



## Analyse des déterminants du système de référence et contre référence obstétricale à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun)

Analysis of the determinants of the obstetric referral and counter-referral system at the Yaounde Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital (Cameroon)

Lele Bomgni S<sup>1,2,3,5,6</sup>, Bitong C.H<sup>7</sup>, Bani V.D<sup>2,3,5</sup>, Mezi Sategue W<sup>3,8</sup>, Tchoffo D<sup>1,2,4</sup>, Tachoua Nkamga A.M<sup>2</sup>, Kimessoukie E<sup>2,5</sup>, Mba M<sup>3</sup>, Nguapidjo G<sup>1</sup>, Nguéfack F<sup>3,8</sup>, Foumane P<sup>9</sup>, Ndibi Abanda J<sup>1,2</sup>, Nseme Etouckey É<sup>8</sup>

### Article original

<sup>1</sup>Centre de Recherche Pluridisciplinaire (CIREP) de l'Université de LISALA, Yaoundé-Cameroun ;  
<sup>3</sup>Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Yaoundé-Cameroun ;  
<sup>4</sup>Ecole d'Infirmiers Spécialisés, Opticiens-Réfractionnistes, de Yaoundé, Yaoundé – Cameroun ;  
<sup>5</sup>Ecole des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé-Cameroun ;  
<sup>6</sup>Faculté des Sciences de la Santé, Université Protestante d'Afrique Centrale ; Yaoundé-Cameroun ;  
<sup>7</sup>Ecole d'Infirmiers Diplômés d'Etat de Sa' a.– Cameroun ;  
<sup>8</sup>Université de Yaoundé I, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé – Cameroun.  
<sup>9</sup>Université d'Ebolowa, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Sangmelima – Cameroun.

**Auteur Correspondant** : Lele Bomgni Samuel, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Yaoundé-Cameroun, Email: [bomgni78@gmail.com](mailto:bomgni78@gmail.com)

**Mots-Clés**: Système de Référence ; Contre Référence ; Obstétrique

**Keywords**: Referral System; Counter-Referral; Obstetrics.

### RESUME

**Introduction** : La référence et contre référence obstétricale représente un enjeu majeur dans la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. L'objectif de ce travail est d'analyser les déterminants du système de référence et contre référence obstétricale à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

**Méthodologie** : Une étude transversale à visée descriptive et analytique a été menée auprès de 78 patientes référées pour des raisons obstétricales dans le service de maternité de l'HGOPY du 15 mai au 15 novembre 2023. Les données recueillies à partir d'un questionnaire ont été analysées à l'aide du logiciel Epi-Info 7.2.6.0.

**Résultats** : Au total, 169 admissions dont 78 patientes référées (46,2%) avec une moyenne d'âge de 27,5 ans et provenant des hôpitaux périphériques (97,4%) avec pour motifs principaux la dystocie mécanique (31,2%) et la menace d'accouchement prématuré (19,4%). Ces patientes ont bénéficié d'une césarienne d'urgence (39,7%). La prise en charge était réalisée dans les délais raisonnables à l'HGOPY. Aucun décès maternel et 19,2% des décès néonataux étaient enregistrés. Une seule fiche de contre référence (1,6%) a été signée. Le séjour était prolongé par défaut de moyens financiers (28,2%).

**Conclusion** : Le système de référence et contre référence obstétricale demeure un problème criard. Une meilleure qualité de la référence et la prise en charge appropriée pourraient améliorer le pronostic fœto-maternel.

### ABSTRACT

**Introduction**: Obstetrical referral and counter-referral represents a major challenge in reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality. The objective of this work is to analyze the determinants of the obstetrical referral and counter-referral system at the Yaoundé Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital (YGOPH).

**Methodology**: A cross-sectional study with descriptive and analytical aims was conducted among 78 patients referred for obstetric reasons to the maternity department of YGOPH from May 15 to November 15, 2023. The data was collected with the aid of a questionnaire and analyzed using Epi-Info 7.2.6.0 software.

**Results**: In total, we had 169 admissions, in which 78 were referred cases (46.2%) with an average age of 27.5 years and coming from peripheral hospitals (97.4%) with the main reasons being mechanical dystocia (31.2%) and the threat of premature delivery (19.4%). These patients underwent an emergency caesarean section (39.7%). The care was provided within a reasonable time frame at HGOPY. No maternal deaths and 19.2% of neonatal deaths were recorded. Only one counter-referral form (1.6%) was signed. The stay was extended due to lack of financial means (28.2%).

**Conclusion**: The obstetric referral and counter-referral system remains a serious problem. Better quality of referral and appropriate management could improve fetal-maternal prognosis.

## Introduction

Les complications liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches représentent un problème majeur de santé publique. En effet, on estime à environ 585 000 décès enregistrés annuellement [1]. En Afrique subsaharienne, une femme a un risque sur 16 de mourir d'une complication liée à la grossesse au cours de sa vie ; dans les pays industrialisés, ce risque est de 1 sur 2800. 70 à 90 % des décès maternels enregistrés dans les formations hospitalières proviennent des patientes référées des formations sanitaires périphériques [2].

Ainsi, pour inverser la courbe et la tendance des décès, il est capital de référer les femmes dans les délais vers les structures avec un plateau technique approprié du point de vue de certains praticiens [1]. Plusieurs stratégies efficaces de résolution de ces problèmes à savoir la promotion de la planification familiale, la promotion des consultations prénatales et la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ont été mises en place [3]. Le système de Référence demeure particulièrement important pour les soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. La mortalité et la morbidité foëto-maternelle sont fonctions de la qualité des soins donnés aux femmes dans les maternités, pendant les consultations prénatales, lors de l'accouchement, dans le post-abortum ou dans le post-partum [4].

Le système de référence est la procédure par laquelle on évacue un malade d'une formation sanitaire (FOSA) de niveau inférieur à une autre dotée de matériel et personnel plus qualifiés [5]. Ce système existe depuis toujours en santé publique mais éprouve tout de même quelques difficultés. En revanche, le système de contre référence est plus récent. Il s'agit de renvoyer le malade vers son traitant d'origine en vue d'assurer la continuité des soins. Ce second volet du système est problématique, il semble peu ancré dans la culture professionnelle des prestataires et presque insignifiant pour les malades. La décision de référer peut provenir du patient ou de sa famille, on parle d'autoréférence. Elle peut émaner du personnel de santé pour permettre une prise en charge plus adéquate.[6].

Le système de référence et contre référence joue ainsi un rôle essentiel pour la continuité et la qualité

des soins de santé. Il favorise une interaction fonctionnelle entre les structures de différents niveaux de la pyramide sanitaire.

L'objectif de ce travail est d'analyser les déterminants du système de référence et contre référence obstétricale à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

## Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale et analytique, réalisée à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé du 15 mai au 15 novembre 2023. Etaient incluses, les femmes enceintes référées d'une autre FOSA pour problème obstétrical et admises en urgence à la maternité de l'HGOPY. La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Cochran, ( $n = Z^2 \times p(1-p)/m^2$ ). La prévalence utilisée ici était de 37% [7]. La technique d'échantillonnage non probabiliste accidentelle a été appliquée.

Après l'obtention de la clairance éthique du Comité institutionnel d'éthique et de la recherche humaine de l'HGOPY, le recrutement a débuté. Le respect des principes fondamentaux éthiques était réalisé. Les enquêtées étaient libres de participer et de se retirer à tout moment de l'étude. La confidentialité et l'anonymat des réponses aux questions ont été garantis.

Les variables recueillies chez les enquêtées étaient: les données sociodémographiques, la structure de référence, le délai de référence, le motif d'admission, l'histoire de la grossesse actuelle, les données de l'examen clinique, le diagnostic, la conduite à tenir, le mode d'accouchement, la survenue ou non d'une hémorragie du post-partum /post-abortum. Chez le nouveau-né/foetus, nous avons recueilli la vitalité foëtale, le terme de naissance, le transfert ou non en néonatalogie. Comme supports des données, nous avons exploité les supports de référence (fiches et cahiers de référence), les dossiers des patientes et les registres de la salle d'accouchement.

La saisie des données s'est faite à l'aide du logiciel Word version 2016, l'analyse sur Épi-info 7.2.5. Les données ont été comparées sur la base de P value. La différence était statistiquement significative pour  $P < 0,05$ .

## Résultats

Du 15 mai au 15 novembre 2023, 985 admissions ont été effectuées dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'HGOPY, parmi lesquelles 394 patientes référées. Le taux de référence était de 40%. Soixante-dix-huit (78) patientes référées étaient incluses dans notre étude.

Les patientes référées provenaient essentiellement des FOSA du niveau périphérique de la pyramide sanitaire privées (97,4%). Elles étaient principalement des FOSA privées (71,8%)

Le motif de référence le plus récurrent était le travail dystocique (31,8 %). La référence par les FOSA était tardive. Ceci particulièrement pour les FOSA privées (71,7%). Le délai de référence était supérieur à 12h (n= 64, 68,8%).

Les patientes référées empruntaient des moyens non médicalisés. Il s'agissait des ambulances non médicalisées et des moyens de transport en commun. Les patientes retenues pour non-paiement des factures étaient principalement des ménagères (n=18/22, 82,6%). Le taux de décès néonataux était de 18,2%. Les décès néonataux survenaient chez des parturientes référées après un séjour > 12h dans la FOSA référente (66,7%).

**Tableau I : répartition des patientes référées selon la catégorie de la FOSA référente**

Catégorie FOSA Référente	Effectif	Fréquence (%)
Hôpital de district	13	16,7
CMA	0	0
CSI	7	9
Dispensaire privé	28	36
Clinique Médicale privée	28	36
Hôpital central	1	1,3
Hôpital régional	0	0
Hôpital général /CHU	1	1,3
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Tableau II : répartition des enquêtées en fonction des motifs de référence**

Motif de référence	Effectif	Fréquence (%)
Menaces d'avortement	2	2,6
Menaces d'accouchement prématuré	15	19,5
Travail prolongé /Dystocies	<b>24</b>	<b>31,2</b>
Hémorragie du post partum	5	6,3
Pré éclampsie/ Éclampsie	6	7,7
État fœtal non rassurant	8	10,4

Rupture prématurée des membranes	7	9
MFIU	3	3,9
Hématome rétro-placentaire	2	2,6
Saignement sur grossesse	1	1,3
Utérus cicatriciel	3	3,87
Présentation de siège	2	2,58
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Tableau III : répartition des enquêtées selon le moyen de locomotion emprunté en fonction du type de FOSA référente**

Type de FOSA référente	Moyen de locomotion		Total
	Ambulance non médicalisée	Transport en commun / voiture personnelle / Moto	
<b>FOSA Privées</b>	9 (15,69%) 72,73%	46 (84,31%) 70,49%	55 (100%) 70,83%
<b>FOSA Publiques</b>	4 (14,29%) 27,27%	19 (85,71%) 29,51%	23 (100%) 29,17%
<b>Total</b>	13 (15,28%) 100%	65 (84,72%) 100%	78 (100%) 100%
<b>Khi-carré 0,0000</b>	<b>P value 1,0000</b>		

**Tableau IV : répartition des enquêtées selon leur durée de séjour à la FOSA référente**

Type de FOSA référente	Temps mis dans la FOSA référente		Total
	Moins de 12h	De 12h à 24h	
<b>FOSA Privées</b>	11 (29,63%) 66,67%	44 (70,37%) 71,70%	55 (100%) 70,1%
<b>FOSA Publiques</b>	3 (34,78%) 33,33%	20 (65,22%) 28,30%	23 (100%) 29,9%
<b>Total</b>	14 (31,8%) 100%	64 (68,8%) 100%	78 (100%) 100%
<b>Khi-carré 0,0317</b>	<b>P value 0,8587</b>		

**Tableau V : répartition des enquêtées retenues pour non-paiement de la facture**

Profession de la patiente	Devenir de la référée à la sortie		Total
	Sortie avec RDV de suivi	Retenue pour non paiement de la facture	
<b>Ménagère</b>	23 (59,4%) 71,9%	18 (43,6%) 82,6%	41 (100%)

			70,5%
Petit métier :			13
commerce /	9 (69,2%)	4 (30,8%)	(100%)
coiffure /	28,1%	17,4%	29,2%
couture			
Total	32 (57,4%)	22 (42,6%)	54 (100%)
	100%	100%	100%
<b>P value :</b>	<b>0,006</b>		

**Tableau VI :** répartition des enquêtées par rapport à leur durée de séjour à la FOSA référente et la vitalité foetale après la prise en charge.

	Temps mis dans la FOSA référente		Total
	Moins de 12h	De 12h à 24h	
<b>Vitalité foetale</b>			
Mort-né/ Expulsion	5 (33,3%) 35,7%	<b>10 (66,7%)</b> <b>15,7%</b>	15 (100%) 19,2%
Nouveau-né vivant	9 (34,8%) 64,3%	54 (65,2%) 84,4%	63 (100%) 80,8%
Total	14 (18%) 100%	64 (82%) 100%	78 (100%) 100%
<b>Khi-carré</b> <b>0,0000</b>	<b>P value</b> <b>1,0000</b>		

## Discussion

Durant la période d'étude, le taux de référence était de 40%. Belinga *et al.*, rapportaient une fréquence similaire en 2015 (37,5%), dans la même formation sanitaire [7]. La quasi-totalité des patientes référées provenait des FOSA du niveau périphérique (97,4%), avec une prédominance des FOSA privées (71,8%). Ceci peut s'expliquer par la recrudescence des FOSA dans la ville de Yaoundé. Le district de santé de Djoungolo, compte à lui seul plus de deux cent FOSA privées [8]. Ces FOSA clandestines comptent généralement un personnel peu qualifié, particulièrement concernant les compétences en soins obstétricaux [9]. Une conséquence de cette situation peut être un engorgement des centres de référence [10]. Les motifs de référence étaient principalement la dystocie (31,8%), la menace d'accouchement prématuré (19,4%), l'état foetal non rassurant (10,4%), la rupture prématurée des membranes (9,1%) et l'éclampsie (7,8%). Ces résultats sont différents de ceux rapportés par Belinga *et al.* [7]. L'âge moyen des patientes référées était de 27,5 ans, avec des extrêmes allant de 15 ans et 40 ans. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Belinga *et al.* en 2015. Aucun

appel téléphonique n'avait été émis au niveau des FOSA référentes, pour prévenir la structure d'accueil. On note de ce fait une insuffisance de collaboration entre les FOSA. C'est une cause du 3<sup>ème</sup> retard concernant la mortalité maternelle. La communication et le transport sont les maillons essentiels du système de référence et contre référence [2]. La prématurité était associée aux références obstétricales. Les patientes référées dont l'âge gestationnel était à moins de 34 semaines étaient de 70%. Ce résultat était retrouvé dans d'autres séries [7]. La poche des eaux était rompue avant l'admission chez 84% des patientes référées. Ces résultats étaient similaires à ceux de Foumane *et al.* en 2012 [9]. Le mode d'accouchement était un accouchement par voie basse (41%) et une césarienne d'urgence (39,7%). La prise en charge des patientes référées était faite grâce à l'application du système de kit et les fiches d'urgence vitale instauré par les managers de cette structure sanitaire. La décision de référence par le personnel soignant était tardive (42%) et on a noté un séjour prolongé en maternité périphérique (12 heures – 24 heures) chez 82%, ce qui est de loin supérieur à la durée moyenne dans la référence qui est de 2 heures 30 minutes [11]. Le transport des patientes n'était pas médicalisé. Car 16,7% des patientes référées avaient eu recours à une ambulance non médicalisée, tandis-que 53,1% avaient eu recours au transport en commun. La grande majorité des FOSA du niveau périphérique ne disposent pas d'ambulances pour le transport des patientes à référer. Par ailleurs, seulement 23,1% des patientes référées étaient accompagnées par un personnel de santé. Ceci est la preuve d'une mauvaise application des principes du système de référence obstétricale. D'où la nécessité d'une collaboration et d'une formation continue du personnel du niveau périphérique pour assurer à l'avenir, une référence obstétricale de qualité. Toutes les patientes référées disposaient d'un document de référence. Il s'agissait d'un carnet de consultation (30%) et une fiche de référence (70%). Chaque malade doit être référé de la FOSA référente avec 'une fiche de référence/contre référence bien remplie. À l'HGOPY, la contre-référence n'est presque pas effective. Une seule fiche de contre référence soit 1,6% des patientes référées a été signée et retournée à la FOSA référente. Aucune recommandation n'était formulée en retour à l'endroit du personnel des FOSA référentes. Le bas niveau socioéconomique est un déterminant clé de la référence. Les patientes

référéés étaient essentiellement des ménagères. Le corollaire était un non-paiement des factures. Ceci constituait un gouffre financier pour l'HGOPY. Cette situation posait des soucis pour reconstituer et rendre disponible les kits de prise en charge des urgences vitales.

### Conclusion

Le système de référence et contre référence obstétricale ne respecte pas les normes de référence de la pyramide sanitaire. La décision de référence par le personnel de santé était tardive. Ceci était justifié par un défaut de connaissances ou la recherche du gain. Aucun décès maternel lié à un retard de prise en charge à l'HGOPY n'a été enregistré. Ceci était lié à l'utilisation des kits d'urgence et des fiches de prise en charge des urgences vitales. La mortalité néonatale était élevée. La contre-référence n'était pas pratiquée. Le système de référence et contre référence permet une réduction de la mortalité maternelle et infantile. Le respect des mécanismes de référence, la formation du personnel et la mise à disposition des ambulances sont des axes d'amélioration.

### Contribution des auteurs

**Conception et acquisition des données :** Lele Bomgni Samuel, Bitong Claire Hortense, Bani Vivian Dufe, **Analyse et interprétation des données :** Lele Bomgni Samuel, Bitong Claire Hortense, Bani Vivian Dufe, Mezi Sategue William, Nseme Etouckey Éric, **Rédaction de l'article :** Lele Bomgni Samuel, Bitong Claire Hortense, Bani Vivian Dufe, **Approbation finale du contenu à publier :** Lele Bomgni Samuel, Bitong Claire Hortense, Bani Vivian Dufe, Nseme Etouckey Éric, **Révision critique du contenu intellectuel :** Lele Bomgni Samuel, Kimessoukie Etienne, Nguefack Félicité, Foumane Pascal, Nseme Etouckey Éric, **Relecture du contenu :** Mezi Sategue William, Tchoffo Désiré, Tachoua Nkamga Armelle Monange, Mba Maurice, Nguépidjo Gilbert, Nguefack Félicité, Ndibi Abanda Jean, tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

**Conflits d'intérêt :** les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

### Références

1. OMS. Réduire la mortalité maternelle – Déclaration commune. OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Genève. OMS. 1999
2. Perrin R X, Komongui D G. Le système de référence et contre référence dans les maternités : SAMU obstétrical. Hôpital de la Mère et de l'Enfant. Bénin 2014.
3. Maine D, Akalin M Z, Ward V M, Kamara A. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. New York : Centre de santé des populations et de la famille, École de santé publique, Université Columbia. 1997.

4. Diadiou F. Expérience Sénégalaise sur la mortalité dans le pays en développement (A propos de 3 études menées en 1986-1987), In : Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement pour un programme d'action, INSERM-CIE, 1989,135-145.
5. Ilboudo Sidbéwendin D O. Comprendre le refus de la référence médicale en milieu rural au Burkina Faso : Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé Vol. 1, No. 2, Décembre 2018, pp. 37- 46. www.retssa-ci.com.
6. Vancutsem I. Référence et contre référence dans la région des savanes au Nord-Togo ; Septembre- décembre 2011 p4.
7. Belingu E, Foumane P, Dohbit Sama J, Meka E, Kesseng D, Mboudou E T. Pronostic des références obstétricales à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun). Pan African Medical Journal 28, 2017. p3
8. Atangana O. Yaoundé, 37 formations sanitaires privées jugées dangereuses fermées. Publié le 07 mars 2023
9. Foumane P, Mve Koh, Ze Minkande J, Njonfang N E, Dohbit Sama J, Mboudou E T. Facteurs de risque et pronostic des césariennes d'urgence à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun). Médecine et santé tropicales 2014 pp 89-93.
10. Lang T. La référence, MedicusMundi, Paris.1995.
11. Mbola Mbassi S, Mbu R, Bouvier-Colle MH. Delay in the management of obstetric complications: study in 7 maternity units