d'urgence. Ces séminaires seront animés par les responsables de la maternité Lagune avec l'appui de formateurs extérieurs pour ce qui concerne l'actualisation des connaissances. Le contenu des programmes fera l'objet de fiches techniques qui seront mises à la disposition du personnel.

Il prévoit également d'améliorer, au niveau des formations périphériques, le processus de prise de décision en matière d'évacuation par des ateliers de formation et de sensibilisation (journées de la maternité Lagune). Ces ateliers basés sur des études de cas auront pour but de réduire les évacuations tardives et d'assurer une meilleure liaison entre les deux niveaux de prise en charge.

Au préalable, une enquête a été réalisée dans les différentes structures afin d'analyser dans quelles circonstances et selon quelles modalités les évacuations ont été décidées, quelles sont les raisons qui ont motivé l'évacuation, dans quelles conditions et dans quels délais les femmes ont été évacuées. Cette enquête a permis dans chaque structure d'identifier les causes d'évacuations tardives, d'évaluer la qualité de la prise en charge des complications obstétricales et néonatales, et d'orienter ainsi le contenu des ateliers de formation.

1.4.2.4. Mise en place d'un système de référence

La mise en place d'un système de collecte de données centralisé au niveau de la maternité Lagune devra permettre d'améliorer l'information et la rétro information en rapport avec les urgences obstétricales et néonatales au niveau du département de l'Atlantique. Un modèle standard de bulletin de liaison a été conçu par les responsables de la maternité Lagune avec l'appui d'experts extérieurs, et diffusé dans les formations sanitaires périphériques. Idéalement, ce système d'information sanitaire a été conçu pour servir d'exemple aux autres zones sanitaires.

1.4.2.5. Information et sensibilisation des groupes-cibles

L'accouchement est habituellement reconnu comme le moment privilégié pour sensibiliser la femme à l'espacement des naissances et promouvoir l'utilisation des méthodes de contraception.

Le personnel de la maternité et principalement les accoucheuses, auront pour tâches d'informer les mères sur les effets bénéfiques de l'espacement des naissances pour leur santé et celle de leurs enfants, et sur les risques qu'entraînent des grossesses rapprochées.

D'autre part, un intérêt particulier sera porté aux femmes qui ont subi des complications lors de l'accouchement. En effet, les antécédents de complications obstétricales, augmentent le risque de morbidité et de mortalité maternelle. On insistera donc auprès des femmes sur l'intérêt vital qu'elles auront à recourir au suivi régulier de leurs grossesses afin de prévenir sinon de réduire tout risque de complications lors des naissances ultérieures.

1.4.3. Résultats attendus

1.4.3.1. Résultats à atteindre au terme du projet

- Réduction globale du taux de mortalité maternelle intra-hospitalière de 30 % en trois ans (2001-2003).
- Réduction significative de la mortalité parmi les femmes évacuées par les formations sanitaires périphériques.
- Réduction du taux de mortalité néonatale intra-hospitalière de 30 % en trois ans (2001-2003).
- Réduction significative de la mortalité parmi les nouveau-nés évacués par les formations sanitaires périphériques.
- Réduction significative du nombre d'évacuations tardives provenant des formations sanitaires périphériques.
- Modifications déterminantes des attitudes et des compétences du personnel soignant en matière de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales.

- Liaison régulière et efficace entre la maternité lagune et les formations sanitaires périphériques.

1.4.3.2. Résultats intermédiaires en 2001

- Achèvement des travaux de réhabilitation dans les délais prévus.
- Conformité des travaux avec les prescriptions du cahier des charges.
- Fourniture des équipements dans les délais prévus.
- Conformité des équipements avec le cahier des spécifications techniques
- Réalisation des programmes de formation destinés au personnel du service des urgences et de l'unité de néonatalogie.
- Mise en route du système de liaison avec les formations sanitaires périphériques.

1.4.4. Ressources humaines

1.4.4.1. Personnel local

- 1 comptable ;
- 1 Secrétaire ;
- 2 Chauffeurs – ambulanciers.

1.4.4.2. Personnel expatrié

- 1 Coordinateur - administrateur (12 mois) ;
- Une Infirmière spécialisée en obstétrique (6 mois) ;
- Une Infirmière spécialisée en pédiatrie / néonatalogie (6 mois) ;
- Experts court terme (4 hommes / mois).

II. METHODE

2.1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude prospective couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2002 portant sur :

- Le dépouillement des dossiers des urgences obstétricales référées des formations sanitaires périphériques vers la maternité Lagune de Cotonou.

- Une enquête dans ces centres courant la deuxième quinzaine du mois d'avril 2002 en vue d'évaluer leurs infrastructures et leur organisation pour la prise en charge des urgences obstétricales.

2.2. POPULATION D'ETUDE

Elle regroupe toutes les femmes référées pour urgences obstétricales et référées sur la maternité Lagune en provenance des formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles sans distinction de couches sociales et professionnelles durant cette période.

2.3. ECHANTILLONNAGE

2.3.1. Taille de l'échantillon

Pour déterminer la taille de notre échantillon, nous sommes partis du répertoire des activités statistiques de la maternité Lagune au cours de l'année 2001 pour calculer la taille de notre échantillon. Au cours du premier trimestre de

2001, la maternité a enregistré 438 cas évacués des formations sanitaires périphériques (152 cas pour le mois de janvier, 140 pour le mois de février et 146 pour le mois de mars) pour 2496 cas évacués au cours de l'année.

Nous avons utilisé la formule suivante pour déterminer la taille de l'échantillon :

$$n = \frac{(1,96)^2 \times p \times q}{i^2} \quad \text{où}$$

n = Taille de l'échantillon

p = Taux de cas évacués vers la maternité Lagune au cours du premier trimestre de 2001 ;

q = $1-p$

i = Marge d'erreur consentie qui est de 5%

$$p = \frac{438}{2.496} = 17,55 \%$$

$$q = 1 - p = 82,45 \%$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0,1755 \times 0,8238)}{(0,05)^2}$$

$$n = 222,3$$

La taille de notre échantillon est donc de 222 cas.

2.3.2. Méthode

Nous avons établi la liste numérotée de tous les cas référés vers la maternité Lagune au cours de janvier, février et mars 2002 et nous avons procédé à un échantillonnage systématique à partir d'un pas de sondage égale à n/N où n

est la taille de l'échantillon et N la taille de la population d'enquête soit la totalité des cas référés au cours de ces trois mois en 2002.

$$n = 222 ; N = 463$$

Le pas de sondage est égal à :

$$\frac{222}{463} = 1/2$$

2.4. SOURCE DES DONNEES

A la maternité Lagune, nous avons utilisé :

- Le registre des entrantes ;
- Le registre des évacuées : les urgences obstétricales référées ont été recensées dans ce registre ;
- Le dossier médical des référées élaborés par la sage-femme, l'interne de garde, les CES de garde et/ou le gynécologue-obstétricien de garde ;
- Le registre de sortie de l'ambulance de la maternité Lagune ;
- Le registre des décès.

Dans les centres périphériques, nous avons utilisé les informations recueillies auprès des responsables des maternités des formations sanitaires ayant référé le plus d'urgences obstétricales sur la maternité Lagune soient :

• 13 maternités publiques :

- CSCU de Cotonou V
- CSCU de Cotonou II
- CSCU de Cotonou III
- CSCU de HOUENOUSSOU
- CSCU de Cotonou IV
- CSSP de Calavi
- CCS de Zogbo
- CCS de Godomey

- CCS d'Agblangandan
- CCS d'Awansori
- CCS d'Akassato
- La maternité du Camp Ghézo

• ***4 formations sanitaires confessionnelles***

- Le Centre Médical Saint Jean
- La maternité du Centre de Santé de Béthesda
- La maternité de l'Hôpital Saint Luc
- La maternité du Centre médical de Ménontin

• ***5 formations sanitaires privées***

- Le Centre de Santé Saint Pothin
- Le Centre Médico-social Santé pour tous
- Le Cabinet d'accouchement « Les Etoiles »
- La Clinique « La Confiance »
- Le Centre de Santé « Alodo »

2.5. OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données a été effectuée par nous même à l'aide :

- De la fiche de référence de la maternité Lagune ; cette fiche a été conçue par l'équipe de médecin du monde qui travaille sur le PARSUON en accord avec les gynécologues de la maternité. Elle a été mise en place courant le mois de décembre 2001 dans les différents centres ayant été identifié comme référant souvent vers la maternité Lagune après avoir été testé dans douze de ces centres et améliorée. De même au cours des journées de la maternité Lagune et lors des

déplacements de l'ambulance de la maternité des exemplaires sont mis en place au niveau des centres. ((Voir annexe)

- De la fiche de contre référence. Elle a été conçue de la même façon que la fiche de référence. Elle est remplie systématiquement lors de la réception de tous les cas référés à la salle de réception des urgences où elle est stockée. (Voir annexe).
- D'une fiche préalablement établie pour le dépouillement des dossiers. Pour établir cette fiche et la rendre fiable, nous nous sommes inspiré des travaux du Docteur HESSOU Septime (25) et de ceux du Docteur do REGO (17).

A partir du standard qu'ils ont établi sur la qualité de la référence des urgences obstétricales, nous avons retenu les critères essentiels à chaque étape d'une bonne référence.

➔ Critères d'identification (nom, prénoms, âge, centre de provenance, adresse)

➔ Critères essentiels pour une préparation adéquate de la femme avant la référence.

- Nous avons défini les critères essentiels pour une préparation adéquate de la référence.
- Nous avons affecté chaque critère d'une note égale à 2.
- En fonction de l'importance de chaque critère, nous leur avons attribué un coefficient variant entre 5 et 3 de manière à obtenir un total de 100 points par dossier pour la qualité de la préparation.

Ces critères sont :

1. Existence de la fiche de référence de la maternité ou de celle du centre qui a référé ou d'un carnet de soins [5]
2. Date de la référence [3]
3. Heure de la référence [3]

4. Agent qui a référé [3]
5. Mention des éléments de l'examen [5]
6. Température [3]
7. Tension artérielle [3]
8. Pouls [3]
9. Etat des muqueuses [3]
10. Hauteur utérine [3]
11. Bruits du cœur fœtal [3]
12. Toucher vaginal [3]
13. Diagnostic de l'urgence et/ou cause de la référence [5]
14. Soins reçus avant la référence [5]

Les chiffres entre parenthèses représentent les coefficients qui ont été affectés à chaque critère.

→ Critères essentiels pour une réception adéquate de la femme à la maternité Lagune.

Nous avons procédé de la même façon que pour la qualité de la préparation.

1. Existence d'un dossier médical (5)
2. Date de la réception (4)
3. Heure de la réception (4)
4. Tension artérielle (3)
5. Température (3)
6. Pouls (3)
7. Etat des muqueuses (3)
8. Hauteur utérine (3)
9. Bruits du cœur fœtal (3)
10. Toucher vaginal (3)
11. Terme de la grossesse (3)

12. Diagnostic d'urgence (5)

13. Soins reçus (4)

14. Date et heure des soins (4)

Les chiffres entre parenthèses représentent les coefficients qui ont été affecté à chaque critère.

2.6. COLLECTE DES DONNEES

➤ **La fiche de référence de la maternité** a servi à recueillir les informations sur la préparation de la référence lors du dépouillement des dossiers. Elle n'était pas toujours présente ou elle l'était mais était mal remplie.

➤ **La fiche de contre référence** était déposée soit par nous même soit par les ambulanciers lors de leurs déplacements vers les centres. Les journées de la maternité Lagune qui permettaient en fait un recyclage en matière de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales étaient pour nous une occasion pour faire passer notre message sur l'utilité et l'utilisation des fiches.

➤ **La fiche de dépouillement des données** : A partir des dossiers échantillonnés, nous avons recueilli les informations que nous avons reportées sur la fiche de dépouillement des données. Cette fiche a été préalablement testée au cours du mois de décembre 2001 sur un échantillon de 50 dossiers tirés au hasard au niveau des dossiers des cas référés au cours de l'année 2001. Ce pré-test a permis de la compléter afin d'avoir plus d'informations utiles et adaptées à nos objectifs.

➤ **Le questionnaire d'entretien avec les responsables des maternités des centres qui ont référé le plus vers la maternité lagune** : Ce questionnaire a été réalisé par nous-même à partir d'exemples de questionnaires découlant d'études antérieures [17, 24]. Nous avons effectué ces entretiens courant le mois

d'avril 2002 de manière le plus souvent inopinée. Mais pour des raisons d'emploi du temps, nous avons été parfois obligé de prendre des rendez-vous.

Les responsables des différentes maternités ont répondu au fur et à mesure à nos questions dans une ambiance détendue. Par rapport aux questions relatives aux produits disponibles, nous avons eu recours aux responsables de la pharmacie de chaque centre sur demande des responsables de la maternité.

2.7. CONTRAINTES

Plusieurs problèmes se sont posés à nous sur tout le parcours de notre travail. Parmi eux, nous pouvons citer :

- La difficulté liée à la mise en place dans les centres de la fiche de référence de la maternité et à son utilisation effective ;
- L'insuffisance d'informations dans les dossiers et sur les fiches ou carnets de soins ayant servi à référer ;
- L'absence parfois de ces carnets du fait qu'ils ont été rendus aux parents de l'évacuée ;
- La difficulté liée à l'effectivité de la rétro information au début de l'étude du fait que :

1°/ les fiches de contre référence n'étaient pas toujours remplies à l'admission de la patiente comme prévu ;

2°/ l'acheminement des fiches vers les centres était difficile du fait de leur situation géographique ;

- La difficulté d'avoir accès aux différents centres et de l'absence souvent du téléphone afin d'avoir des indications pour s'y rendre ;
- La difficulté de rencontrer parfois les responsables des formations sanitaires ;

- La difficulté de collaborer avec certains agents de santé qui exigeaient une rémunération avant d'appliquer le système mis en place à la maternité car selon eux, le travail rentre dans le cadre d'un projet donc est doté de financement.

2.8. LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude a été limitée par certains facteurs notamment :

- La difficulté d'être toujours présent à la salle de réception des urgences afin de recueillir certains renseignements ne figurant pas toujours dans les dossiers.
- La difficulté de pouvoir mettre en place les fiches de référence de la maternité Lagune dans tous les centres de santé que compte la ville de Cotonou (près de 204 centres recensés lors de l'enquête menée par l'équipe de médecin du monde en 2000).
- Les contraintes temporelles et budgétaires qui nous ont obligé à travailler sur un échantillon pendant une période de 3 mois. Il y a également le fait que l'ambulance n'a démarré ses activités qu'au mois de janvier ce qui nous contraignait à considérer notre période de travail à partir de ce mois.

2.9. ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel ACCESS.

Résultats

1. CARACTERISTIQUES DES FEMMES REFEREES

Nous avons étudié certaines caractéristiques des femmes référées.

- L'âge ;
- La parité ;
- Le lieu de provenance ;
- La profession ;
- L'antécédent de césarienne ;
- La formation sanitaire ;
- Le suivi de la grossesse.

1.1. AGE

La répartition des femmes selon l'âge se retrouve sur la figure N°1.

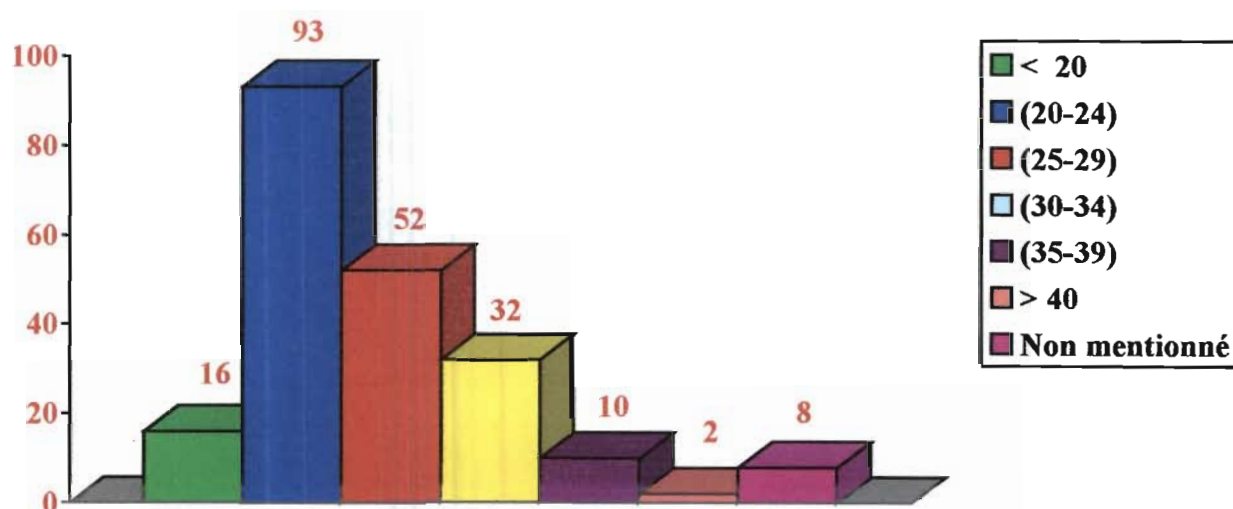


Figure N°1 : Répartition des femmes référées selon l'âge

La femme la moins âgée de notre étude a 17 ans ; la plus âgée 41 ans.

La tranche d'âge de 20 à 24 ans compte le plus de femmes référées soit 41,89%.

La moyenne d'âge se situe autour de 25 ans.

1.2. LA PARITE

La répartition des femmes selon la parité se retrouve sur la figure N°2.

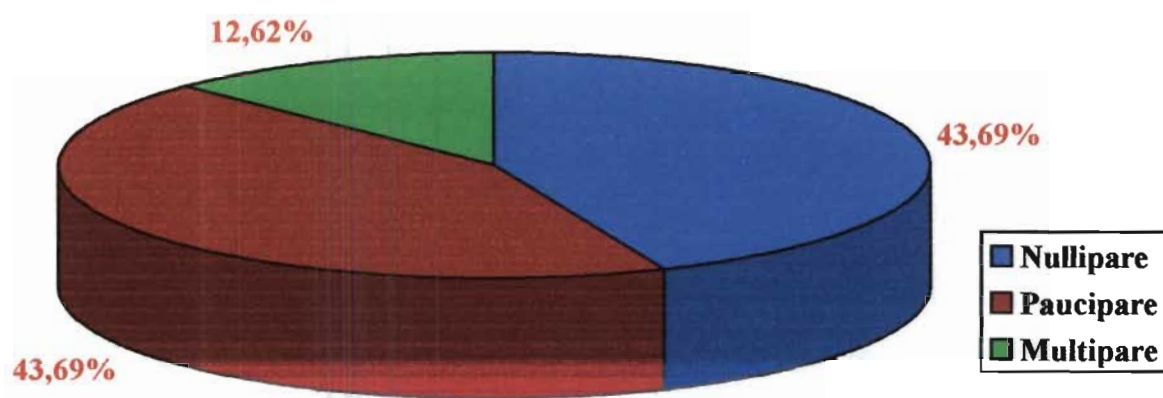


Figure N°2 : Répartition des femmes référées selon la parité

Les nullipares et les paucipares sont les plus nombreuses avec une proportion de 43,69% chacune.

1.3. LA PROFESSION

La répartition des femmes référées selon la profession se retrouve sur la figure N°3.

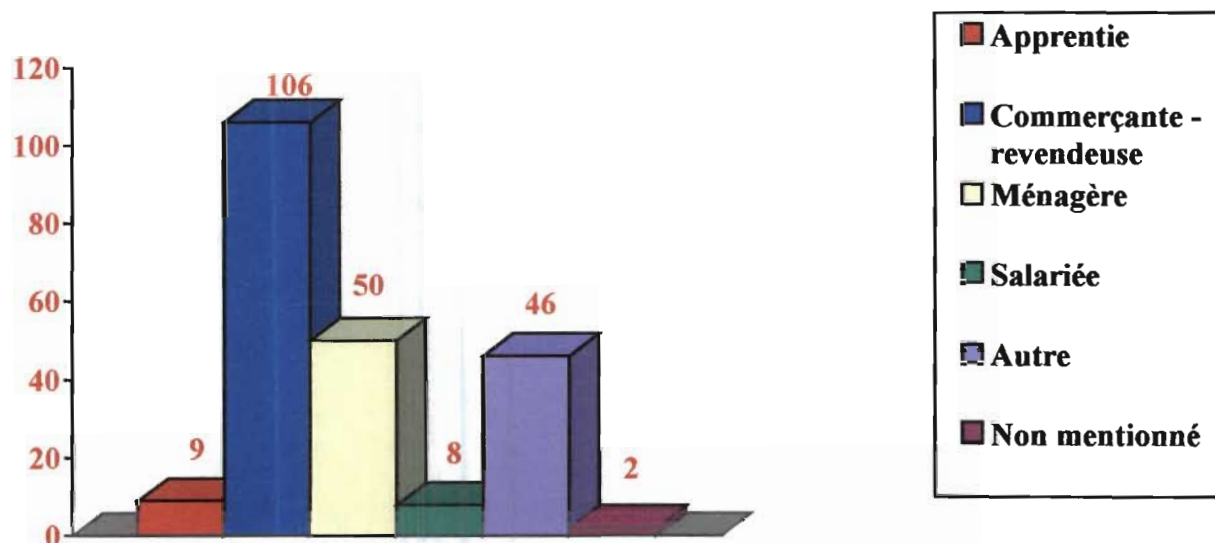


Figure N° 3 : Répartition des femmes référées selon la profession

Les commerçantes - revendeuses sont les plus nombreuses avec un pourcentage de 47,75%.

Les ménagères viennent en seconde position avec 22,52%.

1.4. LE LIEU DE PROVENANCE

La répartition des femmes référées selon le lieu de provenance se retrouve sur la figure N°4.

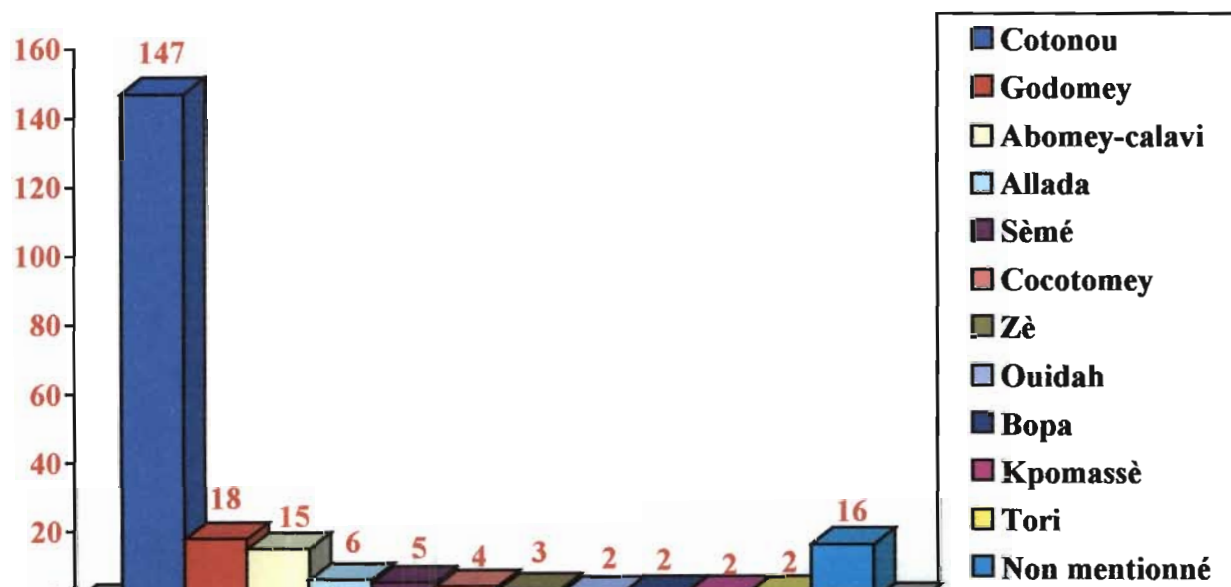


Figure N°4: Répartition des femmes référées selon le lieu de résidence

La majorité des femmes proviennent de la ville de Cotonou représentant 66,22%.

1.5. L'ANTECEDENT DE CESARIENNE

Sur les 222 femmes référées 15 soit 6,76% ont un utérus cicatriciel.

1.6. LE SUIVI DE LA GROSSESSE

La répartition des femmes référées selon que la grossesse a été suivie ou non se retrouve dans le tableau N° 3.

Tableau N° 3 : Répartition des femmes référées selon le suivi de la grossesse

SUIVI DE LA GROSSESSE	EFFECTIF	%
Oui	108	48,65
Non	20	9,01
Non précisé	94	42,34
TOTAL	222	100

108 femmes sur 222 soit 48,65% ont eu une grossesse suivie.

1.7. LA FORMATION SANITAIRE

La répartition des femmes référées selon la formation sanitaire de provenance se retrouve sur la figure N° 5.

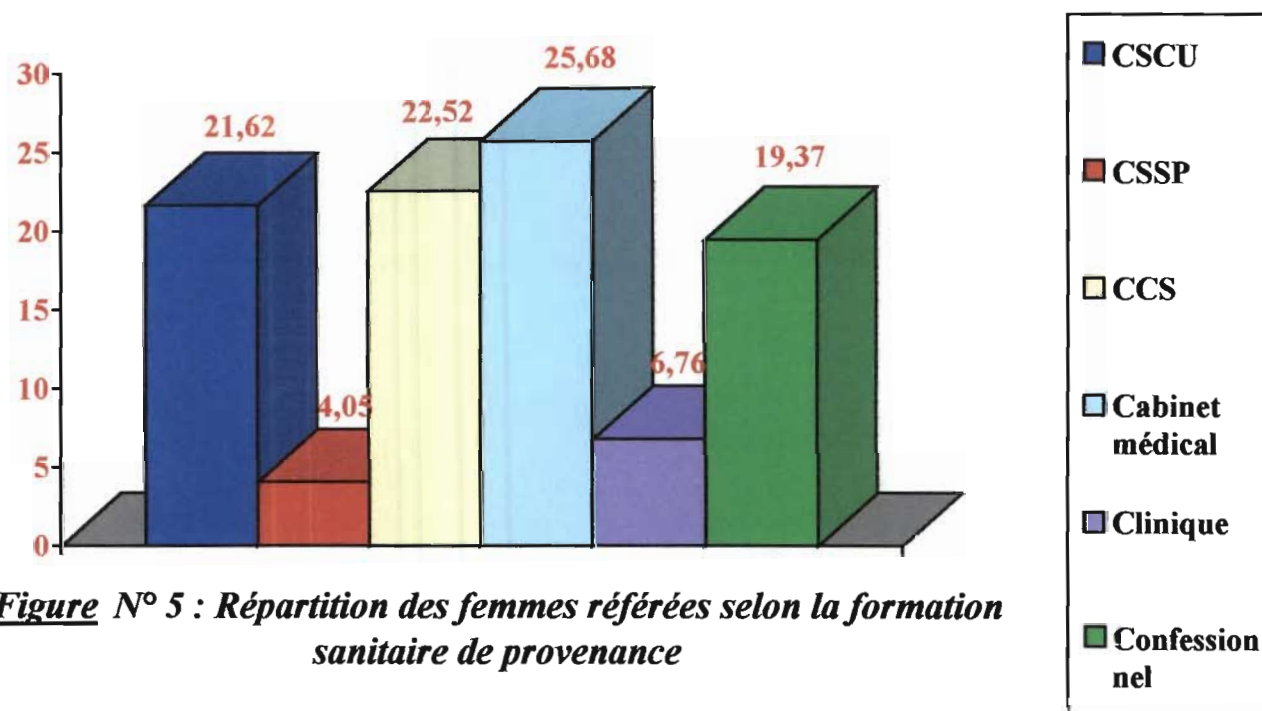


Figure N° 5 : Répartition des femmes référées selon la formation sanitaire de provenance

Les formations sanitaires publiques (CCS, CSCU, CSSP) représentent 48,19%.

2. PREPARATION DE LA REFERENCE

Selon les différents éléments qui caractérisent le temps préparatoire, le profil des femmes se présente comme suit :

Tableau N° 4 : Répartition des femmes référées selon les éléments de la préparation

Mention des éléments	EFFECTIF	%
1. Présence de la fiche de référence ou d'un carnet	132	59,46
2. Mention type d'agent ayant évacué	161	72,52
3. Mention de la date de la référence	170	76,58
4. Mention de l'heure de la référence	105	47,3
5. Mention des éléments de l'examen	96	43,24
6. Mention de la TA	93	41,89
7. Mention du pouls	37	16,67
8. Mention de la température	82	36,94
9. Mention de l'état des muqueuses	84	37,84
10. Mention de la HU	83	37,39
11. Mention des BDC fœtaux	82	36,94
12. Mention du toucher vaginal	96	43,24
13. Mention du diagnostic de l'urgence	193	86,94
14. Mention des soins reçus	94	42,34

2.1. LA QUALITE DE LA PREPARATION

Pour apprécier la qualité de la préparation, nous avons suivi les étapes suivantes :

Nous avons procédé à une cotation pondérée des 14 éléments essentiels de la préparation de la référence. Chaque élément est noté sur 2 et en fonction de

son importance, nous leur avons attribué des coefficients allant de 3 à 5. L'élément primordial est la présence de la fiche de référence de la maternité ou d'un carnet de soins. Chaque dossier a donc reçu une note. La note maximale que peut avoir un dossier est égale à 100.

Nous avons ensuite réparti les dossiers en catégorie de note : ≤ 50 ; >50 et ≤ 75 ; > 75 correspondant respectivement à 3 niveaux de qualité : mauvaise, moyenne et bonne.

Qualité de la préparation

La répartition des femmes référées selon la qualité de la préparation se retrouve sur la figure N° 6.

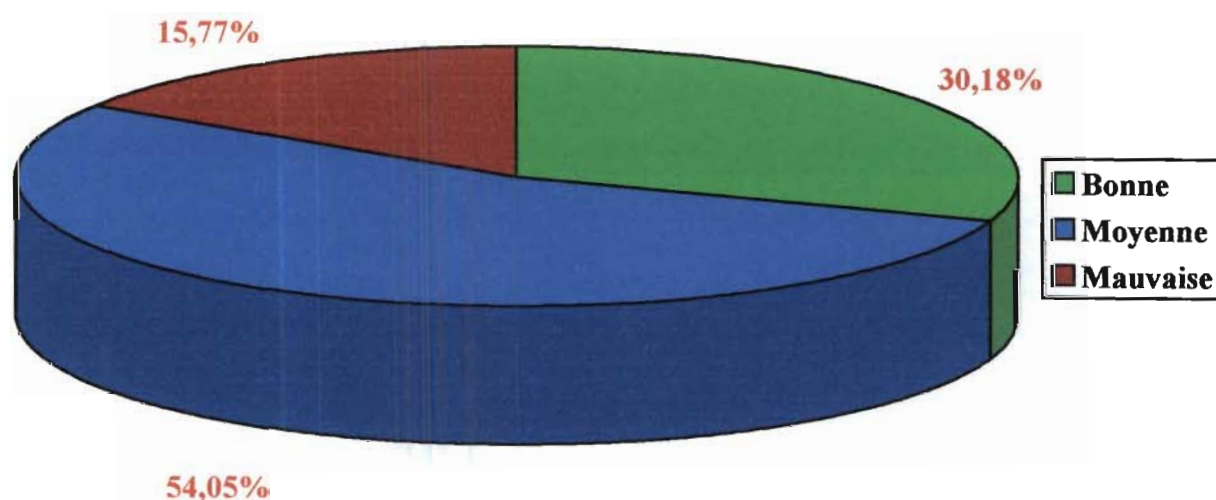


Figure N° 6 : Répartition des femmes référées selon la qualité de la préparation

La préparation de la référence est de bonne qualité dans 30,18% des cas, moyenne dans 54,05% et mauvaise dans 15,77%.

2.2. QUALITE DE LA PREPARATION ET FORMATIONS SANITAIRES

La répartition des formations sanitaires selon la qualité de la préparation se retrouve dans le tableau N°5.

Tableau N°5 : Qualité de la préparation de la référence selon les formations sanitaires

	Formation sanitaire						TOTAL
	Publique			Privée			
	CCS	CSCU	CSSP	Cabinet médical	Clinique	Confessionnelle	
Qualité préparation							
Bonne	17 25,37%	18 26,87%	2 2,99%	9 13,43%	1 1,49%	20 29,85%	67 100%
Moyenne	25 20,83%	25 20,83%	3 2,50%	34 28,33%	12 10%	21 17,5%	120 100%
Mauvaise	8 22,86%	5 14,29%	4 11,43%	14 40%	2 5,71%	2 5,71%	35 100%

$X^2 = 2,09$; $ddl = 2$; $\alpha = 0,20$; DNS (différence non significative)

La qualité de la préparation de la référence est bonne dans 37 cas sur 67 dans les formations sanitaires publiques soit dans 55,22% et dans 30 cas sur 67 dans les formations sanitaires privées soit 44,78%.

Elle est mauvaise dans 17 cas sur 35 dans les formations sanitaires publiques soit 48,58% et dans 18 cas sur 35 dans les formations sanitaires privées soit un pourcentage de 51,42.

2.3. QUALITE DE LA PREPARATION DE LA REFERENCE SELON LA PRESENCE DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE LAGUNE

La qualité de la préparation de la référence selon la présence de la fiche de référence de la maternité se retrouve dans le tableau N°6.

Tableau N° 6 : Qualité de la préparation de la référence selon la présence de la fiche de référence de la maternité Lagune

	Présence de la fiche		Total
	Oui	Non	
Qualité de la préparation			
Bonne	59 88,06%	8 11,94%	67 100%
Moyenne	38 31,67%	82 68,33%	120 100%
Mauvaise	1 2,86%	34 97,14%	35 100%

$X^2=90,1$; $ddl=2$; $\alpha<0,001$; DS (différence significative)

Sur les 67 cas dans lesquels la qualité de la préparation est bonne, la fiche de référence de la maternité a été utilisée dans 59 cas soit un pourcentage de 88,06.

Sur les 120 cas de moyenne qualité de la préparation, la fiche de référence de la maternité a été utilisée 38 fois soit un pourcentage de 31,67.

Et sur les 35 cas de mauvaise préparation de la référence, la fiche a été utilisée une fois soit un pourcentage de 2,86.

2.4. PRONOSTIC VITAL DU NOUVEAU-NE SELON LA QUALITE DE LA PREPARATION DE LA REFERENCE

Le pronostic vital du nouveau-né en fonction de la qualité de la préparation de la référence se retrouve dans le tableau N°7.

Tableau N° 7 : Répartition des femmes selon la qualité de la préparation et le pronostic vital du nouveau-né

	Décès néonatal		Total
	Oui	Non	
Qualité de la préparation			
Bonne	11 16,42%	56 83,58%	67 100%
Moyenne	26 21,67%	94 78,33%	120 100%
Mauvaise	8 22,86%	27 77,14%	35 100%

$X^2 = 0,92$; $ddl = 2$; $\alpha = 0,50$; $D NS$

On a noté :

- 11 cas de décès néonataux sur les 67 cas où la préparation de la référence est bonne soit 16,42%.
- 26 cas de décès néonataux sur les 120 où la préparation est de moyenne qualité soit 21,67%.
- 8 cas de décès néonataux sur les 35 cas où la préparation de la référence est de mauvaise qualité soit 22,86%.

2.5. PRONOSTIC VITAL MATERNEL SELON LA QUALITE DE LA PREPARATION DE LA REFERENCE

Le pronostic vital maternel en fonction de la qualité de la préparation de la référence se retrouve dans le tableau N° 8.

Tableau N° 8 : Répartition des femmes selon la qualité de la préparation et le pronostic vital maternel

	Décès maternel		Total
	Oui	Non	
Qualité de la préparation			
Bonne	3 4,48%	64 95,52%	67 100%
Moyenne	3 2,5%	117 97,5%	120 100%
Mauvaise	3 8,57%	32 91,43%	35 100%

Lorsque la préparation est de bonne qualité, on a noté 3 cas de décès sur 63 soit un pourcentage de 4,48.

Lorsqu'elle est de mauvaise qualité, on a noté 3 cas de décès sur 35 soit un pourcentage de 8,57.

3. CONDITIONS DU TRANSPORT

3.1. REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES SUIVANT LE MOYEN DE TRANSPORT UTILISE POUR LA REFERENCE

La répartition des formations sanitaires suivant le moyen de transport utilisé se retrouve dans le tableau N°9.

Tableau N° 9 : Répartition des formations sanitaires suivant le moyen de transport

Formations sanitaires	Moyen de transport				TOTAL
	Ambulance de la maternité	Ambulance du centre	SAMU	transport non médicalisé	
Publiques	4 3,73%	17 15,89%	3 2,80%	83 77,57%	107 100%
Privées	5 4,35%	11 9,56%	1 0,87%	98 85,22%	115 100%

$X^2 = 4,75$; $ddl = 2$; $\alpha = 0,10$; DNS

Le transport a été médicalisé dans 41 cas sur les 222 soit un pourcentage de 18,47.

L'ambulance de la maternité Lagune a été sollicitée dans 9 cas sur les 222 soit dans 4,05% des cas.

Les formations sanitaires publiques ont eu recours au transport médicalisé 24 fois sur 107 soit une proportion de 22,43% et les formations sanitaires privées dans 17 cas sur 115 soit une proportion de 14,78% des cas.

3.2. REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES SELON L'ALERTE DE LA MATERNITE LAGUNE

La maternité Lagune a été alertée 9 fois sur 222 soit un pourcentage de 4,05%.

Les formations sanitaires qui ont alerté sont : les CCS trois fois sur 50 soit dans 6% des cas, les cliniques deux fois sur 15 soit dans 13,33% des cas, les cabinets médicaux une fois sur 57 soit dans 1,75% des cas et les centres confessionnels deux fois sur 44 soit un pourcentage de 4,54.

3.3. REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES SELON L'ABORD VEINEUX

La répartition des formations sanitaires selon que l'abord veineux ait été réalisé ou non avant la référence se retrouve dans le tableau N°10.

Tableau N° 10 : Répartition des formations sanitaires selon la réalisation d'un abord veineux avant la référence

		Abord veineux		Total
		Oui	Non	
Formations sanitaires				
Publiques	CCS	9 18%	41 82%	50 100%
	CSCU	7 14,58%	41 85,42%	48 100%
	CSSP	0 0%	9 100%	9 100%
Privées	Clinique	2 13,33%	13 86,67%	15 100%
	Cabinet médical	7 12,28%	50 87,72%	57 100%
	Confessionnel	8 18,60%	35 81,40%	43 100%

$X^2 = 0,0014$; $ddl = 1$; $\alpha > 0,90$; $D NS$

L'abord veineux a été réalisé dans 33 cas sur les 122 soit un pourcentage de 14,86.

Les formations sanitaires publiques l'ont réalisé 16 fois sur 107 cas référés soit dans une proportion de 14,95%.

Les formations sanitaires privées l'ont réalisé 17 fois sur 115 cas soit dans 14,78% des cas référés.

3.4. REPARTITION DES FEMMES REFEREES SELON LE DELAI D'EVACUATION

La répartition des femmes référées selon le délai d'évacuation se retrouve sur la figure N° 7.

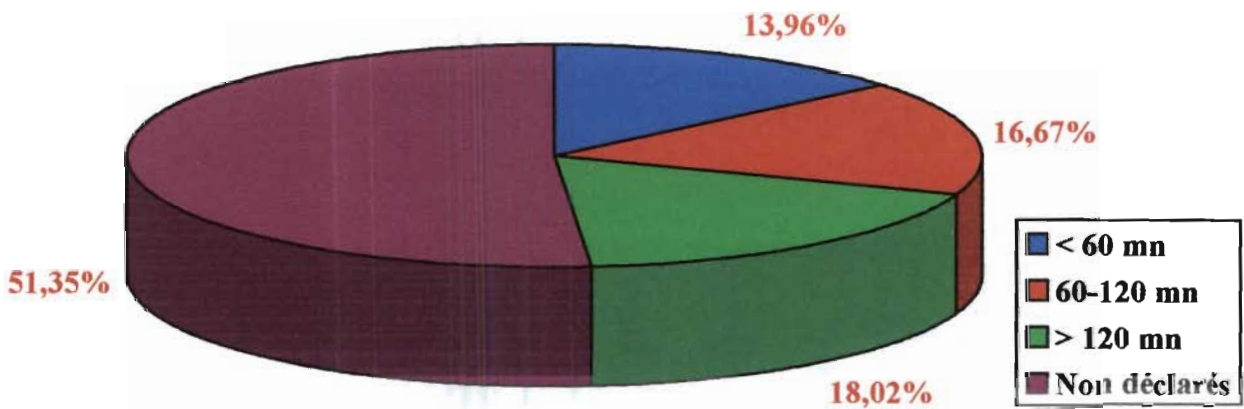


Figure N° 7 : Répartition des femmes référées selon le délai d'évacuation

Le délai d'évacuation est supérieur à 120 minutes dans 40 cas sur 222 soit dans 18,02% et il est inférieur à 60 minutes dans 31 cas soit dans 13,96% des cas.

4. LA RECEPTION DE LA FEMME A LA MATERNITE LAGUNE

Comme pour la préparation de la référence, nous avons également étudié la répartition des femmes référées selon les différents éléments qui caractérisent la réception. Les résultats sont consignés dans le tableau N° 11.

Tableau N° 11 : Répartition des femmes référées selon les éléments de la réception étudiés

Mention des éléments	EFFECTIF	%
1. Mention des éléments sur un dossier	222	100
2. Mention de la date de réception	218	98,20
3. Mention de l'heure de réception	218	98,20
4. Mention de la TA	209	94,14
5. Mention du pouls	96	43,24
6. Mention de la température	210	94,59
7. Mention de l'état des muqueuses	177	79,73
8. Mention de la HU	215	96,85
9. Mention auscultation BDC fœtal	213	95,95
10. Mention du terme de la grossesse	89	40,09
11. Mention des données du TV	215	96,85
12. Mention du diagnostic en urgence	221	99,55
13. Mention du type de soins	197	88,74
14. Mention heure d'administration des soins	156	70,28

4.1. QUALITE DE LA RECEPTION

Comme pour la préparation nous avons évalué la qualité de la réception en suivant les mêmes étapes :

- Cotation pondérée de chacun des quatorze éléments de la réception affectés chacun d'un coefficient allant de 3 à 5, chacun des éléments étant noté sur 2 ;
- Attribution d'une note à chaque dossier ;
- Catégorisation des dossiers en bonne, moyenne et mauvaise ayant respectivement un total supérieur à 80, compris entre 60 et 80 et enfin inférieur à 60.

La répartition des femmes référées selon la qualité de la réception se retrouve sur la figure N° 8.

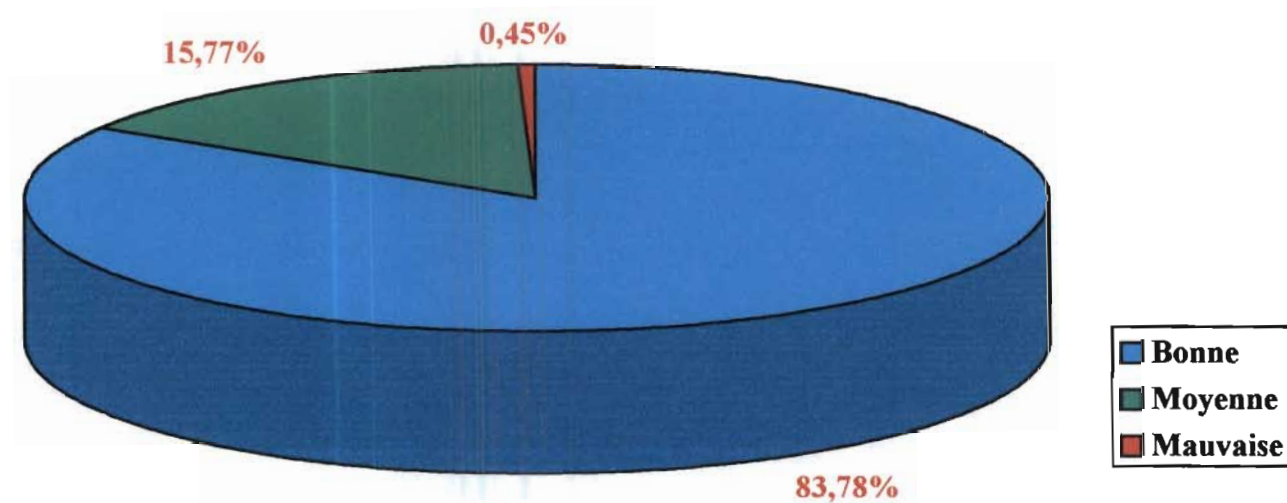


Figure N° 8 : Répartition des femmes référées selon la qualité de la réception

La qualité de la réception a été bonne dans 83,78% des cas, moyenne dans 15,77% et mauvaise dans 0,45% des cas.

4.2. QUALITE DE LA RECEPTION SELON LE DIAGNOSTIC OU LE MOTIF DE REFERENCE

La répartition des femmes référées selon la qualité de la réception et le diagnostic de référence se trouve dans le tableau N° 12.

Tableau N° 12 : Répartition des femmes référées selon la qualité de la réception et le diagnostic de référence

	Qualité de la réception			Total
	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
Diagnostic de réf				
Dystocie	41 75,93%	13 24,07%	0 0%	54 100%
Hémorragie	23 100%	0 0%	0 0%	23 100%
Infection	5 62,5%	2 25%	1 12,5%	8 100%
Syndrome vasculo-rénal	31 86,11%	5 13,89%	0 0%	36 100%
RPM	16 94,12%	1 5,88%	0 0%	17 100%
SFA	26 92,86%	2 7,14%	0 0%	28 100%
Autres	27 84,37%	5 15,63%	0 0%	32 100%
Non déclaré	17 70,83%	7 29,17%	0 0%	24 100%

Tous les cas d'hémorragie ont eu une bonne réception.

12,50% des infections soit 1 cas sur 8 ont eu une mauvaise qualité de la réception.

4.3. QUALITE DE LA RECEPTION ET DIAGNOSTIC RETENU A LA MATERNITE LAGUNE

La répartition des femmes selon la qualité de la réception et le diagnostic retenu à la maternité Lagune se retrouve dans le tableau N°13.

Tableau N° 13 : Répartition des femmes référées selon la qualité de la réception et le diagnostic retenu à la maternité Lagune

	Qualité de la réception			TOTAL
	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
Diagnostic retenu				
Dystocie	28 77,78%	8 22,22%	0 0%	36 100%
Hémorragie	21 87,5%	3 12,5%	0 0%	24 100%
Infection	11 73,33%	4 26,67%	0 0%	15 100%
Syndrome vasculo-rénal	27 84,37%	5 15,63%	0 0%	32 100%
RPM	16 100%	0 0%	0 0%	16 100%
SFA	21 87,5%	3 12,5%	0 0%	24 100%
Travail d'accouchement	46 77,97%	12 20,34%	1 1,69%	59 100%
Autres	15 100%	0 0%	0 0%	15 100%
Non déclaré	1 100%	0 0%	0 0%	1 100%

La qualité de la réception est mauvaise dans un cas de travail d'accouchement sur 59 soit 1,69%.

4.4. QUALITE DE LA RECEPTION ET PRONOSTIC VITAL MATERNEL

Lorsque la qualité de la réception est bonne, on a noté 7 décès maternels sur les 186 soit un pourcentage de 3,76.

Lorsque la qualité de la réception est moyenne, on a noté 2 décès maternels sur les 35 soit un pourcentage de 5,71.

Le seul cas où la qualité de la réception est mauvaise n'a pas abouti à un décès maternel.

4.5. QUALITE DE LA RECEPTION ET PRONOSTIC VITAL DU NOUVEAU-NE

Lorsque la qualité de la réception est bonne, on a enregistré 39 décès néonataux sur les 186 cas soit un pourcentage de 20,97.

Lorsque la qualité de la réception est moyenne, on a enregistré 6 décès néonataux sur les 35 soit 17,14%.

Le seul cas où la qualité de la réception est mauvaise ne s'est pas soldé par un décès néonatal.

4.6. QUALITE DE LA RECEPTION ET MOYEN DE TRANSPORT

La répartition des femmes référées selon le moyen de transport utilisé et la qualité de la réception se retrouve dans le tableau N°14.

Tableau N° 14 : Répartition des femmes référées selon le moyen de transport utilisé et la qualité de la réception

	Moyen de transport				TOTAL
	Ambulance de la maternité	Ambulance du centre	SAMU	Transport non médicalisé	
Qualité de la réception					
Bonne	8 4,30%	20 10,75%	4 2,15%	154 82,80%	186 100%
Moyenne	0 0%	8 22,86%	0 0%	27 77,14%	35 100%
Mauvaise	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%

Lorsque la qualité de la réception est bonne, le transport a été médicalisé dans 32 cas sur 186 soit un pourcentage de 17,20.

Le seul cas de mauvaise qualité de la réception a été amené par l'ambulance de la maternité Lagune.

5. DIAGNOSTIC DE REFERENCE ET DIAGNOSTIC RETENU A LA MATERNITE LAGUNE

La répartition des femmes référées selon le diagnostic d'évacuation et le diagnostic retenu à la maternité Lagune se retrouve dans le tableau N°15.

Tableau N°15 : Répartition des femmes référées selon le diagnostic de référence et le diagnostic retenu à la maternité.

	Diagnostic Retenu								TOTAL
	Dystocie	Hémorragie	Infection	Syndrome Vasc rénal	RPM	SFA	Tavail accouchement	Autres	
Evacuation									
Dystocie	21 38,9%	5 9,3%	2 3,7%	0 0%	0 0	8 14,8%	18 33,3%	0 0%	54 100%
Hémorragie	0 0%	13 56,5%	1 4,4%	0 0%	2 8,7%	2 8,7%	3 13,0%	2 8,7%	23 100%
Infection	2 25%	0 0%	5 62,5%	0 0%	1 12,5%	0 0%	0 0%	0 0%	8 100%
Syndrome VasuloRénal	0 0%	0 0%	0 0%	24 66,7%	0 0%	0 0%	12 33,3%	0 0%	36 100%
RPM	1 5,9%	0 0%	0 0%	0 0%	11 64,7%	0 0%	4 23,5%	1 5,9%	17 100%
SFA	5 17,9%	0 0%	4 14,3%	1 3,6%	1 3,6%	10 35,7%	6 21,4%	1 3,6%	28 100%
Autres	4 12,5%	1 3,1%	2 6,3%	5 15,6%	2 6,3%	2 6,3%	8 25%	10 31,5%	32 100%
Absent	3 12,5%	5 20,8%	1 4,2%	2 8,3%	0 0%	2 8,3%	9 37,5%	2 8,33%	24 100%

Le diagnostic d'évacuation est le même que le diagnostic retenu à la maternité Lagune dans 38,9% pour les dystocies, dans 56,5% pour les hémorragies, dans 62,5% pour les infections, dans 66,7% pour les syndromes

vasculo-rénaux, dans 64,7% pour la rupture prématurée des membranes, et dans 35,7% pour les souffrances fœtales aiguës.

6. UTILISATION DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE LAGUNE

La répartition des femmes référées selon l'utilisation de la fiche de référence de la maternité Lagune se retrouve sur la figure N° 9.

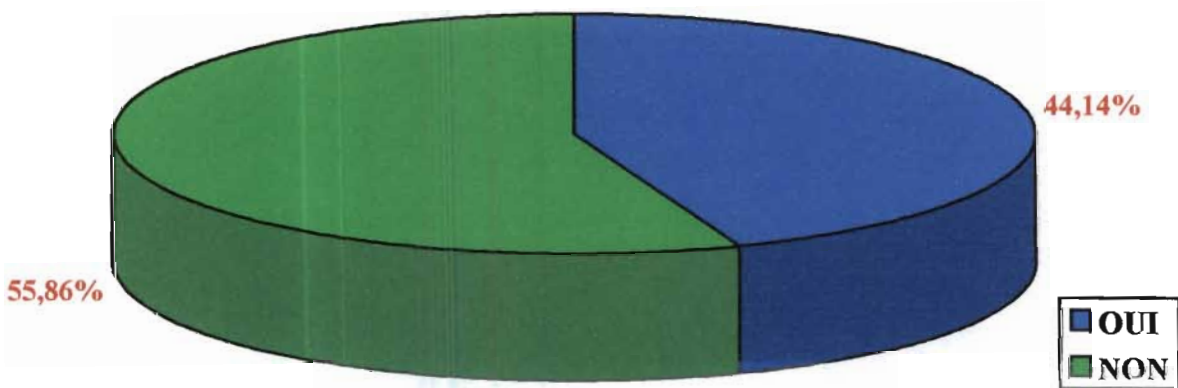


Figure N° 9 : Répartition des femmes référées selon l'utilisation de la fiche de référence de la maternité LAGUNE

La fiche de référence de la maternité Lagune a été utilisée dans 44,14% des cas.

6.1. UTILISATION DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE LAGUNE ET TYPE DE FORMATIONS SANITAIRES

La répartition des formations sanitaires selon l'utilisation de la fiche de référence de la maternité Lagune se retrouve dans le tableau N°16.

Tableau N° 16 : Répartition des formations sanitaires selon l'utilisation de la fiche de référence de la maternité

		Présence de la fiche		TOTAL
		Oui	Non	
Formations sanitaires				
Publiques	CCS	22 44%	28 56%	50 100%
	CSCU	26 54,17%	22 45,83%	48 100%
	CSSP	3 33,33%	6 66,67%	9 100%
Privées	Clinique	5 33,33%	10 66,67%	15 100%
	Cabinet médical	14 24,56%	43 75,44%	57 100%
	Confessionnelle	28 65,12%	15 34,88%	43 100%

$X^2 = 1,056$; $ddl = 1$; $\alpha = 0,30$; $D NS$

Les centres confessionnels, les CSCU et les CCS sont les formations sanitaires ayant le plus utilisé la fiche de référence de la maternité Lagune avec respectivement des pourcentages de 65,12 ; 54,17 et 44.

Les CSSP et les cliniques les suivent avec 33,33% chacun.

6.2. UTILISATION DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE ET QUALITE DE LA PREPARATION

Nous avons évalué l'impact de l'utilisation de la fiche de référence de la maternité Lagune sur la qualité de la préparation de la référence. Le résultat de cette analyse se retrouve dans le tableau N°17.

Tableau N° 17 : Répartition des femmes référées selon l'utilisation de la fiche de référence de la maternité et la qualité de la préparation de la référence

	Présence de la fiche		TOTAL
	Oui	Non	
Qualité de la préparation			
Bonne	59 88,06%	8 11,94%	67 100%
Moyenne	38 31,67%	82 68,33%	120 100%
Mauvaise	1 2,86%	34 97,14%	35 100%

Dans 88,06% des cas où la référence est bonne, la fiche de référence de la maternité Lagune a été utilisée.

Dans 31,67% de préparation moyenne, la fiche de référence de la maternité Lagune a été utilisée et dans un seul cas de mauvaise préparation soit 2,86% elle l'a été.

6.3. QUALITE DE LA RECEPTION ET PRESENCE DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE LAGUNE

Nous avons évalué la qualité de la réception chez les femmes qui ont été référées avec la fiche de référence de la maternité et le résultat se retrouve dans le tableau N°18.

Tableau N° 18 : Répartition des femmes référées avec la fiche de référence de la maternité Lagune selon la qualité de la réception

Qualité de la réception	Présence de la fiche		TOTAL
	Oui	Non	
Bonne	80 43,01%	106 56,99%	186 100%
Moyenne	17 48,57%	18 51,43%	35 100%
Mauvaise	1 100%	0 0%	1 100%

$\chi^2 = 0,593$; $ddl = 1$; $\alpha = 0,50$; *D NS*

La fiche de référence de la maternité Lagune ne semble pas avoir d'impact sur la qualité de la réception.

6.4. PRESENCE DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE ET PRONOSTIC VITAL MATERNEL

Sur 98 femmes évacuées avec la fiche de référence de la maternité Lagune, on a eu 2 décès soit 2,04% et sur 124 femmes évacuées sans la fiche de référence de la maternité on a enregistré 7 décès soit 5,65%.

7. RETRO INFORMATION

La répartition des femmes référées selon l'effectivité de la rétro information se retrouve sur la figure N° 10.

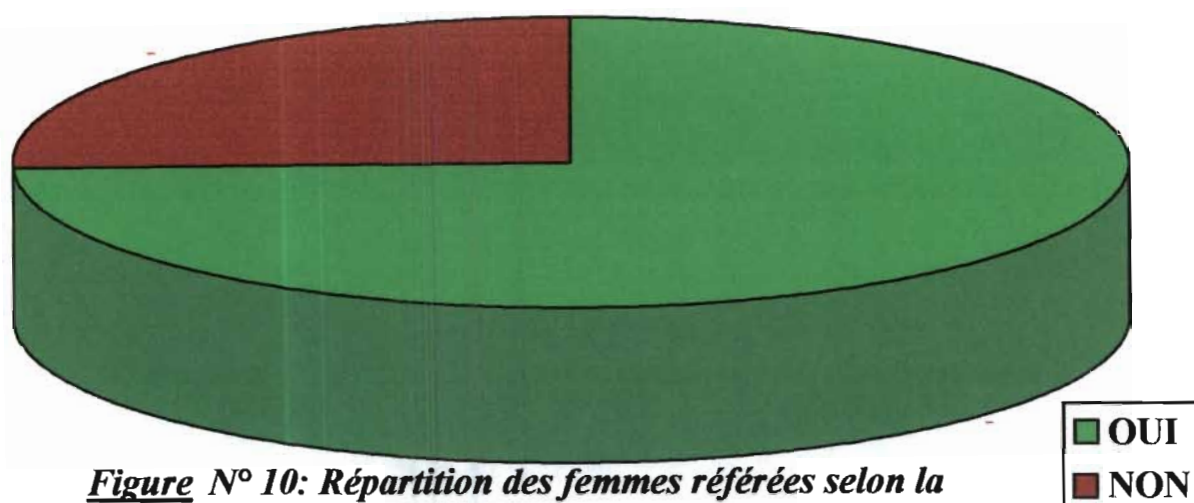


Figure N° 10: Répartition des femmes référées selon la rétro information

Il y a eu 74,32% de rétro information effective.

7.1. RETRO INFORMATION ET TYPE DE FORMATIONS SANITAIRES

La répartition des femmes référées selon la formation sanitaire de provenance et l'effectivité de la rétro information se retrouve dans le tableau N° 19.

Tableau N° 19 : Répartition des femmes référées selon la formation sanitaire de provenance et l'effectivité de la rétro information

		Rétro information		TOTAL
		OUI	NON	
Formation sanitaire				
Publique	CCS	37 74%	13 26%	50 100%
	CSCU	36 75%	12 25%	48 100%
	CSSP	6 66,67%	3 33,33%	9 100%
	Cabinet médical	16 88,89%	2 11,11%	18 100%
Privée	Clinique	39 72,22%	15 27,78%	54 100%
	Confessionnel	31 72,09%	12 27,91%	43 100%

La rétro information vers les formations sanitaires publiques a été effective dans 79 cas sur 107 soit un pourcentage de 73,83.

Elle l'a été vers les formations sanitaires privées dans 86 cas sur 115 soit un pourcentage de 74,78.

Les cabinets médicaux l'ont eu dans une proportion de 88,89%, les CSCU dans 75%, les CCS dans 74%, les cliniques dans 66,67%, les centres confessionnels dans 72,09% et les CSSP dans 66,67% des cas qu'ils ont envoyé.

7.2. RETRO INFORMATION ET PRESENCE DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE

La répartition des femmes référées selon la présence de la fiche de référence de la maternité Lagune et l'effectivité de la rétro information se retrouve dans le tableau N° 20.

Tableau N° 20 : Répartition des femmes référées selon la présence de la fiche de référence de la maternité Lagune et la rétro information

	Rétro information		
	OUI	NON	TOTAL
Présence de la fiche			
OUI	72 73,47%	26 26,53%	165 100%
NON	93 75%	31 25%	57 100%

Dans les 165 cas où les femmes ont été référées avec la fiche de référence de la maternité Lagune, la rétro information n'a pas été effective dans 26 cas représentant un pourcentage de 26,53.

7.3. RETRO INFORMATION ET QUALITE DE LA PREPARATION DE LA REFERENCE

La répartition des femmes référées selon la qualité de la préparation et l'effectivité de la rétro information se retrouve dans le tableau N°21.

Tableau N° 21 : Répartition des femmes référées selon la qualité de la préparation et l'effectivité de la rétro information

	Rétro information		TOTAL
	Oui	Non	
Qualité de la préparation			
Bonne	54 80,60%	13 19,40%	67 100%
Moyenne	95 79,17%	25 20,83%	120 100%
Mauvaise	16 45,71%	19 55,29%	35 100%

$X^2 = 17,807$; $ddl = 2$; $\alpha < 0,001$; DS

Lorsque la qualité de la préparation de la référence est bonne, la rétro information a été effective dans 54 cas sur 67 soit dans un pourcentage de 80,6.

Lorsqu'elle a été moyenne, la rétro information a été effective dans 95 cas sur 120 soit 79,17%.

Lorsqu'elle a été mauvaise, la rétro information n'a été effective que dans 16 cas sur 35 soit dans un pourcentage de 45,71.

7.4. RETRO INFORMATION ET PRONOSTIC VITAL DU NOUVEAU-NE

La rétro information n'a pas été effective dans 11 cas sur 45 où il y a eu décès néonataux soit dans un pourcentage de 24,44 et l'a été dans 34 cas soit un pourcentage de 75,56 des cas.

7.5. RETRO INFORMATION ET PRONOSTIC VITAL MATERNEL

La rétro information a été effective dans 7 cas de décès maternel sur les 9 soit un pourcentage de 77,78.

7.6. DELAI D'ENVOI DE LA RETRO INFORMATION

La répartition des femmes référées selon le délai d'envoi de la rétro information se retrouve sur la figure N°11.

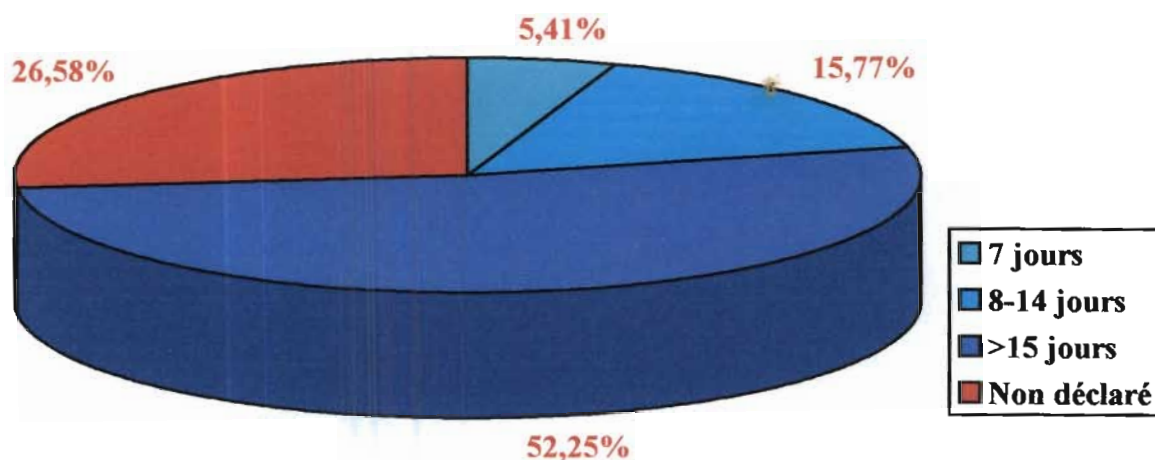


Figure N°11: Répartition des femmes référées selon le délai d'envoi de la rétro information

Le délai d'envoi de la rétro information est supérieur à 15 jours dans 116 cas sur les 222 soit dans 52,25% des cas.

8. PRONOSTIC VITAL MATERNEL

Le pronostic vital maternel a été défavorable dans 9 cas sur les 222 ce qui correspond à un pourcentage de 4,05.

8.1. PRONOSTIC VITAL MATERNEL ET FORMATIONS SANITAIRES AYANT REFEREES.

La répartition des femmes référées selon la formation sanitaire et le pronostic vital maternel se retrouve dans le tableau N° 22.

Tableau N°22 : Répartition des femmes référées selon la formation sanitaire et le pronostic vital maternel.

		Décès maternel		TOTAL
		Oui	Non	
Formation sanitaire				
PUBLIQUE	CCS	1 2%	49 98%	50 100%
	CSCU	1 2,08%	47 97,92%	48 100%
	CSSP	0 0%	9 100%	9 100%
	Cabinet médical	4 7,02%	53 92,98%	57 100%
PRIVEE	Clinique	1 6,67%	14 93,33%	15 100%
	Confessionnel	2 4,65%	41 95,35%	43 100%

7 des 9 cas de décès maternels proviennent des formations sanitaires privées soit 6,09% des cas qu'elles ont référé.

Sur les 57 cas référés par les cabinets médicaux, 4 sont décédés soit une proportion de 7,02%.

8.2. PRONOSTIC VITAL MATERNEL ET DIAGNOSTIC RETENU A LA MATERNITE LAGUNE.

La répartition des femmes référées selon le pronostic vital maternel et le diagnostic retenu se retrouve dans le tableau N°23.

Tableau N° 23 : Répartition des femmes référées selon le pronostic vital maternel et le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Décès maternel		TOTAL
	Oui	Non	
Dystocie	0 0%	36 100%	36 100%
Hémorragie	4 16,67%	20 83,33%	24 100%
Infection	0 0	15 100%	15 100%
Syndrome vasculo-rénal	2 6,25%	30 93,75%	32 100%
RPM	0 0%	16 100%	15 100%
SFA	1 4,17%	23 95,83%	32 100%
Travail d'accouchement	2 3,39%	57 96,61%	16 100%
Autres	0 0%	15 100%	15 100%
Non déclaré	0 0	1 100%	1 100%

4 des 24 cas d'hémorragie ont eu une issue fatale soit un pourcentage de 16,67.

9. QUALITE DE LA REFERENCE AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES QUI REFERENT

9.1. INFRASTRUCTURES AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES

La disponibilité des infrastructures dans les centres qui réfèrent se retrouve dans le tableau N° 24.

Tableau N° 24 : Ressources en infrastructures dans les centres qui réfèrent

INFRASTRUCTURES	EFFECTIF	%
Salle d'attente	17	77,27
Salle de dilatation	14	63,64
Salle d'accouchement	22	100
Salle d'hospitalisation	22	100
Bloc opératoire	5	22,73
Salle de soins intensifs	3	13,64
Laboratoire d'analyse biomédicale	14	63,64
Unité de transfusion sanguine	1	4,55
Service de radiologie	6	22,73
Service d'échographie	8	31,82
Pharmacie	21	95,45

Toutes les formations sanitaires disposent d'une salle d'accouchement et d'une salle d'hospitalisation.

31,82% disposent d'un service d'échographie et 63,64 % d'une salle de dilatation.

95,45% disposent d'une pharmacie.

13,64% disposent d'une unité de soins intensifs et 22,73% disposent d'un bloc opératoire.

9.2. MATERIEL DE CONSULTATION ET D'ACCOUCHEMENT

La disponibilité dans les centres du matériel pour la consultation et l'accouchement se retrouve dans le tableau N°25.

Tableau N° 25 : Ressources en matériel de consultation et d'accouchement

MATERIEL	EFFECTIF	%
Tensiomètre	22	100
Stéthoscope médical	22	100
Stéthoscope obstétrical	22	100
Mètre ruban	22	100
Paires de gants stériles	20	90,91
Boite d'accouchement complète	17	77,27

Toutes les formations sanitaires disposent d'un tensiomètre, d'un stéthoscope médical, d'un stéthoscope obstétrical et d'un mètre ruban.

77,27% disposent d'une boite d'accouchement complète et 90,91% disposent de paires de gants stériles.

9.3. RESSOURCES EN MEDICAMENTS

Les ressources en médicaments des centres se retrouvent dans le tableau N°26.

Tableau N° 26 : Ressources en médicaments

MEDICAMENTS	EFFECTIF	%
Solutés	22	100
Antibiotiques	22	100
Quinine	22	100
Paracétamol	22	100
Acide acétyl salicylique	22	100
Syntocinon injectable	19	86,36
Diazépam injectable	19	86,36
Ergométrine	19	86,36
Buscopan	19	86,36
Hydrocortisone ou dexamétasone	16	72,73
Clonidine ou catapressan	16	72,73

Métamizole ou novalgin	16	72,73
Salbutamol injectable	13	59,09
Atropine	6	27,27
Péthidine ou dolosal	5	22,73
Adrénoxyl ou dicynone	3	13,64
Adrénaline	3	13,64
Sulfate de magnésium	0	0

Toutes les formations sanitaires disposent dans leurs pharmacies de solutés, d'antibiotiques, de quinine, de paracétamol et d'acide acétyl salicylique.

83,26% disposent de syntocinon injectable, de diazépam injectable, d'ergométrine et de buscopan.

72,73% disposent d'hydrocortisone, de clonidine et de Métamizole.

59,09% disposent de Salbutamol injectable, 22,73% disposent de dolosal, 13,64% disposent d'adrénaline et aucune d'elles ne dispose de sulfate de magnésium.

9.4. DISPONIBILITE EN MATERIEL DE REANIMATION

La disponibilité des formations sanitaires en matériel de réanimation se retrouve dans le tableau N° 27.

Tableau N° 27 : Ressources en matériel de réanimation

MATERIEL DE REANIMATION	EFFECTIF	%
Perfuseur	22	100
Epiflex	20	90,91
Aspirateur mécanique ou électronique	18	81,82
Obus d'oxygène	16	72,73
Masque de ventilation	16	72,73
Cathéter	16	72,73
Sondes	13	59,09
Canule de GUEDEL	10	45,45
Matériel d'intubation	4	18,18

81,82% des centres disposent d'un aspirateur mécanique ou électrique.

72,73% disposent d'un obus d'oxygène, d'un masque de ventilation et de cathéter.

18,18% disposent de matériel d'intubation.

9.5. ELEMENTS DU SYSTEME DE REFERENCE

L'étude des éléments de la référence dans les formations sanitaires se retrouve dans le tableau N° 28.

Tableau N° 28 : Disponibilité des éléments de la référence dans les formations sanitaires

ELEMENTS DE LA REFERENCE	EFFECTIF ABSOLU	%
Matériel roulant pour la référence	13	59,09
Matériel roulant toujours disponible	5	22,73
Ambulance équipée	2	9,09
Véhicule du centre	8	36,36
Véhicule du médecin	3	13,64
Système d'alerte de la maternité Lagune	19	86,36
Ordinogramme pour les urgences obstétricales	8	36,36
Présence de la fiche de référence de la maternité	20	90,91
Référence avec toujours une fiche	19	86,36
Registre pour les cas référés	18	81,82
Utilisation de l'ambulance de la maternité	8	36,36
Rétro information reçue	17	72,73
Participation aux journées de la maternité Lagune	17	72,73

59,09% des formations sanitaires disposent d'un matériel roulant pour la référence des urgences obstétricales mais il n'est disponible que dans 22,73% des centres. Il s'agit d'une ambulance équipée dans 9,09% des centres ;

86,36% des formations sanitaires disposent d'un système d'alerte de la maternité.

36,36% disposent d'un ordinogramme pour la référence des urgences obstétricales.

90,91% des formations sanitaires disposent de la fiche de référence de la maternité Lagune et 86,36% des centres réfèrent toujours avec une fiche de référence.

36,36% des formations sanitaires ont eu recours à l'ambulance de la maternité Lagune et 72,73% ont reçu la rétro information pour les cas qu'elles ont référé vers la maternité Lagune.

72,73% des centres ont pris part au moins une fois aux journées de la maternité Lagune.

9.6. PERSONNEL

La répartition du personnel disponible dans les formations sanitaires se retrouve dans le tableau N° 29.

Tableau N° 29 : Répartition du personnel dans les formations sanitaires

QUALIFICATION DE L'AGENT	EFFECTIF	%
Gynécologue obstétricien	1	4,55
Infirmier	1	4,55
Médecin	1	4,55
Sage femme	19	86,36
TOTAL	22	100

Une formation sur les 22 dispose d'un gynécologue obstétricien soit un pourcentage de 4,55.

86,36% des formations sanitaires disposent d'une sage femme.

Commentaires et revue de littérature

En faisant recours à notre revue de littérature, les commentaires des résultats de notre étude sur les références des urgences obstétricales vers la maternité Lagune sont les suivants :

1. CARACTERISTIQUES DES FEMMES REFEREES POUR LES URGENCES OBSTETRIQUES

1.1. AGE

La patiente référée la moins âgée a 17 ans et celle la plus âgée 41ans. La moyenne d'âge se situe autour de 25 ans. Les patientes référées de la tranche d'âge de 20 à 34 ans sont les plus nombreuses représentant 83,09%. Ce résultat se comprend puisque c'est la période d'activité génitale maximale. HESSOU [25], DJEDJE [15] et AKPOVI [2] signalent respectivement dans cette tranche d'âge 78,5% ; 74,3% et 88,1%.

1.2. PARITE

Les nullipares sont les plus nombreuses représentant 43,69%. Cela peut s'expliquer par le fait que chez elles le travail d'accouchement est plus long et de ce fait il est exposé à des complications réelles ou supposées.

do REGO [17] retrouve une proportion de 38,8% et GAOU [21] une proportion de 36,2% à la maternité Lagune de Cotonou en 1997, HESSOU [25] relève une proportion de 41,8% dans le ZOU.

Les multipares représentent 12,62% dans notre étude.

DIADHIOU et coll. [14] signalent 29% et MUKANTAGANDA [35] a retrouvé 33,4% à la CUGO en 1996.

Ce faible taux que nous avons retrouvé pourrait s'expliquer par le fait que de nos jours les réalités socio-économiques font que les couples ne font plus beaucoup d'enfants.

1.3. PROFESSION

Dans notre échantillon d'étude, les commerçantes et les revendeuses sont les plus nombreuses représentant 47,75%.

Ce résultat n'est pas loin de celui de do REGO [17] qui a retrouvé une proportion de 66,2%.

Il diffère de celui de HESSOU [25] dont l'étude s'est déroulée dans le département du ZOU : les cultivatrices sont les plus nombreuses avec une proportion de 76 %.

Ce résultat s'explique par le fait que la ville de Cotonou est le carrefour où se concentre la majeure partie des activités économiques.

BOUVIER et coll. [11] dans son étude n'a pas mis en évidence le rôle particulier des conditions socio-économiques dans la prise en charge des urgences obstétricales.

1.4. LIEU DE PROVENANCE

La grande majorité des femmes viennent de la ville de Cotonou soit 66,22%. Cela s'explique par le fait que la maternité Lagune est avec la CUGO du CNHU le centre de référence en obstétrique de la ville de Cotonou.

DOSSOU-YOVO en 1985 [18], AKPOVI en 1992 [2] dans une étude réalisée à la CUGO et HESSOU [25] dans le ZOU avaient également noté que les femmes référées proviennent davantage des centres de santé proche du centre de référence.

1.5. FORMATIONS SANITAIRES DE PROVENANCE

Dans notre étude les formations sanitaires privées dépassent légèrement les formations sanitaires publiques avec une proportion de 51,81% contre 48,19 %. do REGO [17] dans étude à la maternité Lagune en 1997 relève que les formations sanitaires privées sont les plus nombreuses dans la référence des urgences obstétricales avec un pourcentage de 63,52.

Ce rééquilibrage des pourcentages peut s'expliquer par l'étroite collaboration qui règne entre les formations sanitaires publiques et la maternité lagune et également par le fait que les sages femmes prennent moins de risque en référant tôt les cas qui les dépassent.

Notre résultat diffère de celui de HESSOU (24) dans le ZOU où les formations sanitaires publiques sont les plus nombreuses représentant 73%.

2. CONDITIONS DE REFERENCE

2.1. QUALITE DES ELEMENTS DE LA PREPARATION

Selon MINIVELLE et al. [24] « il s'agit toujours de lutter contre la non-qualité en assurant des prestations conformes aux normes en vigueur ».

40,54% des femmes ont été référées sans une fiche de référence or BOUYE [11] affirme que «la fiche de suivi est absolument indispensable comme fil conducteur... ».

Néanmoins, ce résultat est meilleur a ceux trouvés par HESSOU [25] : 48,6% dans le Zou et par GBAGUIDI [22] : 76,4 dans une étude réalisée au CSSP de Ouidah.

59,46% des femmes ont été référées soit avec la fiche de référence de la maternité, soit avec la fiche de référence du centre, soit avec un carnet de santé. Mais ces supports sont souvent vides.

Les éléments de l'examen ne sont mentionnés que dans 43,24%.

La TA dans 41,89% ; HESSOU [25] avait trouvé 42,7%.

Le pouls ne l'est que dans 16,67% des cas ;

Les bruits du cœur fœtal ne le sont que dans 36,94% ; HESSOU (25) a trouvé dans son étude 24,7%.

Les données du toucher vaginal sont marquées dans 43,24% ; HESSOU (25) n'avait trouvé que 19,9%.

Cette situation peut être expliquée par l'ignorance du personnel de l'importance de ces données pour la prise en charge adéquate de la femme référée. On peut également lier cela à la qualité du personnel qui a reçu la patiente et à la disponibilité des infrastructures.

2.2. QUALITE DE LA PREPARATION

Dans notre étude, la qualité de la préparation a été mauvaise pour une seule des femmes référées avec la fiche de référence de la maternité Lagune.

Cette situation s'explique par le fait que la fiche est assez complète et comporte tous les éléments nécessaires pour une bonne préparation. Globalement la qualité de la préparation est mauvaise dans 15,77 % des cas. Ce taux est en nette amélioration par rapport à ceux trouvés par HESSOU [25] dans le ZOU 51% et de REGO [17] à la maternité Lagune 73,6%.

40% des cas de mauvaise qualité de la préparation proviennent des cabinets médicaux. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces structures ne sont pas bien préparées pour la prise en charge des urgences obstétricales et aussi par l'absence d'un support pour la référence.

La préparation de la référence a été de mauvaise qualité dans les formations sanitaires publiques dans 15,89% des cas et dans les formations sanitaires privées dans 15,65% des cas.

Ce résultat diffère complètement de ceux de HESSOU [25] qui retrouve 76% de mauvaise préparation pour les formations sanitaires publiques et de do REGO (17) qui signale 93,6%.

Cette amélioration s'explique par la sensibilisation qui a été faite avec la mise en place des fiches de référence dans les formations sanitaires.

2.3. QUALITE DE LA PREPARATION ET PRONOSTIC PERINATAL

8 cas de décès périnataux ont été relevés sur les 35 cas où la préparation de la référence est de mauvaise qualité soit un pourcentage de 22,86.

Ce résultat diffère de celui de HESSOU (25) qui retrouve 67,8% de décès périnataux liés à une mauvaise préparation de la référence.

2.4. QUALITE DE LA PREPARATION ET PRONOSTIC VITAL DE LA MERE

3 décès maternels ont été notés sur les 35 cas où la préparation de la référence est de mauvaise qualité soit une proportion de 8,57%. La préparation de la référence a une incidence sur le pronostic vital maternel.

Ce résultat est meilleur par rapport à celui de do REGO (17) qui retrouve 58,3% d'issues défavorables liées à la mauvaise préparation de la référence et à celui de HESSOU (25) qui en retrouve 70,5%.

2.5. QUALITE DE L'ACHEMINEMENT

Seulement 17,74 % des femmes ont bénéficié d'un transfert médicalisé (4,05 % pour l'ambulance de la maternité Lagune ; 12,61 % pour l'ambulance du centre qui a référé et 1,80 % pour le SAMU).

Les formations sanitaires publiques ont fait appel à l'ambulance de la maternité Lagune dans 3,74% des cas qu'ils ont référé et les formations sanitaires privées dans 4,35%.

Cela s'explique par la méconnaissance de la facilité de s'assurer les services de transport médicalisé, la non-disponibilité des véhicules dans les centres, la hantise que l'ambulance soit entrain d'effectuer une autre sortie, les moyens financiers dérisoires qui font redouter l'appel du SAMU et de l'ambulance de la maternité Lagune et aussi par la mentalité de certains responsables de formations sanitaires surtout privées qui redoutent l'impact négatif sur leur clientèle de l'arrivée de l'ambulance dans leurs centres. Il y a un travail de sensibilisation à faire afin que toutes les références puissent désormais bénéficier d'un transport médicalisé.

HESSOU [25] retrouve que 91,7% des femmes n'ont pas bénéficié d'un véhicule des centres qui ont référé et LEGBA [29] en a trouvé 91,3%.

L'abord veineux a été réalisé dans 14,86% des cas seulement. Ce résultat n'est pas loin de celui trouvé par HESSOU [25] : 10,3%.

L'alerte de la maternité lagune a été effectuée dans 1,80% des cas. HESSOU (25) a retrouvé 2,7% dans son étude.

2.6. QUALITE DE LA RECEPTION

La réception de la référée à la maternité Lagune a été de bonne qualité dans 83,78 % et de moyenne qualité dans 15,77% soit au total 99,55 %.

do REGO [17] retrouve 93,5% à la même maternité et HESSOU [25] 92,4% à la maternité du CHD/ ZOU.

Cette performance est en rapport avec la qualité et la disponibilité des infrastructures, du personnel et à l'organisation du travail. Avec les modifications apportées à la réception et au niveau du plateau technique, la maternité Lagune arrive à assurer son rôle de centre de référence c'est-à-dire de dernier recours et elle est tenue de respecter un certain nombre de normes et de règles en matière de qualité des soins.

C'est pour ça que BOUYER [12] affirme : « au centre de référence, il est un minimum au-dessous duquel on ne peut pas descendre ».

2.7. QUALITE DE LA RECEPTION ET PRESENCE DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE LAGUNE

C'est seulement dans un cas que la réception est mauvaise malgré la présence de la fiche de référence de la maternité soit dans une proportion de 1,02 %. Cela peut s'expliquer par le fait que pour ce cas où la qualité de la réception a été mauvaise, il s'agissait en fait d'un travail d'accouchement où l'expulsion était imminente ce qui n'a pas permis de prendre toutes les constantes ; cela a joué sur la qualité globale de la réception pour ce cas. Mais cela devrait-il se justifier ?

La fiche de référence de la maternité Lagune n'a pas une influence sur la qualité de la réception.

2.8. QUALITE DE LA RECEPTION ET PRONOSTIC VITAL MATERNEL

Sur les décès maternels, 7 ont bénéficié d'une bonne qualité de réception soit 77,78%

La qualité de la réception n'a été mauvaise pour aucun des cas de décès maternel. do REGO [17] a retrouvé 26 cas d'issue fatale chez 31 femmes référées ayant bénéficié d'une bonne réception soit 83,3%. HESSOU (25) en a trouvé 80,9%.

2.9. QUALITE DE LA RECEPTION ET PRONOSTIC VITAL DU NOUVEAU-NE

Dans les cas où la qualité de la réception est mauvaise, le seul cas retrouvé a eu une issue favorable. Au total il n'y a pas eu d'issue défavorable en cas de mauvaise qualité de la réception.

3. TAUX D'UTILISATION DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE

La fiche de référence de la maternité Lagune a été utilisée pour référer les femmes dans 44,14 % des cas. Ce pourcentage moyen peut s'expliquer par le fait que :

- L'habitude de l'utilisation effective de la fiche de référence de la maternité Lagune a mis du temps avant d'être intégrée dans les processus des prestataires.
- La rupture du stock de fiches dans certains centres qui n'en avaient pas assuré la multiplication.
- La difficulté liée au fait que tous les centres de Cotonou n'ont pas été dotés de la fiche.

Mais la sensibilisation continue et la persévérance dans la mise en place de cette fiche permettraient d'avoir des résultats encore plus probants.

Les centres confessionnels (65,12%), les CSCU (54,17), et les CCS (44%) sont ceux qui ont le plus utilisé la fiche de référence de la maternité Lagune pour

les cas qu'ils ont référé vers la maternité Lagune. On peut l'expliquer par le fait qu'ils ont été d'abord ceux qui réfèrent le plus vers la maternité Lagune donc la première cible lors de la mise en place des fiches et que le contact a été permanent en grande partie grâce aux journées de la maternité Lagune.

88,06% des femmes ayant bénéficié d'une bonne qualité de la préparation ont été référés avec la fiche de référence de la maternité Lagune. La fiche a donc une incidence évidente sur la qualité de la préparation de la référence.

2 des 9 cas de décès maternels ont été référés avec la fiche de référence de la maternité Lagune soit un pourcentage de 22,22.

4. IMPACT DE LA RETRO INFORMATION SUR LA REFERENCE

4.1. TAUX DE RETRO INFORMATION

74,32% de rétro information a été effective. Ce taux reflète une amélioration nette par rapport aux réalités antérieures. En effet selon HESSOU [25] 18,02% de rétro information a été vraiment effective au cours de son étude sur la qualité de la référence dans le ZOU. La satisfaction des agents de santé lorsqu'ils reçoivent la rétro information dénote le caractère nécessaire de cette formalité. PAINE et SIEMTJAF [42] affirment que *« l'échec du système de référence en INDE était dû au fait qu'aucune fiche de transfert n'est remise aux patients qui sont adressés à l'hôpital et qu'il est rare que l'hôpital informe lui-même le service de départ »*.

C'est dire toute l'importance de ce retour de l'information dans la chaîne que constitue le système de référence. GBAGUIDI [22] dans son étude avait noté que sur 236 sujets ayant accepté le transfert, 9 seulement soit 3,8% avait reçu une fiche de suivi pour le centre de provenance à leur sortie.

4.2. RETRO INFORMATION ET TYPE DE FORMATIONS

Le taux de rétro information est supérieur à 72% dans toutes les formations sanitaires.

Le plafond de 100% n'a pas été atteint pour diverses raisons parmi lesquelles on peut citer :

- La rupture du stock des fiches de contre référence à la réception des urgences ;
- Le non-remplissage systématique des fiches de contre référence pour toutes les femmes référées au début de la mise en place du système ;
- Le retour de certains dossiers aux archives sans que les fiches de contre référence en aient été retirées ;
- La situation géographique des formations sanitaires dans la ville.

Il faut noter que pour atteindre le seuil des 100% pour la rétro information, il faudrait plus de personnels et de moyens de déplacement pour avoir une contre référence effective sans délai donc un système de référence sans faille.

4.3. RETRO INFORMATION ET PRESENCE DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE

La rétro information a été effective dans 73,47% des cas où la fiche de la maternité lagune a servi au transfert de la patiente.

Même si les 26,53% où elle n'est pas effective ne représentent que 26 cas, on devrait quand même s'attendre à ce que tous les cas référés avec la fiche de référence de la maternité Lagune bénéficient d'une rétro information effective. En effet cela contribuerait à entretenir le climat de confiance et de partenariat qui règne entre les formations sanitaires qui réfèrent et la maternité Lagune.

De même dans 19 cas sur les 35 où la préparation est de mauvaise qualité, la contre référence n'a pas été effective soit dans un pourcentage de 55,29. Cette

situation est anormale car il faut obligatoirement une rétro information pour les cas de mauvaise référence afin que les erreurs soient corrigées.

Cet état de chose est lié aux raisons sus citées et des solutions pratiques sont entrain d'être apportées afin de le corriger.

4.4. ANALYSE DU DELAI D'ENVOI

Le délai d'envoi a été supérieur à 15 jours dans 52,23% des cas. Ceci s'explique par le fait que c'est après la sortie des femmes que les fiches de contre référence sont envoyées dans les centres. Donc ce délai est fonction de la durée d'hospitalisation. A la sortie des femmes, les fiches retournaient aux archives avec les dossiers, ce qui contribuaient à augmenter encore le délai de la rétro information puisqu'il fallait les rechercher ce qui n'était guère judicieux pour une économie de temps et d'énergie. C'est lors de notre sélection de dossiers que beaucoup de ces fiches de rétro information ont été sorties et envoyées vers les centres. Mais cette situation s'améliore progressivement avec la sensibilisation qui a été entreprise après ce constat.

5. QUALITE DE LA REFERENCE AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES

Selon RACINE cité par HADDAD [24], «La qualité occupe désormais une place centrale dans la régulation de système de soins au travers notamment, de l'introduction des mécanismes visant à cautionner l'allocation des ressources à la fourniture des soins de qualité ».

L'analyse des facteurs influençant la qualité de la référence au niveau des formations sanitaires permet de déduire par rapport à :

5.1. LA DISPONIBILITE D'UN ORDINOGRAMME POUR LES URGENCES OBSTETRIQUES

36,36% des centres disposent d'un ordinogramme pour la référence des urgences obstétricales. Pour améliorer encore plus la qualité de la référence, on devrait élaborer cet outil précieux afin de prendre des décisions justes et au bon moment et le guide en SONU nous paraît tout indiqué.

5.2. L'ALERTE DE LA MATERNITE LAGUNE

86,36% des formations sanitaires disposent d'un système d'alerte de la maternité Lagune mais ne l'utilisent pratiquement jamais. Un travail de sensibilisation reste à faire afin de leurs faire comprendre l'importance de l'alerte dans la prise en charge diligente des femmes qu'elles réfèrent vers la maternité Lagune.

5.3. LA RETRO INFORMATION

72,73% des formations sanitaires reconnaissent avoir reçu la rétro information pour les urgences obstétricales qu'elles ont référé vers la maternité Lagune au cours de notre période d'étude. Ce pourcentage rejoint pratiquement celui trouvé lors du dépouillement des dossiers (74,32%).

5.4. LA DISPONIBILITE D'UNE FICHE DE REFERENCE (DU CENTRE OU DE LA MATERNITE LAGUNE)

90,91% des formations sanitaires disposent de la fiche de référence de la maternité Lagune et 72,73% l'ont utilisé déjà utilisé plus de 10 fois.

86,36% des centres réfèrent toujours avec un mot ou la fiche de référence de la maternité Lagune. L'extension de cette fiche à tous les centres de la ville de

Cotonou et pourquoi pas une fiche conçue sur le modèle de la maternité Lagune et divulguée dans tout le pays devrait être entreprise par le Ministère de la Santé Publique.

5.5. VEHICULE DE REFERENCE

13 formations sanitaires sur les 22 soit 59,09% disposent d'un matériel roulant pour la référence des urgences obstétricales.

Mais il n'est disponible que dans 22,73% des cas et il s'agit le plus souvent du véhicule du centre (36,36%).

Une ambulance équipée n'est disponible que dans 9,09% des centres. AGBANGLA [1] signale 30% dans une étude réalisée en 1993 à la CUGO. HESSOU (25) a retrouvé 9% dans le département du ZOU.

Ceci dénote le besoin crucial qu'a le pays en ambulances bien équipées.

Seul 36,36% des centres ont eu recours au moins une fois à l'ambulance de la maternité Lagune.

Ceci s'explique par le fait que les formations sanitaires surtout privées ont la hantise de ce que dirait leur clientèle du fait de la venue d'une ambulance dans leurs centres. De plus le coût du transport médicalisé est un peu lourd pour la population dont la plus grande partie vit encore au seuil de la pauvreté.

5.6. PERSONNEL

95,45% des formations sanitaires disposent d'une sage-femme. HESSOU (25) a fait le même constat dans le ZOU avec 95,4% ; 36,36 disposent d'un médecin généraliste et 13,64% d'un gynécologue obstétricien.

Ceci reflète l'effort qui est fait afin que les formations sanitaires soient dotées d'un personnel de santé qualifié.

5.7. EQUIPEMENT

63,64% des formations sanitaires disposent d'un laboratoire d'analyse médicale. HESSOU [25] en a retrouvé 50% au cours de son étude.

22,73% disposent d'un service de radiologie et 31,82% d'un service d'échographie.

Aucune des formations sanitaires ne dispose du matériel complet de réanimation en salle d'accouchement. L'oxygène existe dans 72,73% des centres et l'aspirateur dans 81,82%.

Le matériel n'est toujours disponible que dans 40,91% des cas.

AGBANGLA [1] en 1993 et HESSOU [25] en 1998 affirment également *«qu'aucune formation sanitaire de leurs études ne dispose d'un matériel complet de réanimation en salle d'accouchement»*.

Un effort reste donc à faire pour que le minimum puisse exister et être véritablement fonctionnel.

5.8. LES JOURNEES DE LA MATERNITE LAGUNE

95,45% des formations sanitaires savent que les journées de la maternité Lagune sont organisées pour l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales.

72,73% y ont pris effectivement part et ont reconnu y avoir tiré un plus pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Tous les centres sont unanimes sur l'importance et l'utilité du système qui est mis en place à la maternité Lagune mais se posent la question de savoir jusqu'à quand cela pourra tenir. La grande lutte sera d'assurer la pérennisation du système.

6. DIAGNOSTIC DE L'URGENCE AU CENTRE DE REFERENCE

Les dystocies dans leur globalité arrivent en tête avec 16,90% des cas. KASSONGA [26] en 1983 et AGBANGLA [1] en 1993 avaient trouvé respectivement 18% et 16,4%.

Cette proportion est nettement au-dessous de celles trouvées par :

- DOSSOU-YOVO [18] en 1995 : 62,7%
- DOTOU [19] en 1987 : 70,9%
- ADISSO cité par GBAGUIDI [22] en 1990 : 93,5%
- AKPOVI [2] en 1992 : 46,3%
- DJEDJE [16] en 1996 : 51,9%
- HESSOU [25] en 1998 : 45,5%

En seconde position viennent les syndromes vasculo-rénaux, la souffrance fœtale aiguë et les hémorragies avec respectivement 14,08% ; 10,80% et 9,39%.

En ce qui concerne les hémorragies AKPOVI [2] avait trouvé 14,7% ; DJEDJE [16] 10,10% et HESSOU [25] 18%.

En faisant une comparaison entre le diagnostic de référence et le diagnostic retenu à la maternité Lagune, on constate que 94 des diagnostics d'évacuation correspondent aux diagnostics retenus soit un pourcentage de 42,34. Un problème se pose donc par rapport à la démarche clinique au niveau des centres périphériques et seul un enseignement post universitaire continu pourra palier à cela.

7. PRONOSTIC VITAL MATERNEL

Au total il y a eu 11 décès maternels au cours de ces 3 mois au niveau des cas référés sur 17 cas au total soit un pourcentage de 60,71% de décès maternels pour les cas référés.

9 se sont retrouvés dans notre échantillon de 222 cas soit un pourcentage de 4,05%.

4 des 57 cas référés par les cabinets médicaux sont décédés soit 7,02%. Cela peut être mis sur le compte de la qualité de la prise en charge initiale dans ces cabinets. Mais il faudrait une étude plus approfondie afin de situer la cause réelle de ces décès.

4 des décès maternels sont dus à une hémorragie. Comme l'affirme BOUYER [12] «les heures qui passent aggravent l'hémorragie et conduisent à la mort ».

Conclusion

Au terme de notre étude sur la mise en place d'un système de référence à la maternité Lagune dont l'évaluation a porté sur 222 dossiers au cours de la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2002, nous avons abouti aux conclusions ci après :

- La préparation de la référence est bonne dans 67 cas sur 222 soit 30,18% mais elle reste défectueuse dans 35 cas sur les 222 soit 15,77%.

- La fiche de référence standardisée n'a été utilisée que dans 44,14% des cas.

- Lorsque la référence est réalisée avec l'aide de la fiche de référence de la maternité Lagune, elle est bonne dans 88,06%. Cette fiche standardisée a donc une incidence sur la préparation de la référence.

- La qualité de l'acheminement de la femme vers la maternité Lagune, est globalement défectueuse. En effet, seulement 18,47% des femmes référées ont bénéficié d'un transfert médicalisé, 14,86% d'un abord veineux et la maternité Lagune n'a été alertée que dans 1,80% des cas. Une véritable sensibilisation est à faire au niveau des formations sanitaires périphériques afin de changer ces habitudes qui mettent en danger la vie de la mère et de l'enfant à naître.

- La qualité de la réception est globalement bonne dans 221 cas sur les 222 soit un pourcentage de 99,55%.

- Les taux de décès maternels les plus élevés ont été relevés chez les femmes référées des formations sanitaires privées et plus spécifiquement des cabinets médicaux et des cliniques.

- La préparation de la référence a une incidence sur le pronostic materno-foetal.

On a noté plus de décès maternels chez les femmes référées sans la fiche de référence de la maternité : 7 cas sur 124 soit 5,65% mais elle ne semble pas avoir une incidence particulière sur la qualité de la réception.

- Quant à la rétro information, elle a été effective dans 74,32% des cas mais le délai d'envoi de cette rétro information est supérieur à 15 jours dans plus de la moitié des cas. La longueur de ce délai d'envoi est multifactorielle et des solutions adéquates sont entrainés d'être apportées afin de le réduire au maximum.

26,59% des cas référés avec la fiche de référence de la maternité Lagune n'ont pas reçu la rétro information. Cette situation doit interpeller la conscience du personnel de la maternité Lagune car selon toute logique, toutes les références effectuées avec une fiche de transfert devraient bénéficier d'un retour de l'information. Donc un travail de sensibilisation reste à faire afin de rendre le système plus fonctionnel.

- L'enquête au niveau des formations sanitaires montre un niveau d'équipement satisfaisant pour l'organisation de la référence mais un travail de sensibilisation reste à faire pour une utilisation correcte du potentiel dont elles disposent. C'est cet objectif entre autres que les journées de la maternité Lagune essaient d'atteindre.

Suggestions

Au terme de notre travail portant sur la mise en place d'un système de référence à la maternité Lagune de Cotonou pour l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales, nous formulons les suggestions ci-après :

➤ **A L'ENDROIT DES AUTORITES POLITICO-ADMINISTRATIVES**

➔ **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

- Uniformiser et mettre en place dans toutes les formations sanitaires du pays aussi bien publiques que privées une fiche de référence des urgences obstétricales basée sur le modèle de celle de la maternité Lagune (voir en annexe).
- Organiser des séminaires de sensibilisation et de recyclage périodiques à travers tout le pays afin d'installer un système de référence fiable sur la base de l'expérience de celle de la maternité Lagune.
- Apporter un soutien plus accru à la maternité Lagune et en particulier au PARSUON afin que l'effort qui est entrepris puisse être poursuivi et porter de meilleurs fruits.
- Doter les formations sanitaires en ressources humaines et matérielles suffisantes afin de leur permettre d'assurer au mieux la prise en charge des urgences obstétricales.
- Divulguer le guide de formation en SONU dans tous les centres de santé périphériques du pays pour une prise en charge adéquate et codifiée des urgences obstétricales.
- Mettre en place un système de communication rapide et efficace entre les centres qui réfèrent et les centres de référence.
- Mettre en place un organisme de supervision et de suivi des activités de référence des urgences obstétricales au niveau des formations sanitaires.

➔ AU MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS ET DES TRANSPORTS

- Construire des voies d'accès praticables pour désenclaver les structures sanitaires difficilement accessibles surtout aux ambulances et entretenir ceux déjà existants.

➤ A L'ENDROIT DU PERSONNEL DE SANTE

- Prendre en charge rapidement et correctement les urgences obstétricales.
- Ne pas retarder la prise de décision d'évacuation d'une parturiente si cela s'avère nécessaire.
- Prendre toutes les constantes car elles sont utiles à un moment quelconque de la prise en charge surtout face à certaines pathologies.
- Utiliser toujours les fiches de référence pour évacuer les urgences obstétricales.
- Pouvoir utiliser systématiquement un partogramme pour la surveillance du travail d'accouchement chez toutes les parturientes.

➤ A L'ENDROIT DU PERSONNEL DE LA MATERNITE LAGUNE

- Poursuivre l'effort qui est déjà entrepris afin que tout ce qui a été déjà fait ne soit pas inutile.
- Assurer toujours la rétro information effective vers les centres qui réfèrent les urgences obstétricales vers la maternité Lagune.

➤ A L'ENDROIT DE LA COMMUNAUTE

- 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 faire au mieux leur travail et sauver ainsi deux vies au moins.

Bibliographie

1. AGBANGLA M.C.H.

Prise en charge des urgences obstétricales dans le département de l'Atlantique : Etude réalisée dans les 20 formations sanitaires.
Thèse Méd., Cotonou, 1990, N° 554, 250p.

2. AKPOVI B.C.

Contribution à l'étude des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical:étude prospective à propos de 244 cas recensés du 1^{er} Juin 1991 au 31 Mai 1992 à la CUGO de Cotonou.
Thèse. Méd., Cotonou, 1993, N°528, p122.

3. ALIHONOU E., AGUESSY B., PERRIN R., TAKPARA I.

Mortalité maternelle en République Populaire du Bénin : Réflexion sur les données recueillies de 1976 à 1987.
SAGO, « Acte du premier congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin et Togo. »
Cotonou, MEPS, 1988, PP 32-37.

4. ALIHONOU E., et Coll.

Le problème des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans un service de référence CUGO/CNHU de Cotonou.
Afr. Méd., 1987, 26 (250), PP 165-170.

5. ASRENASI D., GILBERT J.B., LHEUREUX P.

Profil des admissions dans un service d'urgence.
Réanimation soins d'urgence.
Méd Urg., 1987, 3(4), PP 201-205.

6. BEARD R., TURMEN T., PJECH F.

Mortalité maternelle dans les pays développés.
Mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : les transferts vers les centres de référence.
2^{ème} journée Internationale de pratique obstétricale du 6 au 9 Novembre 1996. Monté Carlo.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1986,18 (4), PP 385-392.

7. BLETTERY R., FENOT P., AUBE H., VIROT C.

Un service d'urgence pourquoi faire ?
La presse Méd., 1984, 13 (15), PP 907-908.

8. **BLOCH-MOUILLET E.**
Bibliographie.
La référence : les règles d'écriture, 1995.
Cahier d'étude et de Recherches Francophones, 1995, 5 (2), PP 111-114.
9. **BOHOUSSOU K.M., KONE N., DJANHAN Y., BOKOSSA E., et All**
La mortalité maternelle à Abidjan de 1988 à 1993.
Méd, Afr, Noire, 1995, 42 (11) PP 567-571.
10. **BOUTIC C. C.**
Les évacuations sanitaires vers l'hôpital général de Brazzaville en République du CONGO.
Mémoire Sabté Publique, IRSP, Cotonou, 1993, N°230.
11. **BOUVIER-COLLE M.H., VARNOUX., BREAT G.**
Facteurs évitables de la mortalité.
Résultats de l'enquête INSERM.
Mise à jour en gynécologie obstétrique:
Vigot, édit, Paris, 1993, PP 327-341.
12. **BOUYER J., BREART G., DE LACOUR M., et All.**
Réduire la mortalité dans les pays en développement pour un programme d'action.
C.I.E, édit, Paris, 1988.
13. **CAMARA S.**
Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de deux années d'étude.
Thèse de Méd., Abidjan, 1980, N°741.
14. **DIADHIOU F.**
Expérience sénégalaise sur la mortalité maternelle: à propos de 3 études à Dakar en 1986 et en 1987.
Communication au séminaire de C.I.E sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement.
CIE, édit, Paris, 1988, 3-7 Octobre.
15. **DIADHIOU F.**
Place de l'aspirine dans la promotion de la maternité sans risque.
Médecine digest, 1996, XXII (4), PP 2-4.

16. **DJEDJE C.**
Contribution à l'étude des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical « à propos de 428 cas recensés » : 1^{er} Juillet 1995 au 30 Juillet 1996 à la maternité Lagune de Cotonou.
Thèse méd., Cotonou, 1997, N°701.
17. **DO REGO N.**
Qualité de la référence des urgences obstétricales des formations sanitaires de Cotonou sur la maternité Lagune.
Mémoire de Santé Publique, IRSP, Cotonou, 1997, N°137.
18. **DOSSOU-YOVO L.A.**
Contribution à l'étude des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical à propos de 569 cas recensés à la CUGO de Cotonou.
Thèse méd., Cotonou, 1985, N°224, 121p.
19. **DOTOU D.**
Contribution à l'étude de la mortalité maternelle en RPB à propos de 389 cas recensés dans 212 maternité de 1982 à 1986.
Thèse méd., Cotonou, 1987, N°339, 193p.
20. **FOURN L.**
Recherche scientifique: Démarche et Gestion (étudiants, médecins et chercheurs).
Edition MEPS., Cotonou, 1998.
21. **GAOU A.D.**
Contribution à l'étude de la morbidité maternelle grave à la maternité Lagune de Cotonou.
Thèse méd., Cotonou, 1997, N°708, 136p.
22. **GBAGUIDI A.**
Contribution à l'étude des évacuations sanitaires effectuées du milieu rural sur un centre de santé: à propos de 275 cas recensés au Centre Communal de Santé (CCS) de Pahou.
Thèse méd., Cotonou, 1990, N°495, 174p.
23. **GBANGBADE S.**
Enquête sur la référence du niveau Agent Villageois de Santé (AVS) vers les Complexes Communaux de Santé (CCS) et du niveau (CCS) vers les autres centres de santé recours.
CREDESA/SSP, édit, PAHOU, 1994, PP 2-17.

- 24. HADDAD S., ROBERGE D., PINEAULT R.**
Comprendre la qualité: En reconnaître la complexité. 1997.
Ruptures - Gris (Revue transdisciplinaire en santé) 1997, 4 (1), PP 59-78.
- 25. HESSOU P.S.H.**
Qualité de la référence des urgences obstétricales des formations sanitaires du Département du Zou sur la maternité du Centre Hospitalier Départemental.
Thèse méd., Cotonou, 1998, N°772.
- 26. KASSONGA-MUTANGA C.**
Contribution à l'étude statistique des accouchements dystociques.
Thèse méd., Cotonou, 1983, N°154.
- 27. KOUSSEMOU A.C.A**
Antibioprophylaxie en gynéco-obstétrique.
Thèse méd., Cotonou, 2001, N°951
- 28. LANG T.**
La référence.
Développement et Santé, 1995. PP 24-27.
- 29. LANKOUANDE J. et coll.**
Les évacuations sanitaires en gynéco-obstétrique. A propos de 2135 dossiers à la maternité du centre Hospitalier National Yalgado Ouedrogo.
Rapport 1ères Journées de Gynécologie et d'Obstétrique de Bamako, 17-19 Février 1994.
- 30. LEGBA L.**
Référence et contre référence dans la zone sanitaire de Tanguiéta :
Description d'une année d'utilisation de Juin 1994 à Mai 1995.
Mémoire de Santé Publique, IRSP, Cotonou, 1995, N°073.
- 31. MEDA R., YAMEOGO J.M., KABORE B.**
Système de référence et de contre référence: Expérience de la province de la Comoe.
Comoe, Burkina-Faso, 1995, 25p.
- 32. MERGER F.C., LEVY J., MELCHIOR J.**
Précis d'obstétrique.
Paris, Edit, Masson, 1979.

33. **MILK K., VAUGAAU J., PATRICK, et Al.**
La décentralisation des système de santé.
OMS édit, Genève, 1991, 174p.
34. **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**
Direction de la programmation et de la prospective.
Services des statistiques, de la décentralisation et de la recherche
opérationnelle.
Statistiques sanitaires, Année 2000.
MSP, Edit, Cotonou, 2000.
35. **MALINAS Y., BOURBON J.L.**
ABC des urgences obstétricales.
Edit, Paris, Masson, 1990, 121p.
36. **MUKANTAGANDA S.**
Etude de la morbidité maternelle grave à la maternité du CNHU de
Cotonou à propos de 358 cas recensés du 1er Janvier 1994 au 31
Décembre 1995.
Thèse Méd., Cotonou, 1996, N°663, 169p.
37. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Stratégie régionale en vue de l'amélioration, la réduction de la mortalité
maternelle et néonatale dans la région africaine.
OMS édit, Brazzaville, 1994, 93p.
38. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Santé de la femme et maternité sans risque: le rôle de l'obstétricien et du
gynécologue.
OMS, édit, Genève, 1990, 25p.
39. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Statistiques Sanitaires Mondiales. Safe Motherboard.
OMS, édit, Genève, 1998, 48 (2), 184p.
40. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Le dossier de la mère-enfant. Guide pour une maternité sans risque.
OMS, édit, Genève, 1994.
41. **PAINE L.H., SIEMJAMF F.**
Les hôpitaux et la révolution des soins de santé.
OMS, édit, Genève, 1989, 124p.

- 42. PAPIERNICK E., CABROL D., PONS J.C.**
Obstétrique.
Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 1995, 1584p.
- 43. POISSON SALOMON H.S., CDENN HEBAERT C., BLOT P.**
Evaluation en gynécologie obstétrique: Proposition pour une évaluation de routine des pratiques professionnelles.
J.Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1994, 23 (8), PP 858-863.
- 44. RAYNALD P., DEVELUY C.**
La planification de la santé: Concepts, méthode, stratégie.
L'éditeur des PME, 8023, Rue Jarry Est.
Montréal 8Québec) N1, 11, H6 (514) PP 593-3958.
- 45. SALIFOU K., IBRAHIMA M., PAPA E., EPILLARO J.P.**
Evacuations sanitaires vers les services de gynécologie obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui.
Résumé des travaux du 4ème Congrès de la SAGO.
SAGO, édit, Abidjan, 1996, 12p.
- 46. SALIFOU K., IBRAHIMA M., PAPA E., EPILLARO J.P.**
Une expérience des fiches de référence, contre référence au niveau du district.
PMSBS, édit, Cotonou, 1995, 18p.
- 47. SOSSOU A. A.**
Organisation de l'accueil des urgences dans les centres de santé de sous-préfecture au Bénin.
Thèse méd., Cotonou, 2001, N°965.

Annexes

AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES REFEREES SUR LA MATERNITE LAGUNE DE COTONOU

Questionnaire à l'intention du personnel des centres ayant référé sur la maternité lagune

N°D'ORDRE	QUESTIONS	CODES
	<u>IDENTIFICATION</u>	
	A-Date de l'enquête	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	B-Numéro de la fiche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	C-Identité de la formation sanitaire: 1=CSSP; 2=CSCU; 3=CCS; 4=Centre confessionnel; 5=Clinique; 6=Cabinet médical; 7=Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>
	D-Qualification de l'agent : 1 = Gynécologue obstétricien ; 2 = Médecin ; 3 = Médecin ; 4 = Sage-femme ; 5 = Infirmier ; 6 = Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>
	<u>INVENTAIRE DES INFRASTRUCTURES ET DES RESSOURCES MATERIELLES</u>	
Q1	Votre maternité dispose-t-elle :	
Q1-1	D'une salle d'attente ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-2	D'une salle de dilatation ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-3	De salle d'accouchement ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-4	De salle d'hospitalisation ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-5	De bloc opératoire ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-6	De salle de soins intensifs ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-7	De laboratoire d'analyses médicales ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-8	D'une unité de transfusion sanguine ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9	D'une pharmacie ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
	Si OUI disposez-vous des médicaments suivants :	
Q1-9-1	Syntocinon injectable ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-2	Diazépam injectable ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>

Q1-9-3	Hydrocortisone ou dexaméthasone ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-4	Quinine ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-5	Ergométrine ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-6	Adrénoxyl ou dicynone ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-7	Clonidine ou catapressan ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-8	Péthidine ou dolosal ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-9	Métamizole ou novalgin ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-10	Paracétamol (prôdalfalgan ou autre) ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-11	Acide acétyle salicylique (Aspégic inj., autre) ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-12	Salbutamol injectable ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-13	Antibiotiques (peniG, Amoxi, Ampi) ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-14	Buscopan ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-15	Atropine ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-16	Solutés(SG,SS,SB,Ringer lactate) ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-17	Adrénaline ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-9-18	Sulfate de magnésium :1=OUI ; 2=non	<input type="checkbox"/>
Q1-10	Connaissez-vous des périodes de rupture de stock de médicaments ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/> → Q1-12
Q1-11	Si OUI : 1 = rarement (une fois/trimestre) ; 2 = quelques fois (une fois/mois) . 3 = fréquemment (une fois/semaine) ; autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>
Q1-12	Disposez-vous d'un service de radiologie ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-13	Disposez-vous d'un service d'échographie ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-14	Disposez-vous de matériel d'examen à savoir:	
Q1-14-1	Tensiomètre ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-14-2	Stéthoscope médical ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-14-3	Stéthoscope obstétrical ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-14-4	Mètre ruban ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q1-14-5	Paires de gants stériles ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>

Q1-14-6	Boîte d'accouchement complète ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-7	Si non avez-vous 2 pinces de Kocher ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-8	Une paire de ciseaux ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-9	Une paire de ciseaux courbe pour épisiotomie ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-10	Une pince à disséquer sans griffes ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-11	Une pince porte aiguille ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-12	Une sonde ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-13	Spéculum ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-14	Plateau ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-15	Poire d'aspiration du nouveau né ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-14-16	Forceps/ventouse ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15	Disposez-vous de matériel de réanimation en salle d'accouchement à savoir:		
Q1-15-1	Obus d'oxygène ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15-2	Aspirateur mécanique ou électronique ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15-3	Masque de ventilation ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15-4	Canule de Guédel ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15-5	Matériel d'intubation ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15-6	Catéther ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15-7	Perfuseur ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15-8	Epiflex ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q1-15-9	Différentes sonde (vésicales,rectales,nasogastriques) ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q2	Est ce que le matériel pour prendre en charge les urgences est toujours disponible ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q3	Disposez-vous d'un matériel roulant pour la référence ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	→ Q 4
Q3-1	Si OUI, il s'agit : 1 = Ambulance équipée ; 2 = Véhicule du centre ; 3 = Véhicule du médecin ; 4 = Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>	
Q3-2	Est-il toujours disponible ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	
Q4	Disposez-vous d'un Système d'alerte de la maternité Lagune ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>	→ Q 5

Q4-1	Si OUI, s'agit-il : 1 = téléphone ; 2 = Radiophonie ; 3 = Véhicule ; 4 = autres (précisez)	<input type="checkbox"/>
ORGANISATION DE LA REFERENCE		
Q5	Comment est constituée l'équipe qui accueille la patiente et qui organise sa référence ?	
Q5-1	Gynécologue-obstétricien ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q5-2	Médecin généraliste ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q5-3	Sage-femme ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q5-4	Infirmier (e) ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q5-5	Aides soignant (es) ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q6	Est-ce que les membres de cette équipe ont été formés pour la prise en charge des urgences obstétricales ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q7	Savent-ils:	
Q7-1	Prendre une voie veineuse périphérique ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q7-2	Prendre une voie veineuse centrale ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q7-3	Mettre une sonde nasogastrique ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q7-4	Mettre une sonde urinaire ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q7-5	Faire une intubation trachéale ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q7-6	Faire un massage cardiaque externe ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q7-7	Faire une ventilation correcte ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q7-8	Utiliser les drogues usuelles en réanimation ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q8	Disposez-vous d'un ordinogramme pour la référence des urgences obstétricales ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/> → Q 9
Q8-1	Si oui l'utilisez-vous souvent ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q9	Avez-vous: 1=une fiche de transfert du centre; 2=la fiche de référence de la maternité Lagune; 3-Autre (préciser) _____ 4=rien pour référer	<input type="checkbox"/>
Q10	Avez- vous déjà référé avec la fiche de référence de la maternité Lagune: 1=<5 fois; 2=5-10fois; 3=>10fois; 4=jamais	<input type="checkbox"/>
Q11	Référez-vous toujours avec une fiche ou un mot de transfert: ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>

Q12	Avez- vous un registre pour les cas référés régulièrement rempli ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q13	Qui accompagne la femme au cours de la référence ? 1 = Médecin ; 2 = Sage-femme ; 3 = Infirmier ; 4 = Aide soignante ; 5 = parent	<input type="checkbox"/>
Q14	Une voie veineuse de sécurité est-elle prise avant toute référence ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q15	Savez-vous que la maternité Lagune dispose d'une ambulance pour assurer le transport médicalisé des cas référés ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q15-1	Si oui l'avez-vous utilisé une fois ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q15-2	Si non êtes-vous intéressé par cette opportunité et y ferez-vous désormais appel ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q16	Avez-vous reçu la retro information pour les cas que vous avez évacué sur la maternité Lagune (ces 2 derniers mois) ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q17	Savez-vous que des journées de la maternité Lagune sont organisées en vue de l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/> → Q 18
Q17-1	Si oui y avez-vous pris part au moins une fois ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q17-2	Y avez-vous tiré un plus pour la prise en charge des urgences obstétricales ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q18	Etes-vous pour le système de référence mis en place par la maternité Lagune ? 1 = OUI ; 2 = NON	<input type="checkbox"/>
Q19	Si non pourquoi: _____ _____	<input type="checkbox"/>
Q20	Selon vous comment peut-on améliorer ce système? _____ _____	<input type="checkbox"/>

FICHE DE REFERENCE (Maternelle)**Maternité LAGUNE Cotonou****CADRE A REMPLIR PAR LA FORMATION SANITAIRE QUI DEMANDE LE TRANSFERT**

FORMATION SANITAIRE :		DATE DU TRANSFERT :/...../.....		HEURE :	
ADRESSE :		TELEPHONE :			
PRESTATAIRE DES SOINS :			FONCTION :		
IDENTIFICATION			GROUPE SANGUIN + Rh :		
NOM ET PRENOM DE LA PATIENTE :			VAT :		
ADRESSE :			Hépatite : HIV : BK :		
AGE : ans			BW : TPHA :		
NOM ET PRENOM DU PROCREATEUR :			GROUPE SANGUIN + Rh :		
ADRESSE :			Hépatite : HIV : BK :		
AGE : ans			BW : TPHA :		
ANTECEDENTS					
-OBSTETRIQUES : GESTITE <input type="checkbox"/> PARITE <input type="checkbox"/> AVORTEMENTS <input type="checkbox"/> ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> MORTS-NES <input type="checkbox"/>					
CESARIENNE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> MOTIF : DYSTOCIE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
ECLAMPSIE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
-MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :					
EXAMEN CLINIQUE					
TEMPERATURE :		TENSION ARTERIELLE :		PULSATIONS :	
ETAT GENERAL :					
EXAMEN OBSTETRICAL G : P : EV : A :					
<input type="checkbox"/> ENCEINTE					
<input type="checkbox"/> ACCOUCHEE					
<input type="checkbox"/> AUTRES :					
GROSSESSE : SIMPLE <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/>					
DDR : / /					
TERME DE LA GROSSESSE :					
HAUTEUR UTERINE cm			BRUIT DU CŒUR FŒTAL : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
A battements/minute					
POCHE DES EAUX : INTACTE <input type="checkbox"/> ROMPUE <input type="checkbox"/> le /..... / à Heures minutes					
LIQUIDE AMNIOTIQUE :					
PRESENTATION : BASSIN :					
TV :					
DYNAMIQUE UTERINE :					
ou					
RESUME DE L'ACCOUCHEMENT :					
INVOLUTION UTERINE : PERTES :					
DIAGNOSTIC PROVISoire :					
.....					
TRAITEMENT RECU :					
.....					
MOTIF DE TRANSFERT :					
.....					
CONDITIONS DU TRANSFERT : TRANSPORT MEDICALISE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
<i>SIGNATURE DU PRESTATAIRE DE SOINS</i>					

FICHE DE CONTRE-REFERENCE (Maternelle)**CADRE A REMPLIR PAR LA MATERNITE LAGUNE – Cotonou.****IDENTIFICATION**

NOM et PRENOM DE LA PATIENTE:

NOM et PRENOM DU GENITEUR:

ADRESSE:

HISTOIRE DU TRANSFERT

STRUCTURE AYANT TRANSFERE :

ADRESSE : TEL :

DATE DU TRANSFERT : HEURE :

MOTIF DU TRANSFERT :

TRANSFERT MEDICALISE : OUI NON

EXAMEN A L'ADMISSION

DATE d'ADMISSION : / / HEURE :

ETAT GENERAL :

TEMPERATURE : TENSION ARTERIELLE : PULSATIONS :

ETAT GENERAL :

ETAT OBSTETRICAL : GROSSESSE : SIMPLE MULTIPLE

HAUTEUR UTERINE : cm BRUIT DU CŒUR FCETAL : OUI NON à battements/minute

POCHE DES EAUX : INTACTE ROMPUE le .. / / à Heures minutes

LIQUIDE AMNIOTIQUE :

TV : PERTES :

PRESENTATION : BASSIN :

DYNAMIQUE UTERINE :

ou

INVOLUTION UTERINE : PERTES :

DIAGNOSTIC ETABLI :**ACCOUCHEMENT**

DATE D'ACCOUCHEMENT : / / HEURE :

NORMAL FORCEPS / VENTOUSE MANŒUVRE CESARIENNE MOTIF :

COMPLICATIONS : utérus cicatriciel ligne d'action franchie placenta praevia

hémorragie de la délivrance présentation anormale rupture utérine

disproportion foetopelvienne arrêt de la dilatation travail > 12 h

hématome retro-placentaire HTA > 140/90 mm de Hg pré-éclampsie

éclampsie antepartum éclampsie postpartum infection puerperale

autre complication

EXAMEN DU NOUVEAU-NE : SEXE : M F POIDS DE NAISSANCE : gr

APGAR : / MALFORMATION :

REANIMATION : min ASPIRATION : OUI NON OXYGENATION : OUI NON

VENTILATION : OUI NON MASSAGE CARDIAQUE : OUI NON

VIT K: OUI NON ATB: OUI NON MORT-NE NE VIVANT DECEDE CAUSE DU DECES :**TRAITEMENT :**

OCYTOCIQUES PER-PARTUM : OUI NON OCYTOCIQUES POST-PARTUM: OUI NON

ANTIBIOTIQUES : OUI NON ANTICONVULSIVANTS : OUI NON ANTIHYPERTENSEURS : OUI NON

TRANSFUSION : OUI NON

SORTIE: DATE DE SORTIE : / /RETOUR A DOMICILE AVEC ACCORD MEDICAL SANS ACCORD MEDICAL TRANSFEREE versDECEDEE Cause du décès :**SUIVI** POURSUITE DU TRAITEMENT de JUSQU'AU inclus.SIGNATURE

**AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA REFERENCE DES URGENCES
OBSTETRIQUES REFEREES SUR LA MATERNITE LAGUNE DE COTONOU
PAR LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME DE REFERENCE**

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DONNEES

N°	LIBELLES	CODE						
	IDENTIFICATION							
Q1	Numéro de la fiche	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>						
Q2	Numéro du dossier	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>						
Q3	Nom _____	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q4	Prénoms _____	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q5	Age _____	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>						
	RENSEIGNEMENT GENERAUX							
Q6	Lieu de provenance : 1=Cotonou ; 2=Ailleurs- (préciser) ; 3=Non mentionné –	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q7	Catégorie professionnelle : 1 = salarié ; 2 = Commerçante – revendeuse 3 = Apprentie ; 4 = Ménagère ; 5 = Autres (préciser) _____ 6 = Non mentionné _____	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q8	Gestité	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>						
Q9	Parité	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>						
Q10	Nombre d 'enfants vivants	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>						
Q11	Nombre de morts – nés	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>						
Q12	Césarienne : 1=oui ; 2= non ;3=non précisée	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q13	Dystocie : 1=oui ; 2=non ;3=non précisée	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q14	Eclampsie : 1=oui ; 2=non ;3=non précisée	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q15	Avortement : 1=oui ; 2=non ;3=non précisé	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q16	Suivi de la grossesse : 1=oui ; 2=non ;3=non précisé	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
	INFORMATION SUR LA PREPARATION DE LA FEMME AVANT LA REFERENCE							
Q17	Type de formation : 1 = CSSP ; 2 = CCS ; 3=CSCU ; 4 = clinique ; 5 = cabinet médical ; 6 = autres (préciser) _____ ; 7 = non mentionné	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
Q18	Qualité de la formation : 1 = formation sanitaire privé ; 2 = formation sanitaire confessionnelle; 3 = formation sanitaire publique ; 4 = autres (préciser)_____	<table border="1" style="width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						

Q19	Référée par : 1 = Gynéco - obstétricien ; 2 = Sage-femme ; 3 = Médecin ; 4 = Infirmier ; 5 = Aide soignante ; 6 = Matrone ; 7 = Autres (préciser) _____ 8 = Non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q20	Date de la référence	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q21	Heure de la référence	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q22	Présence de la fiche de référence de la maternité : 1=oui ;2=non	<input type="checkbox"/>
Q23	Présence de la fiche de référence du centre ou d'un carnet de soin : 1=oui ;2=non	<input type="checkbox"/>
Q24	éléments d examen mentionnés: 1=oui ; 2= non	<input type="checkbox"/> → Q25
Q24-1	TA : 1= normale ;2=élevée ;3=abaissée ;4=non mentionnée	<input type="checkbox"/>
Q24-2	Température : 1=normale ;2=élevée ;3=abaissée ;4=non mentionnée	<input type="checkbox"/>
Q24-3	Pouls : 1=normal ;2=tachycardie ;3=bradycardie ;4=non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q24-4	Etat des muqueuses : 1=normal ;2=pâles ;3=non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q24-5	Hauteur utérine : 1=normal ;2=exès ;3=amoindrie ;4=non mentionnée	<input type="checkbox"/>
Q24-6	Bruits du cœur fœtal : 1=normal ;2=absent ;3=tachycardie ;4=bradycardie ; 5=non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q24-7	Toucher vaginal : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q25	Mention du diagnostic du centre qui a référé : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/> → Q27
Q26	Si oui type de diagnostic : 1=Hémorragie ; 2=Infection ; 3=Syndrome vasculo rénal ; 4=RPM ; 5=SFA ; 6=Autres (préciser) _____	<input type="checkbox"/>
Q27	Soins reçus avant l 'évacuation : 1=oui ; 2=non	<input type="checkbox"/> → Q28
Q27-1	Si oui type de soins : perfusion de syntocinon : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q27-2	Abord veineux avec macromolécules : 1=oui ;2=non	<input type="checkbox"/>
Q27-3	Gardenal injectable : 1=oui ;2=non	<input type="checkbox"/>
Q27-4	Diazépam injectable : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q27-5	Antibiotiques : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q27-6	Ergométrine : 1=oui ; 2= non	<input type="checkbox"/>
Q27-7	Antispasmodique : 1=oui ; 2= non ;	<input type="checkbox"/>
Q27-8	Péthidine : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q27-9	Acide acétyl salicylique : 1=oui ; 2= non	<input type="checkbox"/>
Q27-10	Quinine injectable : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>

Q27-11	Transfusion : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q27-12	Oxygénation : 1=oui ; 2= non ;	<input type="checkbox"/>
Q27-13	Autres (préciser) : 1=oui ; 2= non ; _____	<input type="checkbox"/>
Q28	Alerte de la maternité avant la référence 1=oui ;2=non	<input type="checkbox"/>
Q29	Moyen de transport utilisé :1=ambulance de la maternité lagune ;2=ambulance du centre qui a référé ;3=SAMU ;4=véhicule ;5=moto ;6=non mentionné ;7=autre(préciser)_____	<input type="checkbox"/>
<u>INFORMATION SUR LA RECEPTION DE LA FEMME PAR LA MATERNITE LAGUNE</u>		
Q30	Date de réception	<input type="text"/>
Q31	Heure de réception	<input type="text"/>
Q32	Délai d 'évacuation : 1 =< 1H ; 2= entre 1H-2H ; 3= >2H ;	<input type="checkbox"/>
Q33	Mention sur un dossier des éléments : 1=oui ; 2=non	<input type="checkbox"/> → Q34
Q33-1	Elément de l 'examen : TA : 1=normale ;2=élevée ;3=abaissée ; 4=non mentionnée	<input type="checkbox"/>
Q33-2	Température : 1=normale ;2=élevée ;3=abaissée ;4=non mentionnée	<input type="checkbox"/>
Q33-3	Pouls : 1=normal ;2=tachycardie ;3=bradycardie ;4=non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q33-4	Etat des muqueuses :1=normal ;2=pâles ;3=non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q33-5	Hauteur utérine : 1=normale ;2=exès ;3=amoindrie ;4=non mentionnée	<input type="checkbox"/>
Q33-6	Bruit du cœur fœtal : 1=normal ; 2=absent ;3=tachycardie ; 4=bradycardie ;5=non mentionné	<input type="checkbox"/>
Q33-7	Terme de la grossesse :1=oui ;2=non	<input type="checkbox"/>
Q33-8	Toucher vaginal : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q34	Diagnostic retenu en urgence : 1=hémorragie ; 2=infection ; 3=Syndrome vasculo rénal ;4=Travaild'accouchement ; 5=RPM ; 6=SFA ; 7=Autres (préciser)_____	<input type="checkbox"/>
Q35	Soins reçus mentionnés :1=oui ;2=non	<input type="checkbox"/> → Q36
Q35-1	Abord veineux avec macromolécules :1=Objet :oui ;2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q35-2	Si oui:perfusion de syntocinon : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q35-3	Diazépam IM : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q35-4	Antibiotiques : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q35-5	Ergométrine : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>

Q35-6	Antispasmodiques : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q35-7	Oxygénation : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q35-8	Transfusion : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q35-9	Autres (préciser) : 1=oui ; 2=non ; _____	<input type="checkbox"/>
Q36	Date des soins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q37	Heure des soins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q38	Délai des soins : 1=< 15mn ; 2= entre 15-30mn ; 3>30mn ;	<input type="checkbox"/>
Q39	Effectivité de la retro information : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/> → Q41
Q40	Délai d'envoi : 1=< une semaine ; 2=une-deux semaines ; 3=> deux semaines	<input type="checkbox"/>
DEVENIR DU CAS		
Q41	Issue de la grossesse : 1=accouchement naturel ; 2=accouchement dirigé ; 3=forceps ; 4=Césarienne ; 5=Autres (préciser) _____	<input type="checkbox"/>
Q42	Suites de couche : 1=simples ; 2=hémorragie de la délivrance ; 3=Autres complications (préciser) _____	<input type="checkbox"/>
Q43	Nouveau - né réanimé à la naissance : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q44	Décès périnatal : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>
Q45	Décès maternel : 1=oui ; 2=non ;	<input type="checkbox"/>

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
 <u>CHAPITRE 1 : GENERALITE</u>	
I. DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS	4
1.1. Référence et évacuation	4
1.1.1. Référence ou référence à froid	4
1.1.2. Evacuation ou référence en situation d'urgence	4
1.2. Délai de référence ou d'évacuation	4
1.3. Accessibilité	4
1.3.1 Accessibilité géographique	5
1.3.2. Accessibilité financière	5
1.3.3. Accessibilité culturelle	5
1.3.4. Accessibilité fonctionnelle	6
1.4. Système de référence	6
1.5. Qualité	6
1.6. Qualité de la référence	6
1.7. Notion d'ordinogramme	7
1.8. Urgences	8
 II. LES URGENCES OBSTETRIQUES	8
2.1. Les hémorragies	8
2.1.1 Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse	8

2.1.2. Les hémorragies du deuxième et du troisième trimestres	9
2.1.3. Les hémorragies des suites de couche	11
2.2. Les infections	11
2.2.1. Endométrite et/ou pelvipéritonite	11
2.2.2. La rétention infectée du post-abortum ou du post-partum	12
2.2.3. La rupture prématurée des membranes	12
2.2.4. Les infections urinaires	13
2.3. Les syndromes vasculo-rénaux	13
2.4. Les anomalies de l'accouchement	14
2.4.1. La procidence du cordon	14
2.4.2. La souffrance fœtale aiguë	14
2.5. Maladies intercurrentes et grossesse	15
2.5.1. L'anémie au cours de la gravido-puerpéralité	15
2.5.2. Le paludisme chez la femme enceinte	15
2.5.3. Drépanocytose et grossesse	15
2.6. Autres maladies de la grossesse	16
2.6.1. Les vomissements graves de la grossesse	16
2.6.2. La menace d'accouchement prématurée	16

CHAPITRE II : CADRE ET METHODE

I. CADRE	17
1.1. La République du Bénin	17
1.1.1. Données géographiques	17

1.1.2. Organisation administrative	18
1.1.3. Données démographiques et économiques	18
1.1.4. Situation sanitaire générale en République du Bénin	19
1.2. La ville de Cotonou	21
1.3. La maternité Lagune de Cotonou	21
1.3.1. Situation géographique	22
1.3.2. Histoire de la maternité Lagune de Cotonou	22
1.3.3. Description de la maternité Lagune de Cotonou	22
1.4. Le PARSUON	28
1.4.1 Objectifs	28
1.4.2. Activités	29
1.4.3. Résultats attendus	32
1.4.4. Ressources humaines	33
II. METHODE	34
2.1. Type d'étude	34
2.2. Population d'étude	34
2.3. Echantillonnage	34
2.3.1. Taille de l'échantillon	34
2.3.2. Méthode	35
2.4. Source des données	36
2.5. Outils de collecte des données	37
2.6. Collecte des données	39
2.7. Contraintes	40

2.8.	Limites de l'étude	41
2.9.	Analyse des données	42

CHAPITRE III : RESULTATS

1.	CARACTERISTIQUES DES FEMMES REFEREES	43
1.1	Age	43
1.2	Parité	43
1.3	Profession	44
1.4	Lieu de provenance	44
1.5	Antécédent de grossesse	45
1.6	Issue de la grossesse	46
1.7	La formation sanitaire	47
II.	PREPARATION DE LA REFERENCE	47
2.1	La qualité de la préparation	48
2.2	Qualité de la préparation et formations sanitaires	50
2.3	Qualité de la préparation et présence de la fiche de la maternité	50
2.4	Qualité de la préparation et pronostic vital du nouveau-né	51
2.5	Qualité de la préparation et pronostic vital maternel	52
III.	CONDITIONS DE TRANSPORT	53
3.1	Répartition des formations sanitaires suivant le moyen de transport utilisé par la référée.....	53

3.2	Répartition des formations selon l'alerte de la maternité	54
3.3	Répartition des formations sanitaires selon l'abord veineux	55
3.4.	Répartition des femmes référées selon le délai d'évacuation	56
IV.	RECEPTION DE LA FEMME	56
4.1	Qualité de la réception	57
4.2	Qualité de la réception et diagnostic de référence	58
4.3	Qualité de la réception et diagnostic retenu maternité	59
4.4	Qualité de la réception et pronostic vital maternel	60
4.5	Qualité de la réception et pronostic vital du nouveau-né	61
4.6	Qualité de la réception et moyen de transport	61
V.	DIAGNOSTIC DE REFERENCE ET DIAGNOSTIC RETENU A LA MATERNITE LAGUNE	62
VI.	UTILISATION DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE LAGUNE	43
6.1	Utilisation de la fiche de référence et type de formations sanitaires	64
6.2.	Utilisation de la fiche et qualité de la préparation	64
6.3.	Qualité de la réception et présence de la fiche de référence de la maternité	65
6.4.	Présence de la fiche de référence de la maternité et pronostic vital maternel	66
7.	RETRO INFORMATION	66
7.1.	Rétro information et type de formations sanitaires	67

7.2.	Rétro information et présence de la fiche de référence de la maternité Lagune	68
7.3.	Rétro information et qualité de la préparation de la référence	69
7.4.	Rétro information et pronostic vital du nouveau-né	69
7.5.	Rétro information et pronostic vital maternel	70
7.6.	Délai d'envoi de la rétro information	70
8.	PRONOSTIC VITAL MATERNEL	70
8.1.	Pronostic vital maternel et formations sanitaires	71
8.2.	Pronostic vital maternel et diagnostic retenu à la maternité Lagune	71
9.	QUALITE DE LA REFERENCE AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES QUI REFERENT	72
9.1.	Infrastructures au niveau des formations sanitaires.....	72
9.2.	Matériel de consultation et d'accouchement	73
9.3.	Ressources en médicaments	74
9.4.	Disponibilité en matériel de réanimation	75
9.5.	Eléments du système de référence	76
9.6.	Personnel	77

CHAPITRE IV : COMMENTAIRES ET REVUE DE LITTERATURE

1.	CARACTERISTIQUES DES FEMMES REFEREES POUR LES URGENCES OBSTETRIQUES	78
1.1.	Age	78
1.2.	Parité	78

1.3.	Profession	79
1.4.	Lieu de provenance	79
1.5.	Formations sanitaires de provenance	80
2.	CONDITIONS DE REFERENCE	80
2.1.	Qualité des éléments de la préparation	80
2.2.	Qualité de la préparation	81
2.3.	Qualité de la préparation et pronostic périnatal	82
2.4.	Qualité de la préparation et pronostic vital de la mère	82
2.5.	Qualité de l'acheminement	83
2.6.	Qualité de la réception	83
2.7.	Qualité de la réception et présence de la fiche de référence de la maternité Lagune	84
2.8.	Qualité de la réception et pronostic vital maternel	84
2.9.	Qualité de la réception et pronostic vital du nouveau-né	85
3.	TAUX D'UTILISATION DE LA FICHE DE REFERENCE DE LA MATERNITE LAGUNE	85
4.	IMPACT DE LA RETRO INFORMATION SUR LA REFERENCE	86
4.1.	Taux de rétro information	86
4.2.	Rétro information et type de formation	87
4.3.	Rétro information et présence de la fiche de référence de la maternité Lagune	87
4.4.	Analyse du délai d'envoi	88

5.	QUALITE DE LA REFERENCE AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES	88
5.1.	Disponibilité d'un ordinogramme pour les urgences obstétricales	89
5.2.	Alerte de la maternité Lagune	89
5.3.	La rétro information	89
5.4.	Disponibilité d'une fiche de référence	89
5.5.	Véhicule de référence	90
5.6.	Personnel	90
5.7.	Equipement	91
5.8.	Les journées de la maternité Lagune	91
6.	DIAGNOSTIC DE L'URGENCE AU CENTRE DE REFERENCE	92
7.	PRONOSTIC VITAL MATERNEL	92
	CONCLUSION	94
	SUGGESTIONS	96
	REVUE DE LITTÉRATURE	
	ANNEXES	

Serment

RESUME

Au terme de notre étude sur la mise en place d'un système de référence à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou dont l'évaluation a porté sur 222 dossiers courant la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2002, nous avons abouti aux résultats ci après :

- ☞ La préparation de la référence est bonne dans 67 cas sur 222 soit 30,18% mais elle reste défectueuse dans 35 cas sur les 222 soit 15,77% ;*
- ☞ La fiche de référence standardisée n'a été utilisée que dans 44,14% des cas ;*
- ☞ Lorsque la référence est réalisée à l'aide de la fiche de référence de l'HOMEL, elle est bonne dans 88,05%. Cette fiche standardisée a donc une incidence sur la préparation de la référence ;*
- ☞ La qualité de l'acheminement de la femme vers l'HOMEL, est globalement défectueuse. En effet, seulement 18,47% des femmes référées ont bénéficié d'un transfert médicalisé, 14,86% d'un abord veineux et l'HOMEL n'a été alerté que dans 1,80% des cas ;*
- ☞ La qualité de la réception est globalement bonne dans 221 cas sur les 222 soit un pourcentage de 99,55% ;*
- ☞ Les taux de décès maternels les plus élevés ont été relevés chez les femmes référées des formations sanitaires privées et plus spécifiquement des cabinets médicaux et des cliniques.*
- ☞ La préparation de la référence a une incidence sur le pronostic materno-fœtal ;
On a noté plus de décès maternels chez les femmes référées sans la fiche de référence de l'HOMEL : 7 cas sur 124 soit 5,65% mais elle ne semble pas avoir une incidence particulière sur la qualité de la réception ;*
- ☞ Quant à la rétro information, elle a été effective dans 74,32% des cas mais le délai d'envoi de cette rétro information est supérieur à 15 jours dans plus de la moitié des cas 26,59% des cas référés avec la fiche de l'HOMEL n'ont pas reçu la retro information ;*
- ☞ L'enquête au niveau des formations sanitaires montre un niveau d'équipement satisfaisant pour l'organisation de la référence mais un travail de sensibilisation reste à faire pour une utilisation correcte du potentiel dont elles disposent ;*
- ☞ Nous avons formulé des suggestions subséquentes par rapport à ces résultats.*