

## PROBLEMATIQUE DU SYSTEME DE REFERENCE-CONTRE-REFERENCE DES URGENCES OBSTETRIQUES ET L'IMPLICATION DES COMMUNAUTES DANS LE DISTRICT DE BAMAKO

*Problem of disposal referenece systems of obstericals emergencies and community's involvement in Bamako's district.*

Théra T, Traoré Y, Kouma A, Diallo B, Traoré ZO, Traoré M, Traoré AT, Doumbia S

### RESUME

**But :** Cette étude a pour but d'évaluer les difficultés du système de référence contre-référence dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako. **Patients et Méthodes:** C'est une étude transversale descriptive du 05 septembre au 05 novembre 2011 dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako. Ont été incluses les patientes référées ou évacuées pour des soins obstétricaux pendant la période d'étude. N'ont pas été incluses les patientes venant d'autres aires et structures de santé ou venues d'elles-mêmes. La saisie des données a été effectuée sur Excel 8.0 puis analysées sur les logiciels Epi info 3.5.3 et STATA. **Résultats :** Durant la période d'étude nous avons enregistré 1824 cas d'accouchements parmi lesquelles 180 répondaient aux critères d'inclusion. Au cours de notre étude 92,2% des références étaient adéquates ; 78,3 % étaient justifiées et 72,2 % étaient opportunes. Par ailleurs seul le centre de référence de la commune V avait payé sa quote-part pendant la période de l'étude. **Conclusion :** Notre étude a montré que l'insuffisance des moyens logistiques et la non implication des communautés handicapent le fonctionnement du système de référence dans la commune V du District de Bamako **Mots clés :** système de référence, soins obstétricaux d'urgence, implication des communautés

### SUMMARY

**Aims:** to estimate the difficulties of reference's system in the sanitary district of the municipality V. **Patients and Method:** It is about a descriptive transverse study from September 05 till November 05, 2011 in the sanitary district of the municipality V of Bamako. Were included in our study the patients referred or evacuated for obstetrical cares in the health center during the period of study. Were not included the patients referred or evacuated from the other sanitary districts and the patients referred or evacuated or come from themselves for no obstetrical reasons. Data was recorded on Excel 8.0 software and analyzed on software packages Epi info 3.5.3 and STATA. **Results:** During the period of study we recorded 1824 cases of deliveries among which 180 for inclusion criteria. During our study 92, 2 % of references were adequate; 78, 3 % were justified and 72, 2 % were convenient. Only the sanitary district of the Municipality V had paid regularly its quotation leaves at the time of the study. **Conclusion :** Our study showed that inadequate logistics and the involvement of communities hamper the functioning of the referral. **Keywords:** reference system, obstetrical emergency care, and implication of communities

### INTRODUCTION

Les complications obstétricales sont la principale cause de mortalité et de morbidité [1]. En Afrique sub-saharienne, une femme a un risque sur 16 de mourir d'une complication liée à la grossesse alors que dans les pays industrialisés, ce risque est de 1 sur 2800 [2]. Devant l'ampleur du problème, les autorités publiques de l'Afrique de l'ouest et du centre se sont réunies à Bamako en 2001 pour dégager des voies et moyens appelés « Initiative 2010 » afin de réduire la proportion de risques liés à la grossesse et à l'accouchement de 2/3 à ¼ avant 2010.

Au Mali, selon l'Enquête Démographique et de Santé 2013 (EDS V) le ratio de mortalité maternelle serait de 368 décès pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale était de 35 pour 1000 [3]. La fréquence des évacuations obstétricales au Mali est diversement appréciée: En 1992 11,5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako étaient des évacuées avec 7,5% de décès intra-hospitalière [4]. D'après Adamson Peter [5], il est clair que la seule manière de

réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale est d'identifier le plutôt possible les 15% des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps. Cette tendance est confirmée par Oyesolo [6], qui disait que l'organisation de la référence dans l'état de Kebbi au nord du Nigéria a contribué à faire chuter le taux de mortalité parmi les malades consultant pour complications obstétricales de 20 % à 10 % en 5 ans. Les interventions qui visent à améliorer le transport des femmes ayant une complication peuvent être divisées en deux catégories : celles destinées à améliorer le transport des femmes de leur communauté à un centre de santé et celles visant à améliorer le transport des femmes entre deux centres de santé de différents niveaux [7]. Le système de référence et contre référence est particulièrement important pour les soins pendant la grossesse, l'accouchement et le *post-partum*. Il facilite l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Une étude menée en Tanzanie sur les références liées à la grossesse par Jahn et al. en 1998 [8],

a montré que l'autoréférence représente 70% de toutes les admissions en maternité, les références pour accouchement 84% et les références d'urgences 1,2%.

Au Mali le système de référence et contre référence a été instauré en 1993 dans le cadre de la politique sectorielle de la santé. Ce système intègre deux niveaux de référence : du premier contact aux centres de santé de référence (CSréf) et aux hôpitaux. Nous avons voulu par cette étude, évaluer les difficultés d'ordre organisationnel et fonctionnel du système de référence et contre référence dans le district sanitaire de la Commune V ainsi que le niveau d'implication des communautés dans le financement et la gestion du système.

## METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transver-sale descriptive à visée évaluative qui s'est déroulée du 05 septembre au 05 novembre 2011 dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako. Le district sanitaire comprend quatorze aires de santé ayant chacune son association de santé communautaire (ASACO). Dix des quatorze aires de santé disposent d'un centre de santé communautaire (CSCOM) fonctionnel. Nous avons utilisé deux techniques : un choix raisonné pour les responsables des organes de gestion, les autorités locales et les responsables des structures de santé et un choix exhaustif pour les patientes reçues au CSréf pour urgence obstétricale pendant la période d'étude. Ont été incluses dans notre étude les patientes référées pour des soins obstétricaux au CSréf pendant la période d'étude. N'ont pas été incluses les patientes référées en provenance des structures privées ; d'autres districts sanitaires autre que le district sanitaire de la Commune V pour des raisons obstétricales et les patientes référées ou venues d'elles-mêmes pour des raisons non obstétricales. L'exploitation documentaire nous a permis de recueillir des informations sur l'organisation et le fonctionnement du système de référence et contre-référence. L'entretien individuel a été fait avec les patientes reçues pour urgence obstétricale pendant la période d'étude, les membres des organes de gestion des ASACO et les collectivités locales. Le questionnaire a été administré après avoir obtenu le consentement éclairé des cibles. Les patientes ont été recrutées au fur et à mesure de leur admission et les données ont été relevées sur un questionnaire d'enquête individuel. La référence était dite justifiée s'il n'y avait pas des moyens humains et matériels nécessaires pour satisfaire la prise en charge. Elle était dite adéquate si les patientes référées avaient reçu un traitement correct aux centres de santé communautaires (CSCOM) et que les supports de référence étaient correctement remplis. La

référence était dite opportune si elle était réalisée à temps. La saisie des données a été effectuée sur Excel 8.0 puis recodées, importées et analysées sur les logiciels Epi info3.5.3 et STATA.

## RESULTATS

Durant la période d'étude nous avons enregistré 1824 cas d'accouchements ; 244 références (13,38%) dont 180 répondant aux critères d'inclusion. Un seul CSCOM disposait d'une ambulance fonctionnelle pour les références durant la période d'étude dans le district sanitaire de la Commune V (CV). Le CSréf de la Commune V disposait de trois ambulances non médicalisées dont une fonctionnelle et deux véhicules de liaison dont un en bon état. Sept des dix CSCOM disposaient d'ordinogramme de prise en charge des urgences obstétricales dans les salles d'accouchement. La fiche de référence et contre référence était remplie par la structure qui référait. Le registre des patientes référées ou évacuées existait au niveau de tous les CSCOM et était rempli en même temps que la fiche de référence des patientes. Au cours de notre étude 50,60% des patientes étaient évacués par ambulance contre 48,90% par taxi. Les patientes étaient accompagnées par un agent de santé dans l'ambulance dans 15,40 % et 84,60% des patientes n'étaient pas accompagnées. 86,70% des patientes avaient un abord veineux au moment de la référence. Notre étude a montré que 92,2% des références étaient adéquates ; 78,30 % étaient justifiées et 72,20 % étaient opportunes (Tableau I). Seul le CSréf avait payé régulièrement sa cote part au moment de l'étude (Tableau II)

## DISCUSSION

L'évaluation que nous avons menée a porté seulement sur l'organisation et le fonctionnement du système de référence et contre - référence dans le district sanitaire de la commune V. L'enquête n'a pas pris en compte les femmes référées des structures privées ainsi que des CSCOM hors du district sanitaire de la C V. Par ailleurs, les élus communaux ont décliné l'offre de participer à notre enquête. Cependant l'enquête a montré que tous les CSCOM disposaient d'au moins un médecin, un usage-femme et une infirmière obstétricienne. Tous les CSCOM du district sanitaire de la commune V disposaient de matériel technique pour assurer le suivi des femmes enceintes, de l'accouchement et du post-partum. L'équipement des structures périphériques en matériel pour les soins obstétricaux d'urgence de base est indispensable pour la prise en charge correcte des urgences obstétricales et impacte positivement sur les conditions de transfert des femmes. Seul un CSCOM disposait d'une ambulance fonctionnelle pour les références

évacuations dans le district sanitaire pendant la période de l'étude ; soit 10%. Le CSréf commune V disposait de trois ambulances non médicalisées dont une en bon état et les deux autres étaient amorties ; deux véhicules de liaison dont un en bon état. Ce sont les ambulances du CSréf qui assuraient le transfert des urgences obstétricales des CSCOM qui ne disposaient pas d'ambulance. Par ailleurs, Il existait au niveau du CSréf un téléphone fixe pour recevoir et faire des appels hors de ladite structure. La communication et le transport sont les maillons principaux d'un système de référence évacuation. Nous avons enregistré 209 cas pour urgences obstétricales au CSréf commune V, dont 180 en provenance des CSCOM du district sanitaire de la commune V, Soit 86,1%. K DOLO [9] à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti a trouvé 49,59%, et THIERO M [4] a l'hôpital Gabriel Touré 11,50%. Ces études ont pris en compte toutes les admissions, tandis que dans notre étude nous nous sommes limités aux admissions pour urgences obstétricales en provenance des CSCOM du district sanitaire commune V. Les centres de santé communautaire Daoudabougou (ADASCO) de Torokorobougou et quartier mali (ASACOTOQUA) ont été les structures qui ont plus évacué pendant la période d'étude avec respectivement 16,7% et 13,9%. Ces taux s'expliquent par la zone d'implantation de ces CSCOM et surtout la densité de la population de ces quartiers. Dans l'étude de DIARRA S D [10] la majorité des patientes étaient issues du milieu rural soit 87,4% dont 66% et parcouraient une distance de plus 30 km. Contrairement à l'étude de Diarra SD, le nôtre a été menée en milieu urbain dans le District de Bamako. 50,6% des patientes référées ou évacuées au CSréf de la commune V ont utilisé l'ambulance. Par contre, près de la moitié (48,9%) des patientes ont été référées ou évacuées par taxi. Ces conditions de transfert prouvent que les Références se font dans des mauvaises conditions. Ceci s'explique par le fait que 90% des CSCOM du district sanitaire de la Commune V ne disposaient pas d'ambulances pour les références évacuations. Ils utilisent l'ambulance du CSréf, qui n'est pas uniquement destinée aux urgences obstétricales. Au cours de notre travail 84,6% des patientes reçues n'étaient pas accompagnées dans l'ambulance par un personnel de santé. Seulement 15,4% des références évacuations avaient été accompagnées par un agent sanitaire. Cela est dû à une mauvaise application des principes du système de la référence évacuation, d'où la nécessité d'une collaboration et d'une formation continue du personnel pour assurer une référence de qualité. Nous avons

constaté au cours de notre étude que sur 180 femmes évacuées sur 166 patientes n'avaient pas bénéficié d'une référence adéquate, soit 92,2% ; 142 avaient fait l'objet d'une Référence justifiée, soit 78,3% et 52 patientes n'avaient pas bénéficié d'une référence opportune, soit 27,8%. Cela est dû à une insuffisance de personnels qualifiés et des moyens logistiques pour assurer les évacuations. Ceci est confirmé par les études de Diarra M. [11] au Point-G et Altanata S [12] commune qui ont rapporté que des références et évacuations étaient faites par les médecins dans respectivement 41,20% et 48,8% des cas.

Dans notre étude seul le CSréf avait payé régulièrement sa cote part au moment de l'étude. Le non paiement des quotes-parts par la mairie et certaines ASACO est un obstacle pour le bon fonctionnement du système de référence contre - référence. Ceci pourrait expliquer le fait que les élus communaux aient décliné l'offre de participer à notre étude. Cela est retrouvé dans l'étude de SALIHOU A à Niafunké [13] qui a rapporté que cinq ASACO soit 25% d'entre elles n'avaient fait aucune contribution à la caisse de solidarité depuis son ouverture en 2006.

## CONCLUSION

Notre étude montre que le système de référence contre-référence au CSréf de la CV du district de Bamako a des insuffisances notamment dans les conditions de transfert des patientes. Par ailleurs la non implication des communautés constitue un handicap majeur dans le bon fonctionnement du système contre-référence.

## REFERENCES

1. **De Bernis, L.** La mortalité maternelle dans les pays en développement: quelles stratégies adopter? *Med Trop*; 2003. 63 (4-5) ; 391-9
2. **World Health Organization.** Geneva. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO. 2004a
3. - **EDS V Mali.** Enquête Démographique et de Santé. Mali 2013
4. **Thiérom.** Evaluation sanitaire d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré. *th med bamako*. 1995 ; 17
5. **1-OMS.** Réduire la mortalité maternelle Déclaration commune OMS/ FNUAP/ UNICEF/ Banque mondiale. Genève. OMS. 1999
6. **OYESOLO R, SHELU D, IKEH A T, MARU I, MAINE D.** Improving emergency obstetric care at a state referral hospital, Kebbi State. *JR of gynecol&obstet* 1997; 59: S 75 - S 81
7. **Doumbia S.** les évacuations sanitaires obstétricales. pronostic maternel et périnatal au centre de Santé de Référence de la Commune V. *th med, Bamako* 2010 ; 22
8. **Jahn A, Kowalewski M, Kimata SS.** Obstetric care in Southern Tanzania: Does it reach those

in need? .1998. Trop Med International Health 5, 926-932

9. **Dolo K.** Evaluation du système de référence/évacuation gynéco-obstétricale à l'hôpital Somine Dolo de Mopti. Etude Longitudinale, descriptive et prospective. These Med, Bamako ; 2008 : 118p, n°238.
10. **Diarra SD.** Evaluation du système de référence évacuation à la maternité du centre de santé de référence de San : à propos de 380. Thèse med Bamako.2011
11. **Diarra M.** Evacuations obstétricales au service de Gynécologie Obstétrique du Point-G. These Med, Bamako; 2008 : 108p, n°131
12. **Altanata S. Alamine** Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako de novembre 2003 à octobre 2004 à propos de 371 cas. Thèse Med, Bamako ; 2005 : 65p, 168.
13. **Salihou A** Evaluation du système de référence évacuation des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Niafunké. Thèse Med, Bamako; 2009 : 70p, n°468

**Tableau II :** Répartition des patientes selon le caractère de la référence

*Distribution of patients according to the manner of reference*

| Caractères                   | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Références adéquates</b>  |           |             |
| oui                          | 14        | 7,8         |
| non                          | 166       | 92,2        |
| <b>Références opportunes</b> |           |             |
| oui                          | 130       | 72,2        |
| non                          | 50        | 27,8        |
| <b>Références Justifiées</b> |           |             |
| oui                          | 141       | 78,3        |
| non                          | 39        | 21,7        |

**Tableau III :** Situation de paiement de la quote-part par acteurs/structure du système de référence  
*Payment situation quotepart by authors of reference's system*

| STRUCTURE    | ANNEE 2009     |              | 2010           |              | 2011           |              |
|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
|              | Effectif       | %            | Effectif       | %            | Effectif       | %            |
| ASACODA      | 21175          | 0,6          | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          |
| ADASCO       | 38750          | 1,2          | 0              | 0,0          | 65550          | 2,0          |
| ASCODA       | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          |
| ASACOSAB I   | 0              | 0,0          | 46750          | 1,4          | 0              | 0,0          |
| ASACOSAB II  | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          |
| ASACOSAB III | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          |
| ASACOKAL     | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          |
| ASACOGA      | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          |
| ASACOTOQUA   | 14220          | 0,4          | 4740           | 0,1          | 0              | 0,0          |
| ASACOMBADJI  | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          | 30000          | 0,9          |
| CS Réf       | 3294000        | 97,8         | 3294000        | 98,5         | 3294000        | 97,1         |
| MAIRIE       | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          | 0              | 0,0          |
| <b>TOTAL</b> | <b>3368145</b> | <b>100,0</b> | <b>3345490</b> | <b>100,0</b> | <b>3389550</b> | <b>100,0</b> |