
La référence pendant la grossesse et l'accouchement : concepts et stratégies

Albrecht Jahn¹ & Vincent De Brouwere²

Résumé

Le système de référence est un composant essentiel des systèmes de santé de district. Il est particulièrement important pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement, pour donner accès aux soins obstétricaux d'urgence, et pour appuyer les soins prénatals et obstétricaux des établissements de première ligne. Cependant, les exemples de référence, tels qu'ils sont rapportés par les hôpitaux de référence des pays en développement, montrent que l'utilisation actuelle du système de référence pour les soins obstétricaux est inversement proportionnelle à l'évaluation professionnelle des besoins: Généralement, l'autoréférence représente plus de 50% des femmes à l'échelon de référence, la référence institutionnelle environ 30%, et la référence d'urgence moins de 5%. Les déterminants connus de l'utilisation du niveau de référence pour les soins obstétricaux sont : la distance, le coût, la qualité perçue des soins obstétricaux, l'attitude du personnel de santé et leur respect des besoins sociaux des femmes, l'étiologie perçue des complications, et les préférences socioculturelles. Les interventions destinées à améliorer l'accessibilité et l'utilisation du système de référence ciblent plusieurs éléments de la filière orientation-recours. La priorité doit d'abord être donnée à la qualité des soins obstétricaux au niveau de référence qui doit être contrôlée et améliorée. Ensuite, des solutions locales doivent être recherchées avec la participation de la communauté pour assurer le transport quand une évacuation est nécessaire. Enfin, le personnel de santé doit dialoguer avec la communauté afin d'améliorer la connaissance des complications et des signes de danger à l'échelon familial. L'objectif à long terme doit être l'établissement d'un système de référence opérationnel pour les références en urgence et les références électives, faisant partie à part entière du système de santé du district. Le système de référence ne devrait pas être limité aux complications liées à la grossesse. Cependant, les références obstétricales sont un bon point de départ pour son amélioration, et ce pour plusieurs raisons: parce que les urgences maternelles représentent une part considérable de l'ensemble des urgences, parce que la plupart des décès maternels peuvent être prévenus, et parce que c'est généralement un besoin ressenti dans la communauté.

¹ Gynécologue-Obstétricien, Department of Tropical Hygiene and Public Health, University of Heidelberg, Neuenheimer Feld 324, 69 120 Heidelberg, Germany. Email: Albrecht.jahn@urz-heidelberg.de (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

² Professeur au Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. Email: vdbrouw@itg.be

Introduction

La liaison entre les différents niveaux de soins a été un des éléments essentiels des soins de santé primaires (SSP) depuis le tout début. Le système de référence a été conçu pour servir de complément au principe des SSP, qui est de traiter les gens à un premier niveau de soins aussi près que possible de leur habitation, avec toute la compétence nécessaire (King 1966). Comme l'a souligné l'OMS (1994), cette fonction d'appui de la référence est de toute importance pour la grossesse et l'accouchement, puisqu'une série de complications potentiellement vitales pour la mère nécessitent une prise en charge et des compétences qui sont seulement disponibles aux plus hauts échelons de la pyramide sanitaire. Les niveaux de soins suivants ont été identifiés: (1) famille/communauté, (2) centre de santé et (3) hôpital de district (WHO 1996a).

Le premier niveau de référence est défini comme l'hôpital de district ou de sous-district, où la femme à haut risque est envoyée pour des soins prénatals ou pour des soins obstétricaux urgents, et où les services essentiels suivants devraient être disponibles: (1) chirurgie obstétricale, (2) anesthésie, (3) traitement médical, (4) transfusion sanguine, (5) procédures manuelles et surveillance du travail, (6) prise en charge des femmes à haut risque, (7) planification familiale et (8) soins spéciaux néonataux (WHO 1991). Selon les pays, on retrouve différents types d'établissements de première ligne (par exemple, dispensaires, postes sanitaires, unités sanitaires de base) ou des niveaux de soins intermédiaires; cependant, en pratique, ils fournissent généralement des soins obstétricaux de même niveau, et ne sont pas qualifiés pour prendre en charge de façon adéquate les complications obstétricales. C'est pourquoi, nous utiliserons dans la discussion le modèle à 3 niveaux comme décrit dans la figure 1, où la catégorie "centre de santé" comprend toutes les formations sanitaires de première ligne. L'article va commencer par une description des systèmes actuels de référence, puis présenter un modèle de la filière orientation-recours (expéditeur - transport - destinataire), et discuter des stratégies et des interventions possibles le long de cette filière. Cette présentation sera suivie par des remarques sur des questions conceptuelles. Enfin, une stratégie pour améliorer la référence en obstétrique sera proposée et mise dans le contexte des services de santé de district en général.

La référence et sa fonction dans les systèmes de santé de district

Le terme "référence" est utilisée de plusieurs façons : il peut être employé par exemple pour désigner l'avis d'un personnel de santé, donné à un patient, pour se faire soigner à un échelon supérieur, que ce conseil soit suivi ou pas. Ici, nous employons le mot référence pour désigner tout mouvement vers le haut dans la pyramide sanitaire d'individus en quête de soins (Figure 1). Il y a plusieurs façons de le faire, en considérant la voie, le moment ou l'urgence. Nous pouvons donc catégoriser les références pendant la grossesse et l'accouchement en (1) institutionnelles ou d'auto-référence, selon l'implication ou non des services de première ligne ; (2) en référence prénatale, pendant l'accouchement ou postnatale ; et (3) en référence élective ou d'urgence.

Les données suivantes concernant les références liées à la grossesse en Tanzanie donnent une vue d'ensemble des niveaux et des catégories de référence dans un district rural africain (Jahn *et al.* 1998). Sur base de l'analyse de 415 patientes hospitalisées en maternité, on a observé le système de référence suivant (valeurs en pourcentage de toutes les admissions en maternité; pourcentage des naissances attendues dans la zone de responsabilité entre parenthèses) :

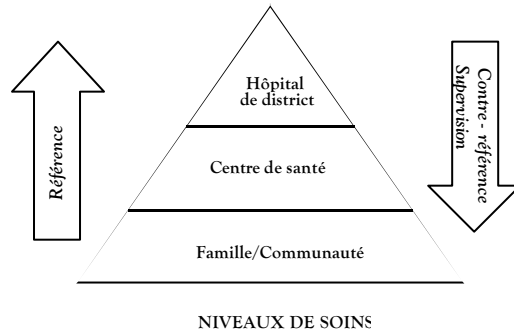
- Auto-références: 70% de toutes les admissions en maternité (15% de toutes les naissances attendues) versus références institutionnelles 30% (6%)
- Références pour accouchement: 84% (18%) versus références prénatales 16% (3%)
- Références électives (y compris références pour raisons générales de sécurité) 98,8% (20,8%) versus références d'urgence 1,2% (0,3%)

Ainsi, l'auto-référence pour accouchement - souvent sans raison médicale spécifique - est le mode le plus commun de référence, alors que la référence institutionnelle est moins fréquente, et la référence d'urgence est très rare.

Des observations semblables ont été rapportées dans un district rural au Népal (Jahn *et al.* 2000) et au Burkina Faso (Falkenhorst & Jahn 1997), avec des taux de référence d'urgence, basés sur la population, de respectivement 0,4% et 0,7%. Nkyekeyer (2000) rapporte d'un hôpital universitaire au Ghana 82% d'auto-références et 2% de références d'urgence parmi les accouchements hospitaliers. Une forte proportion d'auto-références (80%) a aussi été observée au Kenya (Nordberg *et al.* 1996). D'un point de vue professionnel, ce système de référence biaisé résulte d'une utilisation inappropriée des soins au niveau de référence par des patientes court-circuitant les services de

première ligne. Des barrières financières à l'auto-référence et des incitations à la référence institutionnelle ont été proposées (Paine & Siem Tjam 1998), mais sont problématiques comme nous le verrons plus tard.

Figure 1. La pyramide des soins de santé au niveau du district (d'après OMS 1994)



Comme la référence est un processus dynamique, nous allons analyser le système de référence actuel, et discuter les interventions potentielles tout au long du modèle de la filière orientation-recours présenté ici (Figure 2).

Alors que ce modèle identifie les séries d'acteurs et les relations entre eux, le débat actuel sur la référence se limite souvent à la question du manque de moyens de transport et de communications. Sans nier l'importance de cet aspect, nous voudrions souligner le rôle de tous les composants du système (Kowalewski *et al.* 2000). Malgré une relativement bonne accessibilité des installations obstétricales de référence, beaucoup de villes ont un taux de mortalité maternelle élevé, de 148 à St-Louis (Sénégal) jusqu'à 852 à Kaolack (Sénégal) comme montré dans le tableau 1.

Une étude d'un grand hôpital de référence à Karachi a trouvé que les 118 femmes amenées mortes à la maternité de l'hôpital résidaient toutes dans un rayon de 8 km. Les facteurs sociaux et culturels ont joué les rôles les plus significatifs (Jafarey & Korejo 1993). Une enquête récente sur les décès maternels en Afrique du Sud a rapporté un taux de 18% de morts évitables, dues à des problèmes de transport, et 57% à des problèmes internes aux services, relatifs à la gestion des urgences (National Committee on Confidential Enquiries into Maternal death 2000). Des résultats similaires ont été rapportés au Ghana (Walraven *et al.* 2000)

Figure 2. La filière orientation-recours

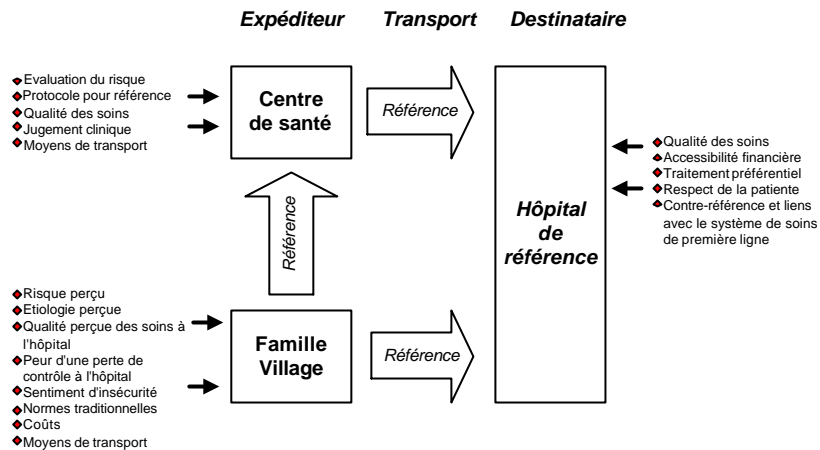


Tableau 1. Ratio de mortalité maternelle (i. c. 95%) dans 10 villes africaines

Ville (pays)	Ratio de mortalité maternelle	Source
Dar Es Salaam (Tanzanie)	572	Urassa <i>et al.</i> , 1995
Conakry (Guinée)	559	Touré <i>et al.</i> 1992
Brazzaville (Congo)	645	Le Coeur <i>et al.</i> 1998
Bamako (Mali)	327	Etard <i>et al.</i> 1996
Bamako (Mali)	275 (126-521)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Abidjan (Côte d'Ivoire)	428 (228-732)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Niamey (Niger)	371 (149-764)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Nouakchott (Mauritanie)	161 (52-376)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Ouagadougou (Burkina Faso)	318 (146-604)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
St Louis (Sénégal)	148 (31-433)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Kaolack (Sénégal)	852 (453-1,457)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998

Situation des références et interventions au niveau de la communauté

Les problèmes de l'accessibilité géographique et financière sont des raisons bien documentées de l'abstention ou du retard de la référence obstétricale (Thaddeus & Maine 1994, Bouillin *et al.* 1994, Sauerborn *et al.* 1989, Haddad & Fournier 1995). Cependant, dans la plupart des situations, ces barrières ne sont pas insurmontables. Ainsi, la décision finale, pour ou contre une référence, dépendra souvent du rapport entre l'effort et les ressources exigés pour le transport et le traitement subséquent, et le bénéfice

perçu du traitement à l'hôpital. Dans ce processus de prise de décision, la qualité perçue des soins, la sévérité perçue de l'affection, et les concepts étiologiques locaux jouent des rôles décisifs (Dar Iang 1999, Oosterbaan & Barreto da Costa 1995, The prevention of maternal mortality network 1992, Asawa-Omorodion 1997, Campbell & Sham 1995). Souvent les soins à l'hôpital sont évités: pour une grande part à cause des attitudes et du peu de compétences relationnelles du personnel de santé, et à un moindre degré, à cause de leur incompétence technique perçue par la population. Les femmes des régions rurales craignent en particulier la stigmatisation et la discrimination. Elles sont effrayées par l'environnement non familial, le manque de soutien social et émotionnel. Elles ont peur de perdre la dignité, la face, et le contrôle des décisions. De plus, il y a un fossé entre les concepts biomédicaux et les croyances traditionnelles sur la causalité des complications. Par exemple, le risque de voir se répéter des issues malheureuses, telles que la mort périnatale, est bien connu des communautés, mais est souvent attribué à des forces surnaturelles, et n'est donc pas considéré comme une raison d'aller se faire soigner dans les services de santé (Kowalewski *et al.* 2000). Ceci a de profondes implications sur les habitudes de référence, celle-ci étant plus probable si une affection est perçue comme ayant une cause biomédicale. La grossesse et la naissance sont noyées dans des normes et des traditions culturelles, concernant entre autres l'endroit de la naissance et les personnes qui doivent y assister, qui interfèrent donc avec la référence. Par exemple, dans plusieurs régions de la Tanzanie, les femmes doivent retourner dans la maison de leurs parents pour donner naissance à leurs enfants.

Des rapports d'interventions à l'échelon de la communauté mettent l'accent sur (1) les activités éducatives, destinées à améliorer la connaissance des signes de danger et à encourager l'utilisation des services d'obstétrique; (2) la réduction des barrières géographiques et financières, grâce à des modèles de crédits d'urgence et (3) l'amélioration des moyens de transport et de communication. Deux études du Sierra Leone (Kandech *et al.* 1997) et du Nigeria (Nwakoby *et al.* 1997) font rapport de la promotion de l'utilisation des soins obstétricaux par des personnes actives dans la communauté. Elles furent formées à dispenser une éducation sanitaire, à mobiliser la communauté, et à faciliter la référence dans les cas d'urgences obstétricales. Les deux études rapportent une augmentation des références d'urgence dans la phase initiale du projet, qui n'a pas pu être maintenue. Le nombre absolu des références facilitées par les actions au niveau de la communauté fut faible dans les deux projets (une référence par mois). À cause du manque de données sur les po-

pulations cibles et sur le nombre attendu d'accouchements dans les régions où se déroulait le projet, ces références ne peuvent pas être rapportées à une base de population. La promotion de la référence a aussi été une part de la formation des accoucheuses traditionnelles. Alisjahbana *et al.* (1995) a rapporté une légère augmentation dans les taux de référence (6% versus 13% de référence chez les femmes avec complications), les autres études n'ont pas pu mettre en évidence un réel impact (Eades *et al.* 1993, Jahn *et al.* 2001). Des expériences encourageantes sont rapportées par trois études sur des crédits de financement aux communautés au Nigeria (Essien *et al.* 1997, Chiwuzie *et al.* 1997, Olaniran *et al.* 1997). L'idée a été apparemment bien reçue par les communautés et leurs chefs traditionnels. Toutes les études se sont exclusivement consacrées aux urgences en obstétrique. Les conditions suivantes furent établies (Essien *et al.* 1997):

- Financement et gestion par la communauté
- Pas d'intérêt (dans d'autres projets, intérêt de 2%)
- Délai de remboursement de 6 mois, et durée de remboursement de 24 mois
- Exigence d'éligibilité: 12 mois de résidence minimum avant le prêt
- Exigence d'un garant, résident, ayant des revenus fixes
- Limitation des prêts aux femmes avec des complications obstétricales

Le taux d'approbation des prêts variait de 2 par mois dans une étude, à 30 par mois dans une autre. Il n'y a pas d'indications nettes que ces expériences aient eu comme résultat une augmentation de l'utilisation des services obstétricaux. Il est admis que le maintien des fonds à long terme va demander des efforts continus et un engagement avec les communautés.

Un des projets a lié avec succès un prêt de financement à une initiative pour impliquer des propriétaires de voitures locaux dans un système de transport en stand-by pour les références d'urgence (Olaniran *et al.* 1997). Globalement, les projets démontrent qu'il existe un grand potentiel d'amélioration du système de référence, par une mobilisation et une coordination des ressources localement disponibles. Des expériences préliminaires au Mali, où les prêts de financement des références sont gérés par les comités de santé locaux, vont dans la même direction. Après l'introduction d'un système d'appels radio et d'ambulances, le taux de référence d'urgence a augmenté de 1% à 3% des naissances attendues dans le district de Kolondieba (De Brouwere 1997) et le taux de césarienne a augmenté de 0,1% à 1% entre 1993 et 1995 dans le district de Koulikoro (Maïga *et al.* 1999).

Une autre approche a été choisie par le projet RESCUER en Uganda (Inter-agency group for safe motherhood 1997). Les interventions clés comprenant la modernisation des unités de santé en des centres de référence en obstétrique, la formation des accoucheuses traditionnelles, leur liaison aux centres de référence par radio et talkie-walkie, et la fourniture de moyens de transport motorisés. Depuis l'introduction de ce package, les références obstétricales ont été multipliées par trois. Cependant, il n'a pas été rapporté dans quelle mesure cette augmentation a été due à des urgences, ni quelle proportion de toutes les naissances attendues ont été référées (taux de référence basé sur la population).

Situation des références et des interventions au niveau des services de santé de première ligne

Souvent, les agents de santé de première ligne n'ont pas accès au téléphone ni aux moyens de transport, même dans les situations d'urgence (Jahn *et al.* 1998, Jahn *et al.* 2000). C'est donc à la famille de la mère d'arranger le transport. Les agents de santé vont les aider selon leurs capacités et leur initiative personnelle. Occasionnellement, les centres de santé ont leurs propres moyens de transport. En fait, beaucoup de pays (comme la Tanzanie) ont projeté d'équiper les centres de santé de véhicules, mais n'ont pu maintenir leur politique à cause des coûts élevés.

En dépit de la gravité des références en urgence, il faut garder à l'esprit que les références en urgence sont rares pour les services de santé de première ligne. S'adressant typiquement à des populations cibles de 5.000 à 10.000 personnes, ils rencontrent environ 2 à 10 urgences par an; en réalité, les chiffres sont même probablement encore plus bas, parce que certains cas vont court-circuiter les services de première ligne, et d'autres ne vont pas recourir du tout à des soins de santé modernes. Donc, la grande majorité des références seront des références électives, décidées sur la base de l'évaluation du risque prénatal.

Dans la plupart des pays, une application complète des protocoles nationaux de référence résulterait en la référence de 30% à plus de 50% de toutes les femmes enceintes au cours de leur grossesse ou pour l'accouchement (Kulmala *et al.* 2000, Jahn & Kowaleski 1998). Par exemple, la carte de consultation prénatale en Tanzanie stipule une référence pour 27 facteurs de risque. En réalité, 6% à 15% des femmes venant en consultation prénatale reçoivent un avis de référence. Cependant, l'observance pour cet avis de réfé-

rence est seulement de 25% (Jahn & Kowaleski 1998). Ceci est une observation générale: les observances rapportées de la référence varient de 12% au Rajasthan (Gupta & Gupta 2000) à 33% au Congo (Dujardin *et al.* 1995), 36% au Népal (Jahn *et al.* 2000) et 46% au Maroc (Belghiti *et al.* 1998). La référence basée sur le risque prénatal est sujette à controverse. Bien que considérée comme une stratégie appropriée dans les années quatre-vingt, elle a été abandonnée par l'Initiative pour la Maternité Sans Risque en 1997 (Inter-agency group for safe motherhood 1997), et l'attention a été déplacée sur les soins obstétricaux d'urgence. *"La raison en est que la plupart de ces complications ne peuvent pas être prédites ni prévenues, mais elles peuvent être traitées avec succès... L'accent est mis sur l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence pour les femmes qui développent de telles complications, plutôt que sur le contact avec toutes les femmes enceintes"* (Maine 1997). Les agents de santé de première ligne se trouvent donc pris entre deux messages contradictoires: d'une part, on leur demande de réaliser un dépistage prénatal, et de référer selon les protocoles nationaux, basés sur des catégories à risque exagérées; d'autre part, on leur dit, dans le nouveau slogan de la Maternité Sans Risque, que "chaque grossesse est exposée à des risques" et que l'évaluation prénatale des risques est inutile parce que les complications ne sont pas prédictibles.

Pour résumer les données disponibles, on peut conclure que le dépistage anténatal de routine, tel qu'il est réalisé dans beaucoup de pays, n'est pas très efficace parce que (1) les catégories à risque sont trop vastes et non spécifiques, (2) le dépistage est de mauvaise qualité, et les techniques utilisées sont inappropriées, (3) le taux d'observance des avis de référence est bas, et (4) il peut y avoir une approche ritualiste des soins de santé prénatals (Rooney 1992, Vanneste *et al.* 2000, Dujardin *et al.* 1995, Jahn *et al.* 1998, Jahn *et al.* 2000, Geefhuysen *et al.* 1998). Cependant, il existe des données indiquant que des interventions sélectionnées de dépistage et de référence peuvent être bénéfiques si elles sont correctement mises en pratique; par exemple la prise de la tension artérielle pour dépister l'hypertension ou la mesure de la hauteur du fond utérin pour identifier les grossesses multiples (Enkin *et al.* 1995, Villar & Bergsjø 1997, Villar *et al.* 1998, Vanneste *et al.* 2000, WHO 1996b).

En rapport avec la référence, la question cruciale est: qui devrait être référé? Faudrait-il se limiter aux femmes avec des complications obstétricales manifestes, ou restet-il une place pour la référence élective avant l'accouchement? Sur base des études mentionnées ci-dessus, on peut identifier

l'ensemble des indications maternelles et périnatales justifiant une référence élective : antécédent de césarienne, présentation du siège, présentation transversale, grossesse multiple, hypertension, et anémie sévère. En milieu rural, ces indications donneraient des taux de référence de l'ordre de 6% à 10%. Il faut aussi développer des protocoles de référence, localement adaptés et opérationnels, basés sur la situation épidémiologique spécifique, la capacité des services de santé et les préférences de la communauté. La pratique actuelle des avis de référence stéréotypés (et souvent rejetés) devrait être remplacée par une approche plus centrée sur la patiente, avec des conseils personnalisés, de façon à permettre aux mères et à leurs familles de prendre des décisions éclairées.

Nous n'avons pas connaissance d'interventions s'attaquant spécifiquement à ces deux questions: la rationalisation des catégories à risque et les protocoles de référence. Les interventions mettent plutôt l'accent sur une amélioration du transport et de la communication, par exemple en équipant les centres de santé de véhicules et de radios. Cependant, les expériences des projets de la Maternité Sans Risque en Tanzanie montrent qu'il est souvent difficile de maintenir ces véhicules en état de fonctionner, à cause du manque d'entretien et de carburant. Considérant que le manque de moyens de transport est un grave problème dans la plupart des endroits, il est aussi problématique de restreindre l'usage de ces véhicules aux seules activités de référence. Un autre projet, qui a distribué des bicyclettes avec remorques aux services de première ligne pour les références, a arrêté cette pratique après avoir réalisé que les remorques étaient utilisées à d'autres fins que les références.

Situation des références et des interventions au premier niveau de référence

Le schéma type de la référence parmi les utilisateurs des soins de santé obstétricaux hospitaliers - beaucoup d'autoréférences et peu de références d'urgence - a été souligné dans l'introduction.

Pour donner du sens à la référence et augmenter les chances de survie de la mère et de l'enfant, il faut que les hôpitaux de référence donnent des soins obstétricaux de bonne qualité. Ce n'est souvent pas le cas, et une proportion considérable de la mortalité maternelle et périnatale a été attribuée à des soins "sub-standard" au niveau de référence (Fawcus *et al.* 1996, Urassa *et al.* 1995, Jahn *et al.* 2000). Ainsi, la garantie de soins obstétricaux de qualité au

niveau de référence est une condition préalable du succès de la référence.

L'accessibilité et la perception de la qualité des soins ont été identifiées comme d'importants déterminants de l'utilisation des soins de santé obstétricaux hospitaliers. Une option pour améliorer l'accessibilité est d'augmenter le nombre des services obstétricaux, en fonction de la taille et de la distribution de la population. Les distances dans les grands districts ruraux sont souvent trop grandes pour être couvertes par un seul hôpital de district. Des structures existantes à des points stratégiques, telles que les centres de santé, peuvent être modernisées à peu de frais. Beaucoup de programmes pour une Maternité Sans Risque incluent cette intervention dans leurs programmes (Inter-agency group for safe motherhood 1997, Chiwuzie *et al.* 1997, Nwakoby *et al.* 1997). Une option supplémentaire est de relier les centres de santé et les hôpitaux par radio et d'envoyer l'ambulance de l'hôpital en cas d'urgence. Toutefois, cette mesure doit s'accompagner de mesures pour assurer une accessibilité financière. Au Burkina Faso, les coûts des transports obstétricaux d'urgence sont couverts par les services de santé, grâce à des bons de carburant.

Cependant, l'utilisation des services obstétricaux peut aussi être améliorée, avec moins d'investissement financier, par une série d'interventions les rendant plus respectueux de l'utilisatrice et plus ouverts aux besoins sociaux et médicaux des patientes potentielles (Sabitou *et al.* 1997). Ces interventions peuvent comprendre un traitement préférentiel des patientes référées, un service 24 heures sur 24, des attitudes culturellement appropriées, le respect de l'intimité, et l'acceptation du soutien d'une personne accompagnatrice (Kowalewski *et al.* 2000)

Comme mentionné plus haut, le coût est un facteur crucial dans la décision de référer. Il est très difficile de faire des affirmations générales sur le coût des références. Dans tous les cas, ils sont importants, pour les utilisateurs comme pour les prestataires. En Tanzanie, une moyenne de 2 US\$ était dépensée pour le transport, avec un maximum de 12 US\$, selon la distance et le moyen de transport (Kowalewski 1996). La location d'une voiture (quand c'est tout simplement possible) est extrêmement chère dans le contexte local. La situation au Népal est semblable, avec des coûts de transport moyens de 1,5 US\$, et un maximum de 11 US\$, pour un salaire de base de 1 US\$ / jour (Dar Iang 1999). En plus de ces coûts, s'ajoutent les coûts pour le traitement, les médicaments et la nourriture, qui s'élèvent en moyenne à 96 US\$ (maximum 230 US\$). En 1997 au Mali, le coût moyen d'un transport par ambulance contactée par radio était de 63 US\$ et le coût

additionnel de la césarienne 84 US\$ (De Brouwere 1997). Mais les coûts varient selon les districts, à Kolondieba par exemple, le coût total pour une référence d'urgence était de 100 US\$ incluant le transport par ambulance, le kit pour l'intervention et les soins post-opératoires. Les coûts étaient couverts par les fonds publiques (35%-58%), les associations communautaires gérant les centres de santé (21%-35%) et les patients eux-mêmes (21%-30%) (Maige *et al.* 1999). Sur base des expériences de l'Uganda, les coûts d'investissement des services de santé pour l'établissement et l'entretien d'un système de référence sont estimés à 22% de l'ensemble des coûts d'investissement, soit 100.000 US\$ par district et par année (Weissman *et al.* 1999).

Les questions cruciales

Vu la diversité des systèmes de santé, des conditions géographiques et des infrastructures, il est impossible de développer un modèle de système de référence, applicable en général. Nous pouvons cependant identifier les questions cruciales suivantes qui doivent être considérées en premier lieu, et qui nécessitent des décisions stratégiques :

Les interventions doivent-elles être consacrées exclusivement à la référence des urgences ?

L'importance de l'accès aux soins d'urgence en obstétrique est indiscutable (WHO 1996a). Toutefois, il existe aussi des données justifiant la référence élective pour des raisons maternelles et périnatales, comme ce fut souligné plus tôt (Villar & Bergsjö 1997). Ce point est aussi admis par l'Initiative pour une Maternité Sans Risque, qui estime qu'un minimum de 15% de toutes les femmes enceintes devraient accoucher dans des établissements obstétricaux du niveau de référence (Inter-agency for safe motherhood 1997). La plupart de celles-ci ne seront pas des urgences. De plus, la limite n'est pas nette entre la référence d'urgence et la référence élective, comme dans le cas d'une hémorragie modérée en antepartum. Il peut être raisonnable de commencer par se concentrer sur la référence d'urgence, mais il faut aussi améliorer et rationaliser la référence de toutes les affections en rapport avec la grossesse. Ceci pourrait être réalisé, par exemple, par des protocoles pour les références, opérationnels et adaptés localement, et des outils de support, comme des formulaires de référence et de contre-référence, des arrangements de transport, et des conduites à tenir spécifiques pour l'admission dans les centres de référence.

Les interventions devraient-elles se consacrer uniquement aux complications de la grossesse et de l'accouchement ?

Force est de constater qu'il existe un manque général de soins d'urgence, ce qui contribue considérablement à la forte mortalité adulte en Afrique (Nordberg 1984, Adult Morbidity Project (AMMP) 1997). Comme montré plus tôt, beaucoup de projets pour une Maternité Sans Risque limitent l'utilisation de leurs moyens de référence en urgence aux seules complications obstétricales, et excluent les autres urgences médicales ou chirurgicales. Aucune des études de cas citées plus tôt ne fait de commentaires sur les conflits provenant de cette règle, même s'il est très probable qu'ils se produisent. Du point de vue de la santé du district, une approche restrictive a plusieurs défauts: il y a des urgences maternelles qui sont souvent non reconnues comme telles. Par exemple, la grossesse extra-utérine a une prévalence estimée de 1/100 grossesses (Amoko & Buga 1995). Étant donné les problèmes de transport dans la plupart des communautés rurales africaines, il peut être simplement contraire à l'éthique de refuser une assistance pour une urgence vitale quelle qu'elle soit. L'entretien d'un système de soins d'urgence, (par exemple, ambulance, radio) nécessite une attention et des ressources constantes, même s'il est inemployé. La rareté des références dans la plupart des études (1-2 par mois) indique que les moyens pour les références d'urgence sont souvent sous-utilisés. Notre propre expérience de réunions sur la Maternité Sans Risque dans plusieurs villages de Tanzanie du Sud suggère que l'accès aux soins d'urgence est une priorité très importante au niveau de la communauté, mais qu'il comprend tous les types d'urgences.

Il y a aussi des projets qui se sont consacrés aux références d'urgence en général. Macintyre & Hotchkiss (1999) rapportent une expérience de 8 années d'un système d'assurance maladie, couvrant la référence en urgence. Les causes les plus fréquentes de référence étaient les traumatismes, les affections en rapport avec la grossesse, les complications de la malaria, et la diarrhée sévère. C'est pourquoi nous suggérons d'étendre les initiatives de la Maternité Sans Risque pour les références en urgence aux autres secteurs des soins d'urgence.

L'auto-référence et la prise de décision éclairée

La référence par le personnel de santé est souvent faite de manière plutôt directive, alors qu'il devrait y avoir une compréhension mutuelle entre le prestataire de soins et la patiente sur la nécessité de la référence et sur son but (Paine & Siem Tjam 1988). Le package Mère-Enfant (WHO 1996a) sug-

gère que les soins prénatals devraient être mis à profit pour aider les femmes et leurs familles à développer un plan d'accouchement approprié (y compris l'endroit de l'accouchement), basé sur l'histoire de la femme et son état de santé. L'Initiative pour la Maternité Sans Risque insiste sur le fait que les choix des femmes devraient être respectés et assurés (Inter-agency for safe motherhood 1997). Ceci ajoute une autre dimension à la discussion sur l'évaluation prénatale du risque et la référence, parce que cela sous-entend l'implication de la mère dans la définition du besoin de référence, et déplace l'intérêt du pouvoir prédictif des facteurs de risque au risque tel qu'il est perçu par la mère individuellement. Il y a un large fossé entre ces approches, comme le montrent les forts taux d'autoréférence et la faible observance des avis de référence donnés par les professionnels de santé. C'est ainsi qu'une mère, pour une première grossesse non compliquée, pourra préférer accoucher à l'hôpital pour des raisons de sécurité (et beaucoup le font), tandis qu'une autre, pour une dixième grossesse, pourra préférer accoucher à domicile, parce qu'elle sent qu'on prend mieux soin d'elle dans son environnement domestique. Prendre au sérieux la décision éclairée, cela sous-entendrait changer une application rigide des critères de référence pour des conseils individuels, basés sur une évaluation des besoins par les professionnels et sur les préférences des femmes.

Étapes dans l'amélioration du système de référence

La référence ne se justifie que si l'établissement de référence donne des soins d'un niveau de qualité raisonnable. C'est pourquoi, la première étape consistera à s'assurer de la qualité des soins obstétricaux au niveau de la référence, à les contrôler, et à les améliorer. L'étape suivante inclura une amélioration de la connaissance des signes de complications et de danger au niveau de la communauté, et une évaluation des ressources localement disponibles pour le transport et les communications d'urgence. Ceci comprend les voitures privées, les bus, les camions, et tous les moyens de communication potentiels (comme les radios des postes de police). Au cours d'un processus impliquant la communauté et les agents de santé locaux, on identifiera des options de référence faisables et durables, comme décrit plus tôt. Des exemples de la littérature (Essien *et al* 1997) y incluent des arrangements avec les propriétaires locaux de moyens de transport, la fourniture de moyens de transport et des systèmes de crédits d'urgence. Les politiques institutionnelles et les protocoles de référence doivent être ensuite revus et rationalisés. L'objectif à

long terme doit être l'établissement d'un système opérationnel d'orientation-recours des références d'urgence et électives, comme part du système de santé du district. Ceci ne doit pas être limité aux complications en rapport avec la grossesse.

La référence obstétricale est cependant un bon point de départ, parce que les urgences maternelles sont le plus souvent un besoin ressenti, parce qu'elles représentent une part considérable de l'ensemble des urgences, parce que la plupart des décès maternels peuvent être prévenus par une intervention précoce, et parce que les besoins obstétricaux non couverts peuvent être mieux quantifiés et suivis que d'autres affections urgentes vitales (De Brouwere *et al.* 1996)

Références

Adult Morbidity and Mortality Project (AMMP) (1997). Policy implications of adult morbidity and mortality - End of phase 1 report, Tanzania/Ministry of Health, Dar es Salaam.

Alisjahbana A, Williams C, Dharmayanti R *et al.* (1995). An integrated village maternity service to improve referral patterns in a rural area in West-Java. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 48 (suppl), S83-S94.

Amoko DHA & Buga GAB (1995). Clinical presentation of ectopic pregnancy in Transkei, South Africa. *East African Medical Journal* 72, 770-773.

Asowa-Omorodion FI (1997). Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, Edo State, Nigeria Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, Edo State, Nigeria. *International Journal for Quality in Health Care* 44(12), 1817-1824.

Belghiti A, De Brouwere V, Kegels G and Van Lerberghe W (1998). Monitoring unmet obstetric need at district level in Morocco. *Tropical Medicine and International Health* 3 (7), 584-591.

Bernard F, De Brouwere V, Laabid A, Dujardin B (1996). L'évaluation des filières dans les systèmes de santé: revue de la littérature. *Santé Publique* 7, 443-459.

Bouillin D, Fournier G, Gueye A, Diadhiou F & Cissé CT (1994). Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Senegal. *Cahiers Santé* 399-406.

Bouvier Colle M H, Prual A and de Bernis L (1998). *Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest*. Ministère des Affaires Etrangères - Coopération et Francophonie, Paris.

- Campbell M & Sham ZA (1995). Sudan: Situational analysis of maternal health in Bara district, North Kordofan. *World Health Statistic Quarterly* **48**, 60-65.
- Chiwuzie J, Okojie O, Okolocha C *et al.* (1997). Emergency loan funds to improve access to obstetric care in Ekpoma, Nigeria. The Benin PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59** (Suppl 2), S231-S236.
- Dar Iang M (1999). Assessment of antenatal and obstetric care services in a rural district of Nepal, Peter Lang, Bern.
- De Brouwere V, Laabid A & van Lerberghe W (1996). Estimation des besoins en interventions obstétricales au Maroc. Une approche fondée sur l'analyse spatiale des déficits. *Revue Epidemiologie et de Sante Publique* **44**, 111-124.
- De Brouwere V (1997). Appui à la mise en oeuvre et à l'évaluation du système de référence avec la périnatalité comme porte d'entrée dans le Cercle, UNICEF Mali.
- Dujardin B, Clarysse G, Criel B, De Brouwere V & Wangata N (1995). The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of the referral compliance. *Social Science and Medicine* **40**, 529-535.
- Eades CA, Brace C, Osei L and LaGuardia KD (1993). Traditional birth attendants and maternal mortality in Ghana. *Social Science and Medicine* **36** (11),1503-1507,
- Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M & Neilson JP (1995). A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth - 2nd edition, Oxford University Press, Oxford.
- Essien E, Ifenne D, Sabitu K *et al.* (1997). Community loan funds and transport services for obstetric emergencies in northern Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59** (Suppl 2), S237-S244.
- Etard J F, Balique H, Traore S and Kodio B (1996). Maternal mortality in Bamako, Mali. *Arch. Public Health* **53** (Suppl.1),48-48.
- Falkenhorst G & Jahn A (1997). Qualität der Schwangerenvorsorge in einem Gesundheitsdistrikt in Burkina Faso. Heidelberg, *Jahrestagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft*.
- Fawcus S, Mbizvo MT, Lindmark G & Nyström LA (1996). Community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe. *Studies in Family planning* **27**(6), 19-327.
- Geefhuysen CJ, Isa AR, Hashim M & Barnes A (1998). Malaysian antenatal risk coding and the outcome of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* **24**, 13-20.
- Gupta J & Gupta H (2000). Perceptions of and constraints upon pregnancy-related referrals in rural Rajasthan, India. *Health Serv.Manage.Res.* **13**, 6-15.

- Haddad S & Fournier P (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries: a longitudinal study in Zaire. *Social Science and Medicine* **40**, 743-753.
- Inter-agency group for safe motherhood (1997). The safe motherhood action agenda: Priorities for the next decade. 1-95. Colombo, Sri Lanka.
- Jafarey SN & Korejo R (1993). Mothers brought dead: An inquiry into causes of delay. *Social Science and Medicine* **36**, 371-372.
- Jahn A, Carvalho I & Kalinga MJ (2001). Evaluating Traditional Midwife Training Programs: Lessons learned from Tanzania. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **73** (3), 277-278.
- Jahn A, Dar Iang M, Shah U & Diesfeld HJ (2000). Maternity Care in rural Nepal: A health service analysis. *Tropical Medicine and International Health* **5**, 657-665.
- Jahn A & Kowalewski M (1998). The risk approach in antenatal care: Pitfalls of a global strategy The risk approach in antenatal care: Pitfalls of a global strategy. *Curare* SB15, 195-209.
- Jahn A, Kowalewski M & Kimatta SS (1998). Obstetric care in Southern Tanzania: Does it reach those in need? *Tropical Medicine and International Health* **3**, 926-932.
- Kandeh HB, Leigh B, Kanu MS *et al.* (1997). Community motivators promote use of emergency obstetric services in rural Sierra Leone. The Freetown/Makeni PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59** (Suppl 2), S209-18.
- King M (1966). *Medical Care in Developing Countries*, Oxford University Press, Oxford.
- Kowalewski M (1996). Antenatal referral practices and determinants of parturients compliance with referral advice. University of Heidelberg, Institute of Tropical Hygiene and Public Health. MSc Thesis.
- Kowalewski M, Jahn A & Kimatta SS (2000). Why do at-risk mothers fail to reach referral level care? Barriers beyond distance and cost. *African Journal of Reproductive Health* **4**, 100-109.
- Kowalewski M, Tautz S, Löhken S & Jahn A (1998). The community perspective of problems in pregnancy and child birth. *Curare* **15**, 181-193.
- Le Coeur S, Pictet G, M'Pelé P and Lallemand M (1998). Direct estimation of maternal mortality in Africa. *Lancet* **352**, 1525-1526.
- Macintyre K & Hotchkiss DR (1999). Referral revisited: community financing schemes and emergency transport in rural Africa *Soc Sci Med* **49**, 1473-1487.

- Maiga Z, Traoré Nafou F & El Abassi A (1999) La réforme du secteur santé au Mali (1989-1996). *Studies in Health Services Organisation & Policy* 12. ITGPress, Antwerpen.
- Maine D (1997). The strategic model for the PMM Network. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 59 (Suppl 2), 23-25.
- National Committee on Confidential Enquiries into Maternal death (2000). A review of maternal deaths in South Africa during 1998. National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths. *S.Afr.Med J.* 90, 367-373.
- Nordberg E, Holmberg S & Kiugu S (1996). Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa. *Tropical Medicine and International Health* 1(1), 107-111.
- Nordberg EM (1984). Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. *British Medical Journal* 289, 92-93.
- Nwakoby B, Akpala C, Nwagbo D *et al.* (1997). Community contact persons promote utilization of obstetric services, Anambra State, Nigeria. The Enugu PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 59 (Suppl 2), S219-24.
- Nkyekyer K (2000) Peripartum referrals to Korle Bu teaching hospital, Ghana-a descriptive study. *Tropical Medicine and International Health* 5, 811-817.
- Olaniran N, Offiong S, Ottong J, Asuquo E, & Duke F (1997). Mobilizing the community to utilize obstetric services, Cross River State, Nigeria. The Calabar PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 59 (Suppl 2), S181-9.
- Oosterbaan MM & Barreto da Costa MV (1995). Guinea-Bissau: What women know about risk- an anthropological study. *World Health Statistic Quarterly* 48, 39-48.
- Paine LHW & Siem Tjam F (1988). Information, financing and referral system: In Hospitals and the health care revolution First edn. eds. Paine LHW & Siem Tjam F, WHO, Geneva, pp.94-100.
- Rooney C (1992). Antenatal care and maternal health: How effective is it?, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, WHO, Geneva.
- Sabitou K, Alt-Mu'azu M, Musa AA *et al.* (1997). The effect of improving maternity services in a secondary facility, Zaria, Nigeria. The Zaria PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 59 (Suppl 2), S99-106.
- Sauerborn R, Nougbara A, Sorgho G, Tiebelesse L & Diesfeld HJ (1989). Assessment of MCH services in the district of Solenzo; Burkina Faso. II. Acceptability. *Journal of Tropical Pediatrics* 35, 10-13.

Thaddeus Sa & Maine D (1994). Too far to walk: Maternal Mortality in context. *Social Science and Medicine* 38, 1091-1110.

The prevention of maternal mortality network (1992). Barrier to treatment of obstetric emergencies in rural communities of West Africa. *Studies in Family Planning* 23, 279-291.

Toure B, Thonneau P, Cantrelle P *et al.* (1992). Level and causes of maternal mortality in Guinea (West Africa). *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 37, 89-95.

Urassa E, Lindmark G & Nystrom L (1995). Maternal mortality in Dar es Salaam, Tanzania: Socio-economics, obstetric history, and case accessibility of health care factors. *African Journal of Health science* 2, 242-249.

Vanneste AM, Ronsmans C, Chakraborty J & de Francisco A (2000). Prenatal screening in rural Bangladesh: from prediction to care. *Health Policy Plan.* 15, 1-10.

Villar J, Bakketeig LS, Donner A *et al.* (1998). The WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial: rationale and study design. *Paediatr Perinat. Epidemiol* 12, 27-58.

Villar J & Bergsjö P (1997). Scientific basis for the content of routine antenatal care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 76, 1-14.

Walraven G, Telfer M, Rowley J & Ronsmans C (2000) Maternal mortality in rural Gambia: levels, causes and contributing factors. *Bull. World Health Organ* 78, 603-613.

Weissman E, Sentumbwe-Mugisa O, Mbonye AK & Lissner C (1999). Costing Safe Motherhood in Uganda. *Reproductive Health Matters: Safe motherhood Initiatives: Critical Issues*, 85-92.

WHO (1991). Essential elements of obstetric care at first referral level, Macmillan Press Ltd., London, Basigstoke.

WHO (1996). Care in Normal Birth: a practical guide, Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, WHO, Geneva.

WHO (1994). Mother-Baby-Package: Implementing safe motherhood in countries, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, WHO, Geneva.