**Problématique du système de référence et de contre référence en milieu rural : Cas du Centre Médical de Soubakaniédougou, Burkina Faso**

**Jean De la Croix MILLOGO1, Seydou MAIGA2, Pascal. A SOMDA3, Alassane OUEDRAOGO4**

1 : Médecine générale, Centre Médical de Soubakaniédougou, District sanitaire de Banfora, Burkina Faso

2 : Médecine générale, Centre Médical de Warkoye, District sanitaire de Dédougou, Burkina Faso

3 : Médecine générale, Centre Médical de Niangoloko, District sanitaire de Banfora, Burkina Faso

4 : Médecine générale, Centre Hospitalier Régional de Gaoua, Burkina Faso

**Correspondance : Jean De La Croix MILLOGO**

Médecine générale, Centre Médical de Soubakaniédougou, District sanitaire de Banfora, Burkina Faso.

E-mail : [millogojeandelacroix@hotmail.fr](mailto:millogojeandelacroix@hotmail.fr) Tel +226 71 11 03 30 // 74 21 79 98

**Résumé**

**Introduction :** Le système de référence est un composant essentiel des systèmes de santé de district. Cette étude avait pour but d’évaluer le système de référence contre référence dans le district sanitaire de Banfora.

**Méthodes :** Il s’est agi d’une étude transversale descriptive rétrospective du 01 janvier au 31 décembre 2018 dans le district sanitaire de Banfora. Ont été inclus toutes les références ayant une contre référence dans la période de l’étude. La saisie des données a été effectuée sur Excel 8.0 puis analysées sur le logiciel Epi info version 3.5.3.

**Résultats :** Durant la période d’étude, nous avons enregistré 305 cas de référence pour 38 contres références soit 12,45%. La fréquence des références obstétricales était de 26,88%, pour une contre référence soit 2,63% des contre références. Les patients mettaient entre 24 heures à 144 heures pour arriver au centre de référence pour y séjourner entre 1jour à 14jours. Vingt-neuf pour cent des patients avaient séjourné pendant 4 jours. Le moyen de transport utilisé était la moto dans 84,2% des cas pour évacuer les patients. Le délai de rédaction de la contre référence allait de 24 heures à 132 jours avec une durée moyenne de 23 jours. Les références n’étaient pas jugées pertinentes dans 16% des cas par le centre de référence.

**Conclusion :** Notre étude montre que le système de référence et de contre-référence dans le district sanitaire de Banfora à des insuffisances. L'établissement d'un système de référence contre référence opérationnel permettra d’améliorer la qualité de la prise en charge des patients surtout en milieu rural.

**Mots clés :** Référence, contre référence, Urgence obstétricale, Milieu rural, Burkina Faso

**Summary**

**Introduction:** The reference system is an essential component of district health systems. This study had aim to evaluate the reference system and counter reference in the sanitary district of Banfora.

**Methods:** This is a retrospective transversal descriptive study of 01 January to 31 December 2018 in the sanitary district of Banfora. Were included all the references have a counter reference in the study period. The data collection has been performed on excels 8.0 then analyzed on the Epi info 3.5.3.

**Results:** During the study period, we recorded 305 references cases for 38 counter references (12.45%). The frequency of obstetric references was 26.88%, for one counter-reference (2.63%). Patients are between 24 hours to 144 hours to arrive reference center and stay here for one day to 14 days. 29% patients have been sick stay for 4 days. The motorcycle was used in 84.2% of cases to evacuate patients. The redaction of counter reference has been 24 hours to 132 days, with an average duration of 23 days. Reference had been deeming relevant in 16% of the cases.

**Conclusion:** Our study shows that the system in the sanitary district of Banfora was insufficient. Establishing a reference system and counter reference will improve the quality of patient’s health, especially in rural areas.

**Keywords:** Reference counter-referral, obstetric emergency, rural environment, Burkina Faso.

**Introduction**

Les systèmes de santé se définissent comme toutes les ressources et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Répondre aux sollicitations de ses usagers, assurer une équité d’accès aux services et soins, et ainsi améliorer la santé des populations desservies constituent les objectifs de tout système de santé [1].

La référence est l’interface entre les tendances de décentralisations de la première ligne des soins et tendances centralisatrices de l’hôpital général de référence (HGR), la référence crée donc une harmonie et la complémentarité entre les deux échelons. La contre référence est la réorganisation et /ou le retour du patient au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l’information sur l’examen du patient, l’intervention faite et les avis pour le suivi correct [1].

La référence et contre référence est un système permettant une prise en charge médicale continue des patients d’un niveau de soins à un autre. Elle permet en outre d’améliorer la qualité de l’offre de soins [2].

La mise en place d’un système de référence et de contre référence contribue à l’atteinte des Objectifs pour le Développement Durable avec l’amélioration de la santé des communautés. Une meilleure organisation de la référence et de la contre référence entre les centres de santé et les hôpitaux généraux de référence, conduira sans faille à l’amélioration de la continuité et la qualité des soins [3].

Les enfants, les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les personnes de troisième âge sont les plus touchés par des recrudescences des maladies. Leur prise en charge nécessite le plus souvent des soins appropriés suivant leurs problèmes de santé qui parfois nécessitent une compétence dépassant celle du personnel se trouvant au niveau primaire [4,5,6,7]. C’est ainsi que, depuis plus d’une décennie, l’Organisation Mondiale de la Santé et d’autres organismes d’appui au secteur santé ont fait de l’amélioration des systèmes de santé une de leurs priorités [8]. Cependant, le dysfonctionnement du système de référence est vécu dans beaucoup de pays selon Idrissa CHEIFOU (2003) [9]. Au Burkina Faso, le système de référence, qui devrait faciliter le passage des malades les plus gravement atteints d'un échelon à un autre, souffre depuis longtemps d'une insuffisance d'organisation, du non-respect des normes existantes en la matière, de l'absence quasi totale de contre référence [10].

Nous avons voulu par cette étude, évaluer le fonctionnement du système de référence et contre référence dans le district sanitaire de Banfora.

**Méthodologie**

Il s’est agi d’une étude transversale, rétrospective, descriptive allant du 1 janvier 2018 au 31 décembre 2018 dans le Centre médical de Soubakaniédougou du district sanitaire de Banfora. C’est un centre de santé de premier échelon selon la pyramide sanitaire du Burkina Faso située dans la commune rurale de Soubakaniédougou dans la région des cascades. Il dispose d’une ambulance en bon état et est situé à environ 35km du centre de référence de la région (Centre Hospitalier Régional de Banfora), entre lequel se trouve une voie de mauvaise qualité, non bitumée. Nous avons évalué la fonctionnalité du système de référence et de contre référence. Etaient inclus dans l’étude toutes les références ayant une contre référence dans la période de l’étude. La saisie des données a été effectuée sur Excel 8.0 puis recodées, importées et analysées sur le logiciel Epi info version 3.5.3. Nous avons calculé des fréquences, des moyennes et des proportions. Les tests statistiques (test de chi carré) ont été utilisés pour comparer les variables et le lien était considéré comme significatif lorsque le p-value était inférieur à 0,05.

**Résultats**

Durant la période d’étude, nous avons enregistré 307 cas de référence pour 38 contres références soit 12,37% qui nous ont été transmises.

La fréquence des références obstétricales était de 26,82% pour une contre référence soit 2,63%. (Tableau I).

**Tableau I :** Fréquence des références et contres références

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Références /Evacuations N (%) | Contres références N (%) |
| Urgences Obstétricales | 82 (26,88%) | 1 (2,63%) |
| Urgences Médico-Chirurgicales | 223 (73,12%) | 37 (97,37) |
| Total | 305 (100%) | 38 (100%) |

Le sexe ratio était de 2,8 avec des âges extrêmes allant de un jour à 86 ans. Les patients mettaient entre 24 heures à 144 heures pour arriver au centre de référence pour y séjourner entre 1jour à 14jours. Vingt-neuf pour cent des patients de notre étude avaient séjourné pendant 4 jours dans le centre de référence (Tableau II). Le moyen de transport utilisé était la moto dans 84,2% des cas pour évacuer les patients (Figure 1 et 2), et environ 8% des patients qui avaient utilisé la moto comme moyen de transport étaient décédés.

**Figure 1 :** Moyen de transport utilisé pour les évacuations/références

Figure 2 : Répartition des patients selon le moyen de transport utilisé et le mode de sortie des patients du centre de référence.

Les évacuations concernaient les urgences pédiatriques dans 71% avec 45% des cas de paludisme grave forme anémique suivie de la malnutrition aigüe sévère (10,5%). Seulement 58% des diagnostics étaient confirmés par le centre de référence. La prise en charge était médicale dans 92,1% des cas et chirurgicale dans 8%. Les patients étaient guéris (sortie normale) dans 84,2% des cas contre 8% de décès. Les patients arrivés dans les 24 heures et sortis normalement représentaient 63,15% (Tableau II et III). Cependant il n’y avait pas de relation statistiquement significative entre le délai d’admission dans le centre de référence et la sortie normale des patients avec un q=0,7541.

Le délai de rédaction de la contre référence allait de 24 heures à 132 jours avec une durée moyenne de 23 jours. Les références n’étaient pas jugées pertinentes dans 16% des cas par le centre de référence.

Tableau II : Répartition du mode de sortie des patients en fonction du temps mis pour arriver au centre de référence

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Durée de la référence | Sortie normale | Décédé | Sortie sans avis médical | Sortie contre avis médical | Total |
| [0-24h] | 24 (63,15%) | 3 (7,89%) | 1 (2,63%) | 2 (5,31%) | 30 (78,94%) |
| ] 24-48h] | 5 (15 ,6%) | 0 | 0 | 0 | 5(13,15%) |
| ] 48-72h] | 1 (3,1%) | 0 | 0 | 0 | 1(3,1%) |
| ] 72-96h] | 1 (3,1%) | 0 | 0 | 0 | 1(3,1%) |
| ˃ 96h | 1 (3,1%) | 0 | 0 | 0 | 1(3,1%) |
| Total | **32(84,21%)** | **3(7,89%)** | **1(3,1%)** | **2(5,31%)** | **38 (100%)** |

Tableau III : Répartition des patients selon le mode de sortie et la durée du séjour

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Durée du séjour  (jour)  n | Sortie normale  n | Décédé | Sortie sans avis médical  n | Sortie contre avis médical  n | Total  n |
| 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 3 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 4 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| 5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 7 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 8 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 10 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 11 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 12 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 32 | 3 | 1 | 2 | 38 |

**Discussion**

La contre référence, est le mécanisme qui consiste à retourner les malades ou les personnes à risque de l’hôpital de référence où ils ont reçu les soins adéquats vers le centre de santé qui les y a référés [11, 12]. Dans notre étude, elle était de 12,45% avec 2,63% pour les urgences obstétricales. Le faible pourcentage de contre référence est aussi retrouvé par KAFUKU en RDC en 2016[1] qui retrouvait un taux de contre référence à Kapolowe (milieu rural) Kisanga (milieu urbain) respectivement de 2,7% et 7,9% à et parfois, la contre référence ne se fait presque pas, dû au système qui n’est pas bien organisé dans les deux zones. Parmi les malades qui sont référés, nombreux n’arrivent pas au centre de référence préférant aller ailleurs, soit là où ils sont abonnés soit dans d’autres structures en fonction de leur préférence [1].

Nos résultats diffèrent de ceux de Muhindo vutegha en RDC 52,6% [13] et de Thiam O au Sénégal 97,3% des cas [6]. Cela pourrait s’expliquer par l’organisation insuffisante du système de référence contre référence dans notre pays d’après le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2010[10], il souffre depuis longtemps d'une insuffisance d'organisation, du non-respect des normes existantes en la matière, de l'absence quasi totale de contre référence. La référence des urgences obstétricales réalisée au Sénégal par Thiam O, établit que la fréquence des évacuations obstétricales était de 31,2% [6] et 31% dans l’étude de Muhindo en RDC [13]. Dans notre étude, la fréquence des références obstétricales était de 26,82%. La majorité des patients référés étaient de sexe masculin (73,7%) avec un sexe ratio de 2,8. KAFUKU en RDC [1] retrouvait les sexes ratio de 0,62 et de 0,48 respectivement pour les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga et ces sexes ratio n’ont pas de différence statistiquement significative. On note dans les deux zones une prédominance du sexe féminin.

Nos résultats pourraient s’expliquer par la presque absence de contre référence des urgences obstétricales dans notre étude, ce qui expliquerait également la prédominance du sexe masculin dans notre étude.

Les patients mettaient entre 24 heures à 144 heures pour arriver au centre de référence. Dans notre pays la majorité de la population est pauvre. La plupart ne dispose pas de moyens financiers et sont obligés de prendre le temps pour réunir l’argent nécessaire à l’évacuation ou pour les soins une fois arrivées. Le séjour allait d’une journée à 14 jours maximum avec pour la plupart 4 jours d’hospitalisation. Muhindo en RDC [13] retrouvait également une durée de séjour moyenne de 2,6 jours avec des extrêmes de 1 et 12 jours. La prédominance du paludisme dans notre étude, dont le traitement en générale dure 3 à 4 jours, pourrait expliquer nos résultats.

Dans notre étude, le moyen de transport utilisé était la moto dans 84,2% des cas pour évacuer les patients. KAFUKU en RDC [1] montrait que dans la zone de santé de Kapolowe 76,3% des évacuations étaient faite par la moto et que le problème du transport et son coût se posait avec acuité mais il restait plus prononcé en milieu rural où les moyens d’évacuation les plus utilisés sont l’évacuation à pied et à moto. Par ailleurs dans note étude, 8% des patients évacués à moto sont décédés probablement à causes de l’urgence des pathologies dont ils souffraient mais aussi à cause du transport non médicalisé et le délai d’admission dans le centre de référence. Par ailleurs le manque de moyens financier pourrait être un facteur déterminant obligeant les évacuations des patients à moto. Les évacuations concernaient les urgences pédiatriques dans 71% avec 45% des cas de paludisme grave forme anémique suivie de la malnutrition aigüe sévère (MAS) 10,5%. Cela pourrait s’expliquer par la prévalence élevée du paludisme au Burkina qui est en zone d’endémie palustre. Au Burkina Faso la prévalence de la MAS était de 11,3 % en 2009 à 8,2 % en 2013[14]. Les références n’étaient pas jugées pertinentes dans 16% des cas par le centre de référence et seulement 58% des diagnostics étaient confirmés. Notre étude s’est déroulée dans le district sanitaire de Banfora précisément au centre médical de Soubakaniédougou, un centre de premier échelon selon la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Il ne dispose pas de plateau technique suffisant pour poser certains diagnostics ou même prendre en charge certaines pathologies, en plus les références étaient effectuées par les infirmiers car le centre ne disposait pas en ce moment de médecins. La prise en charge était médicale dans 92,1% des cas et chirurgicale dans 8%. Les patients étaient guéris (sortie normale) dans 84,2% des cas contre 8% de décès. Ces résultats pourraient s’expliquer par la prédominance des urgences pédiatriques avec pour la plupart des pathologies dont la prise en charge est en générale médicale. Les patients sortis normalement et qui étaient arrivés au centre de référence dans les 24 heures représentaient 63,15% des cas. Cependant il n’y avait pas de relation statistiquement significative entre le délai d’admission dans le centre de référence et la sortie normale des patients avec un q=0,7541. En effet, cela pourrait s’expliquer par la pathologie dont souffrait le patient ou des erreurs de diagnostic ; la plupart des patients souffraient du paludisme dans notre étude. Le délai de rédaction de la contre référence allait de 24 heures à 132 jours avec une durée moyenne de 23 jours. Ces résultats montrent les failles dans l’organisation du système de référence contre référence dans la région des cascades et au Burkina Faso en générale [10]. Cependant, le dysfonctionnement du système de référence est vécu dans beaucoup de pays selon Idrissa CHEIFOU [9].

**Conclusion**

Notre étude montre que le système de référence contre-référence dans le district sanitaire de Banfora a des insuffisances. Les contre références obstétricales étaient rares. Les patientes se rendaient dans le centre de référence à moto, plus que par l’ambulance, cela retardait aussi la prise en charge. Ainsi, l'établissement d'un système de référence et de contre référence opérationnel permettra d’améliorer considérablement la qualité de la prise en charge des patients surtout en milieu rural.

**Références**

1. Kafuku M. : L’analyse comparative opérationnelle de la référence et contre référence en milieu urbain et rural (cas des Zones de Santé Kisanga et Kapolowe). Université de Lubumbashi RDC. Mémoire Option : Santé Développement Management des services de santé septembre 2016. 68p, p8-50

2. Luboya N., et Ilunga D. Notes d’organisation des services de santé, 2015.

3. Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développent Sanitaire en République Démocratique du Congo PNDS RDC 2016-2020, Kinshasa, 2016. 97p, p64

4. Théra, Traoré Y, Kouma A et Coll, Problématique du Système de référence et contre référence des urgences Obstétricales et l’implication des communautés dans le district de Bamako, Le Mali Médical. 2015 ; (3) :34-37

5. Klolo N.U.E, Bwana K.I, Ngoy L.J. Kabamba N.M, Mwembo T : la mortalité maternelle dans la Zone de santé Rurale de BUMBA en RDC, 2014 Vol. XIV, n°1, juin 2015.

6. Thiam O, Cisse M.L, Mbaye M et al : Problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : Exemple du centre hospitalier de Ndioum. Revue CAMES SANTE vol.1. N02. Décembre 2013, p51-55

7. OMS, Cyber santé et Innovation pour la santé de la mère et de l'enfant : Une étude de référence, Genève 2013, www.who.into/goe/ consulter le 05 décembre 2021

8. Yolaine G.A, Ouédraogo L.S, Saizonou J : Performance d'un Hôpital de la Zone Sanitaire au Benin : un exemple de modèle d’évaluation, Pan African Medical Journal 2014 Vol.18 N0.1 (2014) ; doi :10.11604/pamj.2014.18.63.3465

9. Idrissa Cheifou (2003) : Les déterminants du faible taux de référence des centres de santé intégré ruraux vers le centre hospitalier départemental, dans le district sanitaire de Tahoua, Maitrise en sociologie. Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger ; Mémoire online. www.memoireonline.com consulté le 5 décembre 2021

10. Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010. BF. P36

11. OMS, Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires 12 Septembre1978,

www.who.int/topics/primary\_health\_care/alma\_ata\_declaration/fr. Consulté le 5/12/2021

12. Ministère de Santé Publique, Stratégie de Renforcement de Système de Santé, RDC, Kinshasa, 2006, 50p, p30.

13. Muhindo V.J : Analyse du système de référence et de contre référence dans la zone de santé de Gombe Matadi. RDC. Mémoire option : Economie de la Santé 2016- 2017, 103p, p31-50

14. Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe (PCIMA) BF édition 2014.