

EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO, MALI

Seydou Z Dao¹, Kassoum Sidibé¹, Bakary Abou Traoré¹, Sakoba Konaté¹, Mamadou Haidara¹, Issa Diarra□, El Adj Ibrahima Sory Cissé¹, Amadou Bocoum², Ahmadou Coulibaly³, Mamadou S Traoré³, Youssouf Traoré², Sy Assitan Sow¹, Amadou Dolo².

¹Centre de santé de référence de la commune II, Bamako, Mali

² Centre Hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali

³Centre Hospitalo-universitaire du Point G, Bamako, Mali

⁴Centre de santé de référence de Mopti, Mali

Correspondance : Dr Seydou Z DAO, gynécologue obstétricien, chargé de recherche au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, Mali. E-mail: seydouzd@yahoo.fr

Résumé

Malgré de nombreuses études sur la référence/évacuation, elle demeure toujours confrontée à de nombreux défis d'ordre organisationnel. Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 Décembre 2013 dont l'objectif était d'évaluer le système de référence/évacuation dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Il s'agissait d'un échantillonnage systématique exhaustif portant sur toutes les patientes évacuées ou référées ayant un problème obstétrical reçues et prises en charge dans notre service soient 503 patientes.

Au cours de cette étude, sur 6574 patientes admises dans notre service, 503 soient 7,65% de nos patientes étaient référées ou évacuées. La tranche d'âge de 14 à 19 ans était la plus représentée soit 62,50%. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 42,3% des cas. La dilatation stationnaire était le motif le plus fréquent de référence/évacuation. La qualification de l'agent référent/évacuant n'était pas connue dans 49,1% des cas. Le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance dans 71,0% des cas. Il y avait une discordance entre le motif de référence/évacuation et le diagnostic retenu au CSRéf de la commune II dans 55,5%. L'accouchement s'est effectué par voie basse dans 61,4% des cas. Nous avons enregistré 2 cas de décès maternel soit 0,4% dont les causes étaient l'allergie au produit anesthésique et l'hémorragie du postpartum immédiat et 9 cas de décès périnatal soit 1,9% des cas.

La référence/évacuation, maillon essentiel de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale connaît encore de nombreux problèmes dans sa réalisation malgré l'existence d'une législation bien claire en la matière. La nécessité d'une prise de conscience de tous les acteurs s'impose afin d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

Mots clés : système, référence-évacuation, mortalité maternelle et périnatale.

Abstract

Despite numerous studies on referral/evacuation, it still faces many organizational challenges. This was a retrospective descriptive study from January 1st, 2012 to December 31, 2013, the purpose of which was to evaluate the referral/evacuation system in the Gynecology and Obstetrics Department of the Reference Health Center of commune II of Bamako district. This was a comprehensive systematic sampling of all patients with obstetric problems received and managed in our department.

In this study, 7.65% of our patients were referred or discharged. The 14 to 19 age group was the most represented at 62.50%. Housewives were the most represented with 42.3% of cases. Stationary dilatation was the most common pattern of reference/evacuation. The qualification of the referring/ evacuating agent was not known in 49.1% of cases. The most common mode of transportation was ambulance in 71.0% of cases. There was a discrepancy between the reference / evacuation pattern and the diagnosis retained in the Reference Health Center of commune II in 55.5%. In 61.4% of the cases the delivery was carried out vaginally. We recorded 2 cases of maternal death (0.4%), the causes of which were allergy to the anesthetic product and bleeding, and 9 cases of perinatal death (1.9% of cases).

The reference-evacuation, essential link of the reduction of the maternal and neonatal mortality still knows many problems in realization despite the existence of a very clear legislation in the matter. The need for an awareness of all actors is necessary to improve the maternal-fetal prognosis.

Keywords: system, referral/evacuation, maternal and perinatal mortality

Introduction

La mortalité maternelle et néonatale pose un grave problème de santé publique dans le monde surtout dans les pays en voie de développement. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2005), la mortalité maternelle dans le monde est estimée à 529000 décès par an dont 99% de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement. Les causes directes de ces décès maternels sont les hémorragies, les infections, l'HTA et ses complications, les complications des avortements à risque et les accouchements dystociques (Diarra DS, 2011). L'EDS I en 1987 avait estimé le taux de mortalité maternelle à 700 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile à 156 pour 1000 naissances. Devant cette tragédie sanitaire, il a été mis en place par le gouvernement, une nouvelle

politique sectorielle de santé et de population en 1990 pour réduire ces taux. Dans cette lancée, fut mis en place un système de référence qui entre dans les stratégies opérationnelles de lutte contre la mortalité. Le système de référence/ évacuation est un processus de gestion des services de santé d'un district sanitaire par une prise en charge efficace et efficiente des malades. Les évacuations obstétricales sont fréquentes dans nos régions africaines. Le pronostic maternel et fœtal est réservé.

L'application de la politique sectorielle de santé et de population a abouti à la mise en place des centres de santé communautaires encadrés par les centres de référence. Il y a eu une tendance à l'amélioration, matérialisée par une diminution du ratio de mortalité maternelle qui a été estimé respectivement à 582, 464 et 358 pour 100.000 naissances vivantes par l'EDS III, l'EDS IV et EDS V. Cette organisation se heurte à un certain nombre de problèmes à savoir l'accessibilité géographique des malades au centre de référence ; la disponibilité d'un personnel qualifié ; l'accessibilité financière des patientes aux soins et l'inadéquation des soins obstétricaux d'urgences (Dolo K, 2008). Face à cette situation, les autorités sanitaires du Mali ont mis en place un système de référence/ évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux en prenant compte des aspects techniques organisationnels de communication logistique et financière pour faciliter l'accès aux soins des populations (Ministère de la santé du Mali, 2000). Ce système de référence/évacuation a été opérationnel en commune II du district de Bamako en 2006 avec l'ouverture du bloc opératoire du centre de santé de référence de la commune II. Au Mali malgré la réalisation de nombreuses études, de nombreuses difficultés existent, c'est dans cette optique que nous avons décidé de mener cette étude.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale, descriptive allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013 soit 2 ans dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Les objectifs de l'étude étaient de décrire le profil sociodémographique des patientes référées ou évacuées, de préciser les motifs de référence/évacuation, de déterminer les conditions de référence/ évacuations et de déterminer le pronostic materno-fœtal. Elle a porté sur toutes les femmes enceintes, les parturientes et les accouchées admises dans le service de gynécologie obstétrique pendant la période d'étude. Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes référées ou évacuées pour un problème

obstétrical avec un support conventionnel (fiche de référence/évacuation avec ou sans partogramme), ayant bénéficié d'une prise en charge dans le service. N'ont pas été incluses, les patientes admises dans notre centre pour un problème non obstétrical, les patientes venues d'elles même, les patientes admises au centre sans support conventionnel. La taille de l'échantillon était de 503. Les données ont été saisies et analysées sur SPSS 22.0

Résultats

Fréquence : durant la période d'étude, nous avons enregistré 503 patientes référées ou évacuées sur un total de 6574 admissions dans la maternité du CSRéf Commune II, soit une fréquence de 7,65%.

Tableau I: répartition des patientes en fonction de l'âge

| Age (année) | Effectifs | Fréquence (%) |
|--------------|------------|---------------|
| 14-19 | 171 | 34 |
| 20-24 | 134 | 26,6 |
| 25-29 | 99 | 19,7 |
| 30-34 | 51 | 10,1 |
| 35-39 | 34 | 6,8 |
| ≥40 | 14 | 2,8 |
| Total | 503 | 100 |

Les adolescentes (14-19 ans) étaient les plus représentées avec 34%.

Tableau II : répartition des patientes en fonction de la profession

| Profession | Effectifs | Fréquence (%) |
|-----------------------|------------|---------------|
| Femme au foyer | 318 | 63,2 |
| Elève | 59 | 11,7 |
| Etudiante | 38 | 7,6 |
| Aide-ménagère | 11 | 2,2 |
| Autres* | 39 | 7,8 |
| Total | 503 | 100 |

Autres* : teinturière : 18, coiffeuse : 13, couturière : 8

Les femmes au foyer étaient les plus nombreuses soit 63,2%.

Tableau III : répartition des patientes en fonction de leur niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | Effectifs | Fréquence (%) |
|------------------------|------------|---------------|
| Primaire | 67 | 13,3 |
| Secondaire | 101 | 20,1 |
| Supérieur | 25 | 5,0 |
| Coranique | 27 | 5,7 |
| Non scolarisées | 283 | 56,3 |
| Total | 503 | 100 |

Plus de la moitié des patientes soit 56,3 % des cas n'étaient pas scolarisée.

Tableau IV : répartition des patientes en fonction de la structure de provenance

| Structure de provenance | Effectifs | Fréquence (%) |
|-------------------------|-----------|---------------|
| BONIABA | 102 | 20,3 |
| ASACOHI | 184 | 36,6 |
| Dispensaire évangélique | 42 | 8,3 |
| Pablo de Valentin | 37 | 7,4 |
| ASACOGO | 11 | 2,2 |
| Benkadi | 31 | 6,1 |
| PMI de Niaréla | 4 | 0,8 |
| Autres* | 15 | 3,0 |
| Total | 503 | 100 |

Autres* : ASACOBA : 5, clinique Yadia : 4, CSRéf CI : 6

L'ASACOHI a enregistré le plus grand nombre d'évacuées avec 36,6%.

Tableau V : répartition des patientes en fonction du motif de référence

| Motifs de référence | Effectifs | Fréquence (%) |
|---------------------|-----------|---------------|
| Grande multipare | 12 | 18,8 |
| Taille <150m | 11 | 17,2 |
| Zéro CPN | 21 | 32,8 |
| Age <16 ans | 9 | 14,1 |
| Rhésus Négatif | 3 | 4,7 |
| BPN non fait | 8 | 12,5 |
| Total | 64 | 100 |

L'absence de consultation prénatale était le motif de référence le plus rencontré avec 32,8% des cas.

Tableau VI : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent référant/évacuant

| Qualification de l'agent | Effectifs | Fréquence (%) |
|---------------------------|------------|---------------|
| Médecin | 94 | 18,7 |
| Sage-femme | 150 | 29,8 |
| Infirmière-obstétricienne | 5 | 1,0 |
| Matrone | 3 | 0,6 |
| Aide-soignante | 4 | 0,8 |
| Non précisée | 247 | 49,1 |
| Total | 503 | 100 |

La qualification de l'agent n'était pas précisée dans 49,1% des cas.

Tableau VII : répartition des patientes en fonction du moyen de transport utilisé pour la référence-évacuation

| Moyen de transport | Effectifs | Fréquence (%) |
|--------------------|------------|---------------|
| Ambulance | 357 | 71,0 |
| Véhicule personnel | 8 | 1,6 |
| Taxi | 138 | 27,4 |
| Total | 503 | 100 |

Le moyen le plus utilisé était l'ambulance dans 71,0 % des cas.

Tableau VIII : répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation

| Motifs d'évacuation | Effectifs | Fréquence (%) |
|--|------------------|----------------------|
| Dilatation stationnaire | 84 | 19,1 |
| Hémorragie sur grossesse | 18 | 4,1 |
| Présentation vicieuse | 37 | 8,5 |
| Utérus cicatriciel en travail | 12 | 2,7 |
| HU excessive en travail | 41 | 9,3 |
| Durée d'expulsion prolongée | 21 | 4,8 |
| DFP | 42 | 9,7 |
| Procidence du cordon | 5 | 1,1 |
| HTA et grossesse en travail | 52 | 11,8 |
| Travail prolongé | 14 | 3,2 |
| SFA | 16 | 3,6 |
| Hémorragie de la délivrance | 18 | 4,1 |
| GEU | 2 | 0,4 |
| RPM | 13 | 3,0 |
| Refus de pousser | 43 | 9,9 |
| Anémie sur grossesse chez une femme en travail | 3 | 0,7 |
| Rétention placentaire | 1 | 0,2 |
| Macrosomie | 3 | 0,7 |
| Grossesse gémellaire en travail | 1 | 0,2 |
| Palu sur grossesse chez une femme en travail | 2 | 0,4 |
| BDCF absent | 11 | 2,5 |
| Total | 439 | 100 |

La dilatation stationnaire a été le motif d'évacuation le plus fréquent avec 19,1% des cas.

Discussion

Fréquence : durant la période d'étude, nous avons enregistré 503 patientes référées ou évacuées sur un total de 6574 admissions dans la maternité du CSRéf Commune II, soit une fréquence de 7,65 %. Cette fréquence est proche de celle de Niaré A qui a trouvé en 2009

dans le service 6,8 % de patientes évacuées ou référées. Elle est inférieure à celles de Traoré DB en 2010 au CSRéf commune VI et de Diarra DS au CSRéf de San en 2011 qui ont trouvé respectivement 16,57% et 22%. La fréquence des références/évacuations est diversement appréciée, cela dépend du mode de recrutement et de la zone.

Profil sociodémographique : les adolescentes entre 14ans et 19ans étaient les plus nombreuses avec 34% des cas. Niaré A en 2009 au CSRéf CII, Traoré BD en 2010 au CSRéf CVI et Diarra DS en 2011 à San ont trouvé respectivement 34,8%, 16,24% et 22,3% de patientes âgées entre 14 et 19ans dans leurs études. Le jeune âge de la majorité de nos patientes pourrait être en rapport avec le mariage précoce entraînant la survenue de grossesses précoces dans un contexte d'immatunité physique et psychique. Il s'agissait de patientes mariées dans 85,3% des cas. Ceci s'explique par le fait que concevoir en dehors du mariage est socialement mal vu dans nos sociétés. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 63,2% des cas.

Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par Niaré A en 2009 et de Diarra DS en 2010 qui étaient respectivement de 73% et 96,6%. Plus de la moitié de nos patientes soit 56,3% n'étaient pas scolarisées. La faible scolarisation des patientes a été relevée par Niaré A et Diarra DS dans leurs études respectives avec 58,6% et 80,3%. L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 37,8% des cas dans notre étude. Le même constat a été fait par Niaré A qui a trouvé 35,7%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Bamako fait partie du Bèlédougou qui est l'aire géographique des Bambaras.

Conditions et motifs de référence/ évacuation : dans près de la moitié des cas 49,1% la qualification de l'agent de santé qui a effectué la référence/évacuation n'était pas précisée car il n'avait pas son nom sur les fiches de référence. Les références/évacuations ont été faites par les sages-femmes et les médecins respectivement dans 29,8% et 18,7% des cas. Diarra DS en 2011 a trouvé au CSRéf de San 47,9% de références faites par les matrones et 23,7% par les infirmières obstétriciennes et Traoré BD en 2010 au CSRéf de la commune VI a trouvé 59,07% de références/évacuations faites par les sages-femmes. Ce taux faible de médecin référent/évacuant s'expliquerait par la faible implication des médecins des structures de 1^{er} niveau dans la gestion des maternités des différents centres de santé.

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment rencontrés étaient la dilatation stationnaire dans 19,1%; l'hypertension artérielle sur grossesse dans 11,8 % et le refus de pousser dans

9,9%. Quant à Niaré A en 2009, il a noté par ordre de fréquence la disproportion foetopelvienne dans 30,32%, les présentations vicieuses dans 12,3%, l'hémorragie sur grossesse ou dans le postpartum immédiat dans 8,61% des cas. Les motifs les plus fréquemment rencontrés par Traoré BD en 2010 au CSRéf CVI étaient la dilatation stationnaire avec 13,29%, l'utérus cicatriciel avec 8,65%, l'éclampsie avec 6,86% des cas. Dans notre étude il y avait une discordance entre le motif de référence/ évacuation et le diagnostic retenu au centre dans 55,5% des cas. Notre taux est nettement inférieur à ceux rapportés par Traoré BD, Niaré A et Diarra DS qui ont noté respectivement 76,37%, 74,2% et 56,8% de discordance entre le motif de référence et le diagnostic retenu dans leurs études. Ce résultat pourrait s'expliquer par le niveau de la qualification de l'agent qui réfère ou qui évacue. La majorité (71,0%) de nos patientes sont arrivées à bord de l'ambulance mais sans aucun abord veineux dans 50,3% des cas, accompagnées de supports de références/évacuations. Les patientes possédant uniquement une fiche de référence/évacuation représentaient 34,0% dans notre étude, alors que Traoré DB a trouvé le partogramme seul dans 30,7% et la fiche de référence/évacuation seule dans 23% des cas en 2010 au CSRéf CVI.

Pronostic materno-foetal :

L'accouchement a été normal dans 61,4% des cas suivi de la césarienne dans 32,4%. Niaré A en 2009 a trouvé au CSRéf CII, 75% d'accouchement par voie basse et 24,18% de césarienne. Au CSRéf de la CVI Traoré DB en 2010 a trouvé 65,51% d'accouchement normal suivi de 32,38% de césarienne. Dans 93,0% des cas nous n'avons enregistré aucune complication. Les complications maternelles les plus rencontrées ont été l'endométrite avec 1,6% des cas suivie de la suppuration pariétale dans 1,0%. Niaré A et Traoré DB ont rapporté respectivement 14,34% et 6,43% de complication.

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 2 cas de décès maternel soit 0,4%, l'un dû à une allergie aux produits anesthésiques et l'autre par hémorragie du postpartum immédiat.

Niaré A en 2009 a rapporté 2 cas de décès maternel soit 0,8%. Traoré DB en 2010 au CSRéf CVI n'a noté aucun cas de décès.

Au cours de notre étude le taux de mort-nés était de 1,8%. Niaré A et Traoré DB ont rapporté respectivement 5,3% et 10,6% de taux de mort-nés. Ces taux s'expliquent par les conditions de la référence/ évacuation et le retard à l'évacuation.

Conclusion

La référence/évacuation bien qu'elle constitue l'une des voies de réduction de la mortalité maternelle et périnatale, connaît des insuffisances d'ordre divers dues à sa mauvaise mise en œuvre. Malgré ces difficultés, elle a beaucoup contribué à la diminution du taux de décès maternel et périnatal. Une meilleure implication de tous les acteurs demeure essentielle pour sa pleine réussite.

Références

Delecour M. Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves ? Entretien de Bichat-chirurgie et spécialité ; 1980 :177-179.

Diarra D. S. Evaluation du système de référence/évacuation à la maternité du centre de santé de référence de San. Thèse méd. Bamako 2011 N°296

Dolo K. Évaluation du système de la référence/évacuation à l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti Thèse méd. Bamako 2008 N°238

Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement, 3^e Edit. Paris : Masson, 2001.

Lansac J, C. Berger C, Magnin et Al. Obstétrique pour le praticien 2^e édit. Paris, SIMEP 1990, 7: 152-162.

Le Horrier G, Solat J. Mécanisme général de l'accouchement. Encyclopédie médicale Obstétrique, Paris, 1986. 1 ,5070 C 10.

Maine D. et Col. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle, centre de santé, des populations et de la famille. École de santé publique, Université de Columbia. Int. J Gynaecol. Obstet. 1997, 59 (12) : 5259-65.

Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6^e Edit. Paris, MASSON, 1995:597.

Millier J. Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3^eédit. 1989 :546-48

Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali. Enquête Démographique et de Santé 1^{ère} Edition, 1987.

Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali. Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population 1990.

Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2^e Edition ; 2001.

Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali. Enquête Démographique et de Santé du Mali, 4^e Edition ; 2006.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique du Mali. Enquête Démographique et de Santé du Mali, 5^e édition ; 2012-2013.

Ministère de la Santé du Mali. Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali, Mai 2000 :49.

Ministère de la santé : Cadre conceptuel de la référence-évacuation en commune II.
Niaré A. Evacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune II. Thèse méd. Bamako 2009 N°241

OMS. Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : OMS ; 2005. (1-12) : 261.

Saye M. Les urgences obstétricales à l'Hôpital Régional Sominé Dolo de Mopti à propos de 140 cas. Thèse Méd, Bamako ; 2005 n°120.

Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 160 cas. Thèse Méd, Bamako ; 1995 n°17: 50.

Traoré B.D. Problématique du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse méd. Bamako 2010.N°365

Vequeau – Goua V, Pierre F. La grossesse extra-utérine : Etiologie, Diagnostic, Traitement. Impact internat 1999: 201-206.