

LES REFERENCES OBSTETRIQUES EN SITUATION D'URGENCE ASPECTS PRONOSTIQUES

LOKOSSOU A*, ADISSO S*, KOMONGUI D.G**, AKPOVI J**, HOUNKPATIN B.I.B.*, FOURN L***, PERRIN R.-X.*

*Maternité Lagune de Cotonou ; ** Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO), *** Département de Santé Publique

RESUME

Les auteurs avaient analysé les facteurs pronostiques chez les femmes référées en urgence à la Maternité Lagune de Cotonou et évalué l'impact de l'appui au système de référence-contre référence. 222 patientes avaient été référées pendant la période d'étude ; elles étaient jeunes, d'une moyenne d'âge de 25 ans, nullipares et paucipares dans 57% des cas ; 115 provenaient des cabinets médicaux et cliniques privées, 107 des formations sanitaires publiques. La qualité de la préparation des malades avant le transfert était déterminante dans l'amélioration du pronostic. Dans notre étude, la rétro information avait amélioré la préparation adéquate à la référence.

Mots-Clés : Urgences Obstétricales-Préparation à la référence-Pronostic maternel-Bénin.

SUMMARY

The authors had analyzed the prognoses factors at the women referred in emergency in the Motherhood Lagoon of Cotonou and estimated the impact of the support to the frame of reference-against reference. 222 patients had been referred during the period of survey ; these were of an average age of 25 years, nulliparous and pauciparous (57%) ; 107 were arrived from public health centers and 115 from private. The quality of the preparation of the patients before the transfer was determining in the improvement of the prognosis. The old-fashioned information improved the adequate preparation to the reference in our survey.

Key-words : Obstetrical emergencies-Quality of references preparation-Maternal prognosis -Bénin.

INTRODUCTION

Le système de référence est l'ensemble des opérations à maîtriser et à organiser pour que le malade soit soigné au niveau où les soins sont plus efficaces ; l'idéal serait de consulter le centre le plus spécialisé. Mais le centre le moins spécialisé susceptible de prodiguer ces soins devrait être aussi consulté (7,8).

Le pronostic des morbidités maternelles graves dépend de plusieurs facteurs dont le plus déterminant est l'intervalle qui sépare la survenue de la complication et l'administration des soins : si une réponse prompte et adéquate est apportée l'issue est souvent favorable (14). Depuis 1988 une surmortalité variant entre 67 et 90, voire 95% des admissions est notée chez les patientes évacuées vers les maternités de référence en Afrique sub saharienne (1,3). Des initiatives ont vu le jour dans le souci de réduire cette surmortalité hospitalière ; à la maternité Lagune de Cotonou (MLC), un appui au système de référence et contre référence avait été mis en place en 2001.

Le but de notre étude était d'analyser l'impact de cet appui sur les transferts des patientes vers la Maternité Lagune de Cotonou.

Objectifs : Déterminer les facteurs de mauvais pronostic chez les référées et évaluer l'impact de l'appui au système de référence et contre référence sur l'amélioration du pronostic.

I- CADRE, PATIENTES ET METHODE

1-1 La maternité Lagune de Cotonou (MLC) est un centre de référence et espace CHU au niveau national de la pyramide sanitaire du Bénin. En 1998 une analyse situationnelle avait révélé une surmortalité chez les patientes qui y étaient transférées (Tableau I).

Un appui à la référence et contre référence avait été envisagé en 2001 et comportait un système d'alerte téléphonique permanente, une ambulance, l'augmentation de la capacité d'accueil du bloc technique, et le renforcement du personnel spécialisé (sages femmes et gynécologues obstétriciens) de garde. Il y avait en outre la mise à la disposition des maternités périphériques d'un modèle standardisé de fiche de référence et une rétro information régulière.

1-2 Type d'étude, échantillonnage . analyse des données

Il s'agissait d'une étude transversale réalisée du 01 au 31/03/2002 sur la base d'une enquête auprès de 22 maternités périphériques. L'échantillonnage était systématique et la taille de l'échantillon (n = 222) était déterminée par rapport au nombre de patientes évacuées au premier trimestre de 2002 (soit N = 463), le pas de sondage étant de $n/N = 1 / 2$ avec une erreur $\alpha = 0,05$.

Les outils de collecte des données étaient représentés par les fiches de référence et de rétro information, les dossiers d'observations médicales et/ou carnets de consultation prénatale (CPN). La définition des morbidités

maternelles graves que nous avons utilisée était celle élaborée par Alihonou et al. (1). La qualité de la préparation au transfert était jugée bonne lorsque 80 à 100% des critères retenus étaient remplis, moyenne entre 50 et 79% et mauvaise au-dessous de 50% ; il en était de même pour la qualité de l'accueil (Tabl. II). Les données avaient été analysées sur le logiciel ACCESS et le test du χ^2 de Pearson utilisé pour comparer les variables non paramétriques, en fonction de α et du degré de liberté (ddl).

Les biais introduits dans notre étude pouvaient être liés à la population d'étude qui était une population hospitalière ; par ailleurs il y avait une forte concentration des pathologies à la Maternité Lagune de Cotonou.

II- RESULTATS

Tableau I : Analyse de la situation à la Maternité Lagune de Cotonou en 1998

	Acc. n	Décès maternel	(Ratio 1/1000)
Admissions normales	3821	19	(5)
Evacuées	2351	48	(20)
Total	6172 (β)	67	(10,85)

Acc. = accouchement ; (β) dont 1128 césariennes.

19 cas de décès étaient notés parmi les femmes admises normalement ; par contre chez les femmes référées 48 étaient décédées ; cette situation tenait lieu d'une surmortalité.

Tableau II : Critères de jugement de la qualité de la préparation au transfert et / ou de l'accueil.

1. Existence d'un dossier / Carnet de CPN
2. Date du transfert / Accueil
3. Heure de transfert / réception
4. Pression artérielle
5. Pouls
6. Température
7. Etat des muqueuses
8. Hauteur utérine
9. Auscultation BDC fœtal
10. Terme de la grossesse
11. Données de l'examen pelvien
12. Diagnostic en urgence
13. Soins administrés
14. Heure d'administration des soins
15. Identité de l'agent ayant référé

CPN = consultation prénatale ; BDC= bruit du cœur

1- Fréquence des évacuations : Sur 584 admissions notées au cours de la période d'étude 222 patientes

étaient évacuées, soit 38% ; 138 patientes(62%) l'étaient pour une morbidité maternelle grave, soit 54 dystocies graves, 25 infections puerpérales sévères, 23 hémorragies graves, 36 éclampsies ; il y avait 38 et 39 gestantes admises respectivement pour une souffrance fœtale aiguë et une rupture prématurée des membranes et 7 pour diverses pathologies de la grossesse. 107 patientes étaient transférées des formations sanitaires publiques et 115 des cabinets et cliniques privés.

2- Caractéristiques de l'échantillon :

* 93 référées (42%) avaient un âge compris entre 20 à 24 ans.

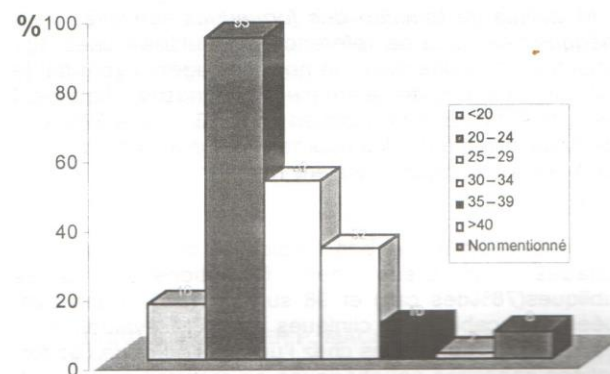


Figure 1 : Age des femmes référées

* 106 (48%) étaient commerçantes ou revendeuses.

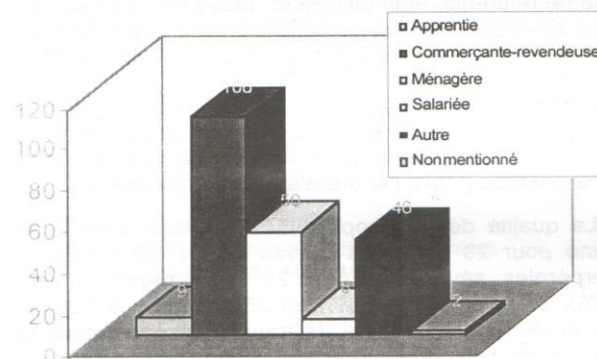
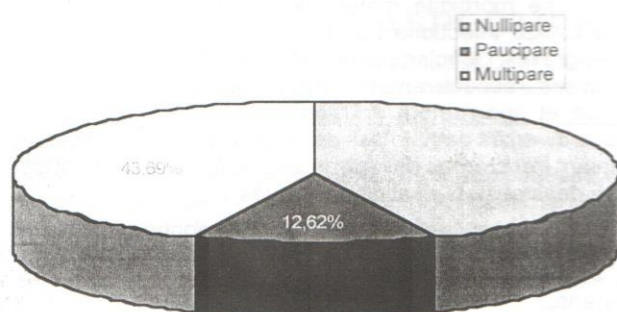


Figure 2 : Profession des référées

* Il y avait 194 nullipares et paucipares parmi les évacuées (paucipare = 1-3 accouchements).

Figure 3 : Parité des femmes référées



3- Modalités de transfert des formations sanitaires périphériques: la fiche de référence était utilisée chez 132 patientes (59% des cas) ; le nom de l'agent ayant fait le transfert, les date de référence et diagnostic y figuraient chez 161, 170 et 193 évacuées soit 73, 77 et 87% des cas respectivement) ; les examens général et obstétrical, heure et soins reçus y étaient mentionnés dans 1/3 des cas.

Le transport n'était pas médicalisé chez 83 sur 107 malades transférées des formations sanitaires publiques (78% des cas) et 98 sur 115 (85%) des évacuées des cabinets et cliniques privés. L'évaluation de ces variables qualitatives chez l'une ou l'autre de ces formations sanitaires périphériques ne montrait aucune différence statistique significative ($\chi^2 = 2,09, 0,92, 4,75, 0,0014$; ddl = 2 et 1 ; $\alpha = 0,20, 0,50, 0,10, 0,90$).

La qualité de la préparation à la référence était jugée bonne chez 59/67 évacuées (88% des cas) lorsque la fiche de référence était utilisée et moyenne chez 82/120 évacuées (68% des cas) au contraire avec une différence statistique significative ($\chi^2 = 90,1$; ddl = 2 ; $\alpha < 0,001$).

4- La qualité de l'accueil à la Maternité Lagune de Cotonou (MLC) satisfaisait à 12 critères de qualité dans 98 à 100% des cas sauf pour 3 : le terme de la grossesse, la prise du pouls, l'heure d'administration des soins.

La qualité de la réception des référées était jugée bonne pour 28 dystocies graves (52%), 20 infections puerpérales sévères (80%), 21 hémorragies graves (91%), 31 éclampsies (86%), et 35 souffrances fœtales aiguës (92%) que la fiche de transfert accompagnait la patiente ou non : différence statistique non significative ($\chi^2 = 0,593$; ddl = 1 ; $\alpha = 0,5$).

5- La rétro information avait été effective dans 79 cas sur 107 vers les formations sanitaires publiques (74%) et 86 cas sur 115 vers les formations sanitaires privées (75%) mais le délai d'envoi de l'information était supérieur à 15 jours dans 116 cas sur 222 (52%). La préparation à la référence était jugée bonne chez 54/67 référées (81% des cas) et moyenne chez 95/120 (76%) où l'information en retour était effective. La préparation au

transfert était jugée mauvaise dans 43,0% des cas où la rétro information était absente avec une différence statistique significative ($\chi^2 = 17,807$; ddl = 2, $\alpha = 0,001$).

6-Pronostic maternel

Tableau IV : Pronostic maternel

	n patientes	n décès maternel (%)
Qualité de préparation avant transfert		
Bonne	67	2 (2,98)
Moyenne	120	2 (1,66)
Mauvaise	35	3 (8,57)
Total	222	7 (3,15)

*Il y avait eu moins de décès maternel lorsque la préparation des patientes avant le transfert était jugée bonne ou moyenne.

Tableau V : Létalité des morbidités maternelles graves à la MLC

	n cas	n décès maternel (%)
Dystocies graves	54	0 (0)
Hémorragies	24	4 (16,67)
Infections puerpérales	25	0 (0)
éclampsies	36	3 (8,33)

*Les hémorragies obstétricales étaient au premier rang des décès maternels.

III- DISCUSSION

Les caractéristiques des évacuées en ce qui concernait l'âge et la parité (Fig. 1, 2, 3) étaient rapportées dans plusieurs travaux au Bénin et en Afrique sub saharienne (3,4). Dans notre étude les conditions de référence n'étaient pas les meilleures. En effet, la fiche de référence, document indispensable n'accompagnait pas 41% des femmes référées ; Bouyer (2) disait que ce document devait être absolument le fil conducteur ; en outre le transfert n'était pas souvent médicalisé. Plusieurs auteurs avaient relevé qu'à peine 10% des patientes bénéficiaient de l'ambulance du centre qui référait.

Cependant la préparation au transfert dans notre travail était jugée bonne et moyenne respectivement dans 88 et 76% des cas, ce qui représentait une nette amélioration par rapport aux données de 1997 et 1998 où la mauvaise préparation à la référence était de 73,6 et 94% respectivement. Cette évolution était le résultat de l'appui de la Maternité Lagune de Cotonou (MLC) au système de référence.

L'accueil à la Maternité Lagune de Cotonou était jugé bon sauf pour 3 critères de qualité. Or un bon examen clinique dans la structure d'accueil est d'une absolue nécessité afin de satisfaire à la qualité (5,6).

La qualité de la réception des référées à la MLC était jugée bonne pour trois morbidités maternelles graves : les hémorragies graves, éclampsies et les infections puerpérales sévères ; et moyenne pour les dystocies graves. Outre la qualité de l'accueil l'accent était mis sur l'allocation des ressources nécessaires à la fourniture des soins de qualité (2,6).

Le retour de l'information devait être permanent. La rétro information de 74% retrouvée dans notre étude était meilleure à celle notée en 1998 dans une maternité de référence départementale du Centre Bénin. La rétro information avait amélioré la qualité de la préparation avant le transfert avec une différence statistique significative dans notre étude. Le couple référence-contre référence est indissociable dans le succès du système de référence ; ainsi l'échec du système en Inde était dû au fait qu'aucune fiche de transfert n'était remise aux patients qui étaient adressés à l'hôpital, et qu'il était rare que l'hôpital informât lui-même le service de départ (5).

Le pronostic maternel était corrélé à la qualité de la préparation avant le transfert. Sur 17 décès maternels survenus pendant la période d'étude, 7 étaient relevés

chez les évacuées, soit 4,11% des décès ; 4 décès étaient notés chez 187 référées (2,14% des cas) lorsque la préparation au transfert était jugée bonne ou moyenne et 3 décès chez 35 (8,57% des cas) dont la préparation à la référence était jugée mauvaise. Mais la létalité due aux hémorragies graves et éclampsies était prépondérante (Tableau V).

Comme il a été souligné, l'issue défavorable des morbidités maternelles graves relève de facteurs complexes dont trois sont péjoratifs avec une différence statistique significative à savoir : le lieu de résidence hors de Cotonou, l'admission en fin de semaine et en dehors des heures ouvrables, celles accouchées par césarienne.

CONCLUSION

L'appui au système de référence et contre référence améliore certains facteurs de mauvais pronostic tels que la préparation des malades avant le transfert et l'accueil des référées à la Maternité Lagune de Cotonou. Il reste à optimiser l'accessibilité véritable aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence, le transfert médicalisé et la rétro information.

REFERENCES

- 1- 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), 165-170.
- 2- BOUYER J., BREART G., DE LACOUR M., et coll.
Réduire la mortalité dans les pays en développement par un programme d'action. C.I.E., édit, Paris, 1988, 3 - 7oct.
- 3- DIADHIOU F.
Expérience sénégalaise sur la mortalité maternelle : à propos de trois études à Dakar en 1986 et 1987. Communication au séminaire de C.I.E. sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement. C.I.E., édit., Paris, 1988, 3-7 oct.
- 4- DIADHIOU F.
Place de l'aspirine dans la promotion de la maternité sans risque. Méd. Digest, 1996, XXII, (4), 2-4.
- 5- HADDAD S., FOURNIER P., MACHOUF N., YATARA F.
What does quality means to lay people ? Community perceptions of primary health care services in Guinea. Soc. Sci. Méd. Vol.47, N°3 381 -394.
- 6-HADDAD S., ROBERGE D., PINEAULT R.
Comprendre la qualité. En reconnaître la complexité-Ruptures-Gris (Revue transdisciplinaire en santé) 1997, 4 (1), 59 - 78
- 7-MALINAS Y., BOURBONJ.L.
ABC des urgences obstétricales. Edit. Masson, Paris, 1990, 121 p.
- 8- PAPIERNICK E., CABROL D., PONS J.C.
Obstétrique, Paris, Médecine - Flammarion, 1995, 1584 p.
- 9-THADDEUS S., MAINE D.
Too far to walk : Maternal mortality in context. Soc. Sci. Méd. 38, 8, 1091-1110.