

EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE - EVACUATION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE BLA.

Evaluation of patient transfer system in the health district of Bla.

Traoré Alassane¹, Traoré Soumana Oumar², Coulibaly Mamadou Bakary¹, Sima Mamadou³, Kanté Ibrahim³, Kané Famakan⁴, Mariko Seydou¹, Diarra Siaka¹, Coulibaly Arouna⁴, Mounkoro Nani⁵, Traoré Youssouf⁵.

1. Service gynécologie Hôpital du Mali ; 2. Service de gynécologie-obstétrique Centre de Santé de référence Commune V (CSREF C V) ; 3. Service de gynécologie-obstétrique Centre Hospitalier Universitaire du Point G (CHU Point G) ; 4. Centre de Santé de Référence de Bla (CSREF Bla) ; 5. Service de gynécologie-obstétrique Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré (CHU-Gabriel Touré)

Auteur principal : Alassane Traoré Gynécologue-Obstétricien, Maître-Assistant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB). Tel (00223) 76191312 Mail : alassane200@yahoo.fr

RESUME

L'accès rapide de la population aux soins de santé de base et complet détermine le pronostic de la maladie et diminue la mortalité et la morbidité. **Méthodologie :** nous avons mené une étude prospective sur 12 mois au Centre de Santé de Référence de Bla. Ont été incluses toutes les patientes évacuées pour complications obstétricales. Les femmes admises en urgence par autoréférence n'ont pas été incluses. Les données ont été analysées à partir du logiciel Epi Info version : 3.5.4, la saisie des textes à partir du logiciel version Word 2013. **Résultats :** Nous avons enregistré 430 évacuations soit 42,36% des admissions à la maternité de Bla. Les patientes étaient jeunes moins de 20 ans 17,9% (n=77), des nullipares 22.1% (n=95). Elles n'avaient pas réalisé de consultation prénatale dans 30,7% des cas (n=132). Les matrones ont évacué dans 50,2% de cas (n=216). Le diagnostic de transféré était l'hémorragie dans 14,2% de cas. La principale intervention pratiquée était la césarienne (92,3% des cas). Le délai d'évacuation était supérieur à une heure dans 95,1% (n=21). Les acteurs pour le financement de la caisse étaient le conseil de cercle, les mairies et les Associations de Santé Communautaires (ASACO). Le taux de mobilisation des ASACO a été de 82%, celui des mairies de 17%. Le conseil de cercle n'a pas payé sa quote-part. **Conclusion :** Une meilleure implication financière des collectivités dans la gestion du système de référence évacuation dans le district sanitaire de Bla est une nécessité. **Mots clés :** Evaluation système de référence, complications obstétricales, district sanitaire de Bla.

SUMMARY

The rapid access of the population to basic and comprehensive health care determines the prognosis of the disease and decreases mortality and morbidity. **Methodology:** we carried out a prospective study over 12 months at the Bla Reference Health Center. All patients evacuated for obstetric complications were included. Women admitted on an emergency basis by self-referral were not included. The data was analyzed from the software Epi Info version: 3.5.4, the text entry from the software version Word 2013. **Results:** We recorded 430 evacuations or 42.36% of admissions to the maternity hospital in Bla. The patients were young under 20 years 17.9% (n = 77), nulliparous 22.1% (n = 95). They had not performed an antenatal consultation in 30.7% of cases (n = 132). Matrons evacuated in 50.2% of cases (n = 216). The transfer diagnosis was hemorrhage in 14.2% of cases. The main intervention performed was cesarean section (92.3% of cases). The evacuation time was greater than one hour in 95.1% (n = 21). The actors for the financing of the fund were the district council, the town halls and the Community Health Associations (ASACO). The mobilization rate of ASACOs was 82%, that of town halls 17%. The circle council did not pay its quota. **Conclusion:** A better financial involvement of the communities in the management of the evacuation reference system in the health district of Bla is a necessity. **Keywords:** Referral system evaluation, obstetric complications, Bla health district.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle et néonatale constitue une véritable tragédie en Afrique. Le taux de mortalité est environ 100 fois plus élevé dans les pays en développement que dans les régions industrialisées. Les complications obstétricales sont la principale cause de mortalité et de morbidité [1].

Au Mali malgré les progrès enregistrés entre les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS

IV et V où le taux de mortalité maternelle est passé de 364 à 282 pour 100 000 naissances vivantes [2,3], ce taux reste anormalement élevé. D'après Adamson Peter [4] pour réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale, il faut identifier le plus tôt possible les grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps. Paxton [5] en 2005 montre qu'un meilleur accès aux soins obstétricaux et néonataux complets (SONUC) est associé à des

taux de mortalité maternelle moins élevés mais que la qualité des soins qu'on y dispense est tout aussi importante.

Ainsi le Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) en 1990 [6]. Elle préconise une décentralisation du système de santé avec participation effective des communautés dans la gestion et le financement. L'application de cette politique sectorielle a abouti à la mise en place des centres de santé communautaires (CSCOM) encadrés par des centres de santé de référence (CSREF). Les CSCOM n'offrent que les soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) et doivent évacuer toutes les patientes qui doivent bénéficier des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC) vers des centres de santé de niveau supérieur, capables de faire la chirurgie et la transfusion sanguine. Ainsi le système de référence et contre référence a été instauré au Mali en 1993 pour améliorer les besoins obstétricaux non satisfaits. Ce système de référence vise à améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence, mais aussi faciliter l'accès rapide des femmes à ces soins. Il est articulé autour de trois composantes principales: un système de financement (la caisse de solidarité); un système d'alerte et d'évacuation sanitaire; la mise à jour des soins obstétricaux d'urgence dans les CSCOM et les CSRef.

Le district sanitaire de Bla a organisé son système de référence/évacuation pour la prise en charge des urgences obstétricales en 1996. Cette étude a été initiée pour évaluer les contraintes au niveau du système et des services de santé.

METHODOLOGIE

Nous avons mené une étude transversale sur une période de 12 mois. L'étude a été réalisée au centre de santé de référence de Bla qui est la structure qui reçoit toutes les patientes évacuées des CSCOM de l'aire de santé du District de Bla. L'étude s'est déroulée en trois phases. La première était consacrée à la revue documentaire qui nous a permis d'analyser le processus d'organisation de la référence évacuation, de consulter les rapports financiers et la liste de paiement des quotes-parts des acteurs de la référence-évacuation 2018. La deuxième phase a concerné les interviews des patientes, des acteurs de gestion des organes. La troisième phase était l'étude des cas évacués permettant une analyse des aspects cliniques. Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes évacuées d'un CSCOM de l'aire de santé de Bla et admises au CSREF de Bla pour complications obstétricales. Les femmes admises en urgence par autoréférence n'ont pas été incluses. Les données ont été analysées à partir du logiciel Epi Info version : 3.5.4, la saisie des textes à partir du logiciel version word

2013. L'anonymat a été respecté durant tout le déroulement de l'étude.

RESULTATS

Les organes de gestion de la référence - évacuation sont le comité de gestion de la caisse qui a tenu ses 12 réunions statutaires dans l'année et le conseil de gestion qui a tenu 1 réunion statutaire sur 2 (50%). Le montant de la cotisation par acteur était de 238790FCFA en 2018. Le taux de mobilisation des ASACO (tableau I) était de 82% avec cinq ASACO sur 30 qui n'ont pas fait de mobilisation financière, celui des mairies était de 17%, le conseil de cercle n'a pas payé sa quote-part (0%)(tableau II). Le transport des patientes a été complètement assuré grâce au financement de la caisse de solidarité dans 420/430 cas (97,7%) mais 10 familles ont participé au paiement du transport de leur patiente (2,3%). Le nombre de patientes évacuées était de 430 soit 42,36% des admissions. Les femmes de moins de 19 ans étaient de 77/430 (17,9%), les nullipares 95/430 (22,1%), les multipares 177 (41,1%). Aucune consultation prénatale n'avait été réalisée par 132 patientes (30,7%) et 414 (96,3%) n'avaient pas fait de groupage rhésus. La décision de l'évacuation était prise par les matrones dans 50,2% des cas. Le diagnostic de transfert était l'hémorragie dans 14,2% et n'était pas précisé chez 138 patientes (32,1%). Toutes les patientes ont été évacuées par ambulance (100%), l'accompagnant était une sage-femme ou une infirmière obstétricienne respectivement dans 53,9% et 46,1% des cas. Il avait une concordance entre le diagnostic d'évacuation et celui retenu au centre de référence dans 102/430 cas (23,7%). La prise en charge des patientes a été médico-obstétricale dans 60,9% et chirurgicale dans 39,1%. La principale intervention chirurgicale était la césarienne 155/430 (92,3%) et l'indication la plus retrouvée était l'hématome retro placentaire 28/168 (16,6%). Le délai d'évacuation était supérieur à 1 heure dans 409 cas (95,1%), le délai moyen d'évacuation a été de 2h12mm avec des extrêmes de 1heure à 6 heures. Pour l'intervention chirurgicale le délai moyen a été de 20mm avec des extrêmes de 10 à 40mm. Le délai a été inférieur à 30 minutes dans 110 /168 cas (65,5%). Les complications ont été enregistrées chez 45/430 patientes (10,5%), l'anémie a représenté 39/45 cas (86,7%), l'endométrite 4/45 soit 6,7%. Le pronostic a été bon dans 407/430 cas (94,6%), mauvais avec 3 décès maternels 0,7% et 48/453 mort-nés (10,6%).

DISCUSSION

La référence évacuation est un pilier essentiel dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale. Son financement doit être assuré pour permettre une prise en charge rapide de tous les cas. Le financement est la fonction d'un système de santé concerné par la

mobilisation, l'accumulation et l'affectation de fonds pour parer aux besoins de santé individuel et collectif dans le système de santé [7]. Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuel efficace [7]. Dans l'organisation du système de référence-évacuation du District sanitaire de Bla, les trois entités en charge du financement étaient les ASACO (les CSCOM situés dans le District de Bla), les mairies et le conseil de cercle réunis sous le vocable de collectivité. Le paiement des ASACO était satisfaisant, seules 5 ASACO sur 30 n'étaient pas à jour du paiement de leur quote-part. En général les ASACO qui bénéficient directement de la référence évacuation mettent tout en œuvre pour payer leur cotisation. La participation financière des communautés dans le système de santé à travers une caisse de solidarité est à encourager, elle permet d'améliorer la fréquentation des centres mais aussi motivent les familles à demander de meilleures conditions de prise en charge. La cotisation des collectivités (mairies et conseil de cercle) a été très faible 17% du montant, cette faible cotisation des élus suscite des inquiétudes et met en danger la pérennité du système. La santé est considérée comme une composante essentielle du développement économique du pays. L'État et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille [7]. Les élus du peuple doivent donner l'exemple, être un modèle, un garant, organisés en collectivité ils représentent l'institution de régulation des situations conflictuelles dans la société en particulier pour la santé de la population. Un engagement ferme des élus de Bla à accompagner le processus, à assurer le paiement de leur quote-part est un impératif pour que le système de référence évacuation à Bla soit viable.

Sur 1015 accouchements enregistrés à la maternité du CSREF de Bla, 430 patientes ont été évacuées soit une fréquence de 42,36%. L'impact des évacuations obstétricales sur le système de santé est énorme, le stress engendré par la gravité et l'urgence des complications obstétricales entraînent un épuisement physique et moral du personnel de santé, reléguant au second plan les autres activités de formation et de recherche. Le taux d'occupation des lits est augmenté, les complications dans la prise en charge des patientes sont plus fréquentes chez les malades évacuées par rapport au reste de la population. Les hospitalisations de longue durée ont un cout financier pour les familles. Notre taux d'évacuation 42,36% était supérieur à ceux de Théra [8] au Mali et de Diallo [9] en

Guinée qui avaient trouvé respectivement 13,38% et 19,1%. Notre étude a été réalisée en milieu rural contrairement à celles de Théra et Diallo. Au regard de grande distance à parcourir en milieu rural, les évacuations sanitaires sont souvent décidées sans de réelles motivations scientifiques. En plus les CCOM ne disposent pas d'ambulance, qui doit quitter le CSREF pour aller chercher les malades dans les CSCOM. Le délai d'évacuation peut être raccourci si les CSCOM disposait de leur propre ambulance. L'urgence dans la prise en charge des évacuées avec des délais de prise en charge courts reste le fondement d'un bon système de santé. Dans notre étude le délai était supérieur à 1 heure dans 95,1%. Le diagnostic de transfert oriente les interventions nécessaires et raccourcit le délai de prise en charge, dans 32,1% des cas le diagnostic de transfert n'était pas précisé et dans 50,2% des cas la décision de transfert était prise par un personnel non qualifié (les matrones). L'amélioration de la santé maternelle et néonatale impose une qualification avec des compétences avérées de tous les acteurs impliqués dans le système en premier lieu les agents de santé. Le diagnostic de travail d'accouchement normal a été retenu chez 13,5% des évacuées. Ces évacuations pouvaient être évitées si elles avaient été prises en charge par un personnel qualifié au niveau des CSCOM. Dans l'étude de Théra 27,8% des patientes n'avaient pas bénéficié d'une référence opportune. Toutes nos patientes ont été évacuées par ambulance, Thiam [10] au Sénégal a trouvé 69% et Théra 50,60% de patientes évacuées par ambulance. La fonctionnalité et la disponibilité des ambulances sont un véritable défi pour la gestion du système de santé. La disponibilité d'ambulance au niveau des CSCOM est un pari pour les gestionnaires des structures de santé. Ceci permettra de réduire les délais d'évacuation de manière significative, d'éviter les décisions hâtives d'évacuations sanitaires. Les consultations prénatales permettent de dépister des pathologies graves chez la femme enceinte, de faire le bilan prénatal, elles n'avaient pas été faites chez 30,7% de nos patientes qui étaient des jeunes avec un âge inférieur à 19 ans dans 17,9 % et nullipares dans 22,1% des cas. Cette association jeune âge, nulliparité représente un facteur aggravant du pronostic maternel et fœtal des patientes évacuées. Dans l'étude de Thiam 22% des évacuées étaient des adolescentes et 35,2% des nullipares.

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée chez les patientes évacuées, l'indication la plus retrouvée était l'hématome retro placentaire, Thiam [10] avait trouvé 33,2% de Césarienne dont 45% des indications étaient l'hémorragie. Les saignements pendant la grossesse, le travail ou dans le post-partum

sont de fréquents motifs d'évacuation et leur prise en charge est très complexe. Le plus souvent devant une hémorragie, la transfusion sanguine est nécessaire, hors les structures de santé ne disposent pas en quantité suffisante de produits sanguins rendant inefficaces les interventions médicales et augmentant la mortalité et la morbidité maternelle et fœtale. Les cas de complications enregistrés étaient de 10,5%, l'anémie était la complication la plus rencontrée avec 86,7% elle est très souvent consécutive aux hémorragies du troisième trimestre de la grossesse ou du post partum. L'endométrite était la seconde complication avec 6,7%, d'où la nécessité d'améliorer la prévention des infections en améliorant la propriété dans nos gestes à travers le lavage des mains, la propriété des surfaces d'accouchements, l'utilisation de matériels stériles pendant l'accouchement.

Nous avons enregistré 3 cas de décès maternel(0,7%) et 48 mort-nés (10,6%), en absence d'audit le caractère évitable des décès ne peut être établi. Notre taux de mortalité maternelle est inférieur à ceux de Thiam [10] Kadima Mutombo [11] Ouattara [12] Sepou [13] et Diallo [9] qui ont trouvé respectivement 2%, 2,63%, 3,9%, 6,9% et 7,1%. Ceci s'explique par le fait que notre étude a été réalisée dans une structure de 2^{ème} référence, devant des complications très graves les malades étaient évacuées dans une structure de 3^{ème} référence. Le taux d'évacuation des patientes avec une pathologie grave du CSREF de Bla vers l'hôpital de Ségou a été de 4,7%.

CONCLUSION

Au Mali, le défi que pose l'amélioration de l'accès aux services de santé est immense. La contribution de tous les acteurs est nécessaire pour construire un système de santé approprié et durable. Le système de référence évacuation de Bla souffre du non financement de ses activités par les collectivités et du manque de personnels qualifiés.

Déclaration de liens d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

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. **EDS IV** - Mali Enquête Démographique et de Santé. Mali ; 2006.
3. **EDS V** - Mali. Enquête Démographique et de Santé. Mali; 2013
4. OMS. Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale. Geneve. OMS. 1999
5. **A. Paxton, D. Maine, L. Freedman, D. Fry, S. Lobis.** The evidence for emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 52005) 88, 181- 193
6. **Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées.** Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population, 1990

7. **USAID,** Ministère de la santé et de la prévention, Septembre 2020
8. **Théra T, Traoré Y, Kouma A, Diallo B, Traoré ZO, Traoré M, Traoré AT, Doumbia S** Problématique du système de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako ; *Mali médical* 2015 tome xxx n°3
9. **A. Diallo, IK. BAH, AA. Touré, MA. Sow, I. Sylla, I Conté, G. Loua, T. Sy** Evaluation du système de référence et de contre référence obstétricale à la maternité d'Ignace Deen en Guinée JaccrAfrica 2019, vol 3, num 4
10. **O. Thiam, M. L. Cissé, M. M'baye, M. M. Nia Niang, M. Gueye, A.A. Diouf, S. Dièye, J.C. Moreau** la problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : exemple du centre hospitalier de ndioum revue. *comes sante* vol.1. n° 2 décembre 2013
11. **Kadima Mutombo C, Mumba Mukandila A, Biayi Mikenji J.** Profil et pronostic des urgences obstétricales en salle de travail de la maternité Bonzola à Mbuji mayi. *Mali Med.* 2015;30:65-73.
12. **Ouattara A, Ouédraogo CM, Ouédraogo A, Lankoandé J.** Références et évacuations obstétricales dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence: aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques sur une période de trente-six mois au CHU Yalgado de Ouagadougou. *Médecine Santé Trop.* 2015;25:403-407.
13. **Sepou A, Goddot M, Ngbale R, Gaunefet CE, Domande-Modanga Z, Fandema E, et al.** Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui. *Clin. Mother Child Health [Internet]* 2009 [cité 2018 mai 20];6.

Tableau I. La mobilisation des cotisations des ASACO en 2018

ASACO	Montant prévu en CFA	Montant payé en CFA	Taux de mobilisation (%)
koutiensso	238790	238790	100
Falo	238790	238790	100
Diaramana	238790	238790	100
Touna	238790	238790	100
Bla	238790	238790	100
Dougoualo	238790	238790	100
Kemeni	238790	238790	100
Niala	238790	238790	100
Marela	238790	238790	100
Diena	238790	238790	100
Niamana	238790	238790	100
Sambala	238790	238790	100
Bogoni	238790	238790	100
Sambogo	238790	238790	100
Nampasso	238790	238790	100
Fani	238790	238790	100
Béguène	238790	238790	100
Kazangasso	238790	238790	100
Tienabougou	238790	238790	100
Teriyabougou	238790	238790	100

Penesso	238790	238790	100
Talo	238790	238790	100
Diedala	238790	238790	100
Tassona	238790	238790	100
Bougoura	238790	17000	71
Kouladougou	238790	0	0
Yankasso	238790	0	0
Tonto	238790	0	0
Somasso	238790	0	0
Farakala	238790	0	0
TOTAL	7 163 700	5 900 960	82

Tableau II : la mobilisation des cotisations des collectivités au titre de l'année 2018

Collectivités	Montant prévu en CFA	Montant Payé en CFA	Taux de mobilisation
Mairie de Bla	23870	0	0
Mairie de Touna	238790	0	0
Mairie de Samabogo	238790	238790	0
Mairie de Falo	238790	0	0
Mairie de Fani	238790	238790	0
Mairie de Niala	238790	0	0
Mairie de Korodougou	238790	238790	0
Mairie de Kemeni	238790	0	0
Mairie de Diaramana	238790	0	0
Mairie de Yangasso	238790	0	0
Mairie de Koulandougu	238790	0	0
Mairie de Diena	238790	0	0
Mairie de Béguéné	238790	0	0
Mairie de Dougoualo	238790	0	0
Mairie de Somasso	238790	0	0
Mairie de Kazangasso	238790	0	0
Mairie de Tiemena	238790	0	0
Conseil de cercle	238790	0	0
TOTAL	4 298 220	716 370	17

Tableau III : Répartition des évacuées selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
<19	77	17,9%
20-25	110	25,6%
25-29	113	26,3%
30-34	72	16,7%
35-39	50	11,6%
≥ 40	8	1,9%
Total	430	100,0%

Tableau IV : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage
0	132	30,7%
1-3	271	63,0%
4 et plus	27	6,3%
Total	430	100,0%

Tableau V: Répartition des patientes opérées selon le type d'intervention

Type d'intervention	Fréquence	Pourcentage
Césarienne	155	92,3%
Hystérorraphie	9	5,3%
Hystérectomie	3	1,8%
Salpingectomie	1	0,6%
Total	168	100,0%

Tableau VI : Répartition des patientes selon le délai d'évacuation

Délai en heure	Fréquence	Pourcentage
<1	21	4,9%
1-2	293	68,1%
> 2	116	27%
Total	430	100,0%

Tableau VII : Répartition des patientes selon le coût supplémentaire payé par les familles pour le transport des patientes en dehors de la caisse de solidarité.

Transport payé par la famille	Fréquence	%
Non	420	97,7%
Oui	10	2,3%
Total	430	100,0%