

## ARTICLES ORIGINAUX

### Gestion de la qualité des soins au service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital du Mali : enjeux et perspectives.

*Management of the quality of care at the emergency reception service (SAU) of the hospital of Mali : challenges et perspectives.*

Coulibaly O<sup>1</sup>, Quénoum K<sup>2</sup>, Diallo O<sup>1</sup>, Cissé MC<sup>3</sup>, Dama M<sup>1</sup>, Sissoko D<sup>1</sup>, Dembélé G<sup>4</sup>, Sogoba Y<sup>1</sup>, Kanikomo D<sup>1</sup>

1. Service de Neurochirurgie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (Mali).
2. Service de Neurochirurgie, Université de Parakou (Bénin).
3. Service d'Accueil des Urgences, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (Mali).
4. Direction Hôpital du Mali, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

**Auteur Correspondant :** Coulibaly Oumar Neurochirurgien à l'Hôpital du Mali; Bacodjicoroni-Golf, Rue 782, Porte 8 Bamako, République du Mali ; Téléphone : 00223 69 70 10 16. Email : [coulibalynch1@gmail.com](mailto:coulibalynch1@gmail.com)

#### Résumé

**Introduction :** La Neurochirurgie au Mali reste une discipline relativement jeune par rapport aux autres spécialités chirurgicales. Le but de ce travail est de décrire le parcours des urgences neurochirurgicales admises au SAU de l'hôpital du Mali.

**Patient et méthodes :** C'est une étude prospective transversale analytique qui s'est déroulée au SAU de l'hôpital du Mali sur une durée de 02 mois. Sont inclus dans cette étude, tous les patients admis au SAU et dont on a eu recours à un avis neurochirurgical. Nous avons recensé et analysé les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques chez 82 patients.

**Résultats :** Sur un total de 152 patients admis au SAU, il y avait 82 cas pour lesquels un avis neurochirurgical a été demandé soit 53, 95 % des admissions. Parmi ces 82 patients, il y avait 50 cas de traumatismes crâniens, 20 cas de traumatismes du rachis, 08 cas d'accident vasculaire cérébral hémorragique (AVCH), 03 cas de suppurations intracrâniennes et 01 cas de tumeur cérébrale. Nous avons opéré 41 patients (50%) et mis en observation 32 patients (39,02%). Malgré nos efforts, 09 patients sont sortis contre avis médical ou par faute de moyens. Nous avons noté 03 cas de décès.

**Conclusion :** La qualité des soins et l'accès aux soins sont très souvent considérés par les patients comme les éléments essentiels de la performance d'un système de santé. En tant que Etablissement Public Hospitalier (EPH) de niveau 3, il doit bénéficier d'un plateau technique adéquat et d'un personnel médical et paramédical suffisant afin d'assurer une prise en charge correcte des patients.

**Mots clés :** Hôpital du Mali, Service d'Accueil des Urgences, Neurochirurgie, Qualité des soins.

#### Abstract

**Introduction :** Neurosurgery in Mali remains a relatively young discipline compared to other surgical specialties. The aim of this study is to describe the course of neurosurgical emergencies in "Hôpital du Mali".

**Patients and methods:** This is a prospective cross-sectional analytical study that took place at the emergency department of "hôpital du Mali" over a period of 02 months. Are included in this study, all the patients admitted in emergency for whom neurosurgical advice was sought. We identified and analyzed epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic data in 82 patients.

**Results:** Out of a total of 152 patients admitted to our emergency unit, there were 82 cases for which a neurosurgical opinion was requested, ie 53.95% of admissions. Among these 82 patients, there were 50 cases of head trauma, 20 cases of spinal trauma, 08 cases of brain stroke, 03 cases of intracranial suppurations and 01 case of brain tumor. We operated on 41 patients (50%) and observed 32 patients (39.02%). Despite our efforts, 09 patients were released against medical advice or for lack of funds. We noted 03 cases of death.

**Conclusion:** The quality of care and access to care are very often seen by patients as essential elements of the performance of a health system. As a level 3 public hospital, it must have an adequate technical platform and sufficient medical and paramedical staff to ensure correct patient care.

**Keywords:** Mali Hospital, Emergency department, Neurosurgery, Quality of care.

## Introduction

La Neurochirurgie au Mali reste une discipline relativement jeune par rapport aux autres spécialités chirurgicales. Ouvrir la tête ou le dos au Mali reste toujours un miracle aux yeux de la majorité de nos concitoyens, auprès desquels nous pensons qu'il est nécessaire de changer nos habitudes afin de les rassurer pour vulgariser cette spécialité dans toutes les régions du pays. L'hôpital du Mali est le dernier né des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) de troisième niveau au Mali. Il a été créé par la loi N°10-010 du 20 Mai 2010, a démarré effectivement ses activités médicales et chirurgicales le 07 septembre 2011 et a été inauguré le 23 septembre 2011 par le président de la république du Mali à l'époque. Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) de cet établissement est un département médico-chirurgical qui accueille toutes les urgences médicales et chirurgicales de la rive droite. Cet hôpital est doté d'un département de Neurochirurgie qui abrite en dehors de la Neurochirurgie, la chirurgie pédiatrique, la chirurgie maxillo-faciale, la traumatologie, l'ORL et l'ophtalmologie. Le but de ce travail est de décrire le parcours des urgences neurochirurgicales admises au SAU de l'hôpital du Mali sur une période de 02 mois.

## Patients et méthodes

C'est une étude prospective transversale et analytique qui s'est déroulée au SAU de l'hôpital du Mali sur une période de 02 mois, de Janvier 2020 à Février 2020. Sont inclus dans cette étude, tous les patients admis au SAU et dont on a eu recours à un avis neurochirurgical. Le recueil des données s'est fait à partir des fiches d'enquête et du dossier médical élaboré par le service de Neurochirurgie. Les variables ou paramètres étudiées étaient l'âge, le sexe, les antécédents, la provenance, le délai de prise en charge, les éléments du diagnostic clinique et paraclinique, la prise en charge médicochirurgicale reçue, les complications et les séquelles. Les données ont été analysées par SPSS 20 et leurs exploitations ont été autorisées par le chef de service avant notre étude.

## Résultats

Au total, sur 152 patients admis au SAU durant notre période d'étude, nous avons enregistré 82 cas pour lesquels un avis neurochirurgical a été sollicité soit 53,9% des admis. Parmi ces 82 patients, il y avait 50 cas de traumatismes crâniens, 20 cas de traumatismes du rachis, 8 cas d'AVCH, 3 cas de suppurations intracrâniennes et 1 cas de tumeur cérébrale. Cette répartition est résumée dans le tableau suivant (Tableau I).

*Tableau I : Répartition des cas neurochirurgicaux admis au service d'accueil des urgences*

Différentes pathologies	Nombre de cas	Pourcentage
Traumatismes crâniens (TC)	50	61,0
Traumatismes du rachis	20	24,4
Suppurations intracrâniennes	3	3,6
Accidents vasculaires hémorragiques	8	9,8
Tumeurs cérébrales	1	1,2
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

Dans cette étude, il y'avait 59 hommes contre 23 femmes, soit un sexe ratio de 2,6. L'âge moyen des patients était de 31 ans avec des extrêmes allant de 6 à 78 ans. Les patients âgés de 16-45 ans étaient les

plus touchés. Seuls 6 patients avaient un âge inférieur à 15 ans. Le tableau suivant montre la répartition des patients selon l'âge (Tableau II).

*Tableau II : Répartition des patients selon l'âge*

Age	Fréquence	Pourcentage
0-15	6	7,3
16-30	47	57,3
31-45	15	18,3
46-60	7	8,5
61-75	4	4,9
76-90	3	3,7
Total	82	100,0

La plupart des patients venaient du district de Bamako suivies des régions de Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti. Cette illustration est répertoriée dans le tableau suivant (Tableau III). Les

agriculteurs et les ouvriers étaient les plus touchés suivis des ménagères, des élèves et des fonctionnaires.

**Tableau III : Répartition des patients selon leur provenance**

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Bamako	50	61,0
Sikasso	11	1,5
Ségou	9	11,0
Mopti	7	8,5
Gao, Tombouctou et Kidal	2	2,5
Autre	2	2,5
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Dans cette étude, huit patients étaient connus hypertendus et mal suivis, 5 patients avaient un diabète type 2, 2 patients étaient suivis pour une insuffisance rénale et 1 patient pour une cardiopathie valvulaire avec pontage. Par ailleurs, aucun antécédent pathologique particulier n'a été noté chez 66 patients soit 80,5%. Parmi les traumatisés crâniens (TC), seulement 15 ont été admis dans les deux premières heures. Tous les cas d'accident vasculaire cérébral hémorragique (AVCH) ont été admis au-delà des 6 premières heures. Quant aux traumatisés médullaires, le délai moyen de prise en charge était de 5 jours (soit un écart type de 4,3) avec des extrêmes allant de 3 à 15 jours. La majorité des patients ont été transportés au SAU par leur propre

moyen. La symptomatologie clinique dépendait de la pathologie pour laquelle le patient a été admis. La majorité des TC avait un impact crânien avec sans notion de perte de connaissance initiale (PCI) dans environ 2/3 des cas. Tous ces patients se plaignaient de céphalées à leur admission.

Les troubles de la conscience ont été notés chez tous les patients avec AVCH et suppurations intracranéennes. La patiente avec la tumeur cérébrale a été admise avec un score de Glasgow inférieur à 8. La plupart des traumatismes du rachis ont été admis avec un déficit neurologique complet. Le tableau suivant résume la fréquence des signes cliniques rencontrés dans cette étude (Tableau IV).

**Tableau IV : Les principaux signes cliniques rencontrés chez les patients neurochirurgicaux**

Signes cliniques	Nombre	Pourcentages
Déficit neurologique	20	29,4
Céphalées	17	25,0
Troubles de la conscience	12	17,6
Syndrome rachidien	8	11,8
Vomissements	5	7,4
Troubles visuels	3	4,4
Fièvre	3	4,4
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

Les patients chez qui une tomodensitométrie (TDM) cérébrale ou lombaire a été demandée, seuls 25,6% (21 cas) ont pu réaliser en urgence cet examen dans les heures suivant leur admission. La majorité des patients l'ont fait au-delà de 6 heures après leur accueil. A noter que cet examen reste encore précieux au SAU de l'hôpital du Mali. L'administration de l'hôpital a intervenu dans la réalisation de 5 cas de TDM cérébrale. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) rachidienne n'a été demandée que dans un seul cas et n'était disponible qu'au bout de 5 jours. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique à leur arrivée fait de paracétamol ou de morphine en fonction de

l'intensité de la douleur basée sur l'Echelle visuelle analogique (EVA) cotée de 0-10. Tous les patients susceptibles d'être opérés ont eu un bilan biologique et une consultation pré anesthésique aux urgences. Onze patients ont été opérés pour TC ouvert (Embarrure isolée dans 7 cas et plaie crânio-cérébrale dans 4 cas). On a enregistré sept cas d'hématomes extraduraux dont 5 qui furent opérés, 2 cas ont été surveillés dont 1 cas borderline sorti contre avis médical malgré son tableau de polytraumatisme (TC associé à une fracture fermée du fémur). Trois cas d'hématomes sous duraux aigus dont 2 opérés et 1 cas surveillé. Par ailleurs, 8 cas d'hématomes sous duraux chroniques furent

opérés. Trois cas d'AVCH ont été opérés. Trois patients ont été opérés pour suppurations intracrâniennes. Parmi les 20 cas de traumatismes du rachis, 15 patients étaient déficitaires dont 7 cas d'accident de la voie publique (AVP) et 8 cas en rapport avec l'orpaillage traditionnel. Cinq cas ont bénéficié d'un traitement orthopédique. Sur les 15 patients, neuf ont été opérés et 6 patients ont signé la décharge.

En somme, parmi les 82 admis : 32 crânes et 9 rachis ont été opérés soit un total de 41 cas ; 21 crânes et 11 rachis ont échappé à la chirurgie soit un total de 32 patients. La durée moyenne de séjour pour nos patients opérés est de 8 jours avec des extrêmes allant de 5 à 35 jours. Malgré nos efforts, 9 cas de décharge par faute de moyens ou par simple conviction thérapeutique ont été notés. Sept cas d'escarres ont été enregistrés au total ; dont 2 constatées à l'arrivée aux urgences, 3 cas contractées aux urgences, 1 cas survenu à la réanimation et 1 cas survenu au service de neurochirurgie. Les 2/3 des patients hospitalisés ont fait le paludisme au cours de leur hospitalisation. Deux cas d'infection nosocomiale graves ont été notés et qui ont répondu favorablement aux antibiotiques.

Tous les patients opérés ont été admis dans les services hospitaliers, mais 2 cas furent retournés aux urgences par faute de place en Neurochirurgie. Dans les cas où la chirurgie est retardée pour une raison quelconque, une attente de 24 à 72 heures est accordée aux patients au SAU afin de pouvoir les drainer directement au bloc opératoire et toujours par la voie des urgences. Trois patients sont décédés (2 cas d'AVCH et 1 cas de traumatisme du rachis cervical), soit un taux de 3,7%. Le diagramme suivant montre le parcours des patients admis au SAU où un avis neurochirurgical (NCH) a été sollicité.

## Discussion

L'accès et la qualité aux soins sont très souvent considérés par les usagers des structures sanitaires comme les éléments essentiels de la performance d'un système de santé. Quant à l'accès aux soins, le défaut de continuité des soins liés à la maladie et/ou la non admission du patient par ignorance ou la non implication des proches du malade et l'insuffisance du plateau technique restent les principaux indicateurs de l'échec thérapeutique dans notre contexte. Quant à la qualité des soins, le SAU dispose d'un médecin urgentiste, de 03 médecins généralistes, de trois infirmiers fonctionnaires et des stagiaires. Ce nombre insuffisant de personnel médical et paramédical pour ce département polyvalent retentit négativement sur notre système. Ailleurs, la formation continue des praticiens fait défaut. En outre, le SAU dispose au total de dix lits d'hospitalisation, 4 lits d'accueil et de 2 chariots de

soins. Ce dispositif est largement au deçà de la moyenne recommandée par l'OMS [1].

Cette qualité des soins est un concept multidimensionnel parmi lesquels l'accès aux soins et leur offre de façon continue, adéquate et équitable doivent être de mise. De nos jours, la qualité des soins préoccupe les acteurs des systèmes de soins de nombreux pays dont le Mali, quels que soient le système ou la structure de financement [2]. Le ministère de la santé et de l'hygiène publique du Mali, à travers son Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé s'est proposé de traduire dans les faits la volonté de répondre à la requête du peuple malien en matière d'équité, de justice sociale et de solidarité, afin de permettre l'accès aux services de santé préventifs et curatifs [3]. Pour atteindre cet objectif, la stratégie proposée vise à garantir à l'ensemble de la population, sans exclusion aucune, l'accès à un paquet minimum d'activités (PMA) qui devrait être offert au niveau des Centres de Santé Communautaire (Cscm), des Centres de santé de l'arrondissement (Csar), des Centres de santé de référence (Csref) et même au niveau des Etablissements publics hospitaliers (EPH) de 3<sup>ème</sup> niveau. Ce PMA est motivé par l'ambition de fournir une palette de soins de santé essentiels, préventifs, curatifs et promotionnels, rendus « universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles » [3]. En ce qui concerne l'hôpital du Mali, ce PMA n'est pas une actualité mais sa disponibilité quotidienne fait défaut. La gestion des patients neurochirurgicaux au SAU occupe une place non négligeable dans l'arsenal thérapeutique et font de cet hôpital l'un des meilleurs pionniers de la place. Cependant, ce flambeau ne restera éternel que s'il y ait des préalables parmi lesquelles l'accès et la qualité aux soins.

Bien que la capacité à définir la qualité des soins se soit beaucoup améliorée ces dernières années grâce aux travaux internationaux, il existe en effet de nombreuses définitions [4]. Donabedian A., un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de la qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins » [5]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...] lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...[6] ».

Mais la définition la plus largement admise vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats

de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [7].

L'Hôpital du Mali est une nouvelle structure avec une capacité d'accueil très limitée et un personnel médical et paramédical très insuffisant. A tout ceci s'associe le manque crucial de moyens financiers de plusieurs patients afin d'assurer les premiers soins malgré le contexte d'urgence. Dans ces conditions, le temps d'attente des patients au SAU pour la réalisation de leur bilan diagnostique devient très long. Tout ceci répercutera sur leur prise en charge initiale et qui a pour conséquences l'aggravation de leur statut neurologique avec parfois des décès et/ou des complications de décubitus telles les escarres. Mais devant l'urgence vitale absolue, les soins sont assurés par l'hôpital dans un but diagnostique et thérapeutique. Dans ces situations, le remboursement des sommes dues se fera ultérieurement soit par la famille du patient ou par le ministère de la santé et de l'hygiène publique. L'accès au bloc opératoire peut parfois être retardé par la non disponibilité du personnel soignant.

La gestion des risques associés aux soins neurochirurgicaux à l'HM passe par la qualité et l'offre des soins que bénéficieront ces différents patients depuis leur admission jusqu'à leur sortie de

la structure. Notre choix a porté sur les urgences car c'est le portail qui reçoit plus de patients.

### Conclusion

L'hôpital du Mali est un établissement public de niveau 3, qui malgré son jeune âge, fait partie des hôpitaux les plus performants du Mali. A cet effet, il doit bénéficier à tous les niveaux y compris le SAU, d'un plateau technique adéquat et d'un personnel médical et paramédical suffisant afin d'assurer une prise en charge correcte et continue des patients. L'offre et la qualité des soins dans cette structure doit être la hantise de tous les praticiens afin d'espérer un jour une éventuelle accréditation. Dans le futur, pour consolider ces acquis, il faut : 1) étendre la couverture médicale universelle (CMU) à tous les maliens afin d'accéder aux soins, 2) équiper de façon adéquate toutes les structures sanitaires du Mali, 3) recruter le maximum de professionnels de la santé, 4) mettre en place un questionnaire pour le public afin d'apprécier les principaux indicateurs de la qualité des soins. Tous ces différents points nécessitent l'accompagnement des politiques au niveau du gouvernement et plus précisément au niveau du Ministère de la Santé.

### Références

1. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle [Delivering quality health services : a global imperative for universal health coverage]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / La Banque mondiale ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Marie-Odile Safon. Les indicateurs de la qualité des soins en France et à l'étranger. Bibliographie thématique, Mars 2018. Centre de documentation de l'Irdes.
3. Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé (PSN/RSS) 2009-2015.
4. Or Z. et L. Com-Ruelle (2008). La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Journal d'économie médicale 2008;26(6)..
5. Donabedian A. The definition of quality and approaches to the management, vol. 1: Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
6. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. (1988). Quality assessment and assurance in primary health care. OMS Offset Publication, n° 105. Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for 21st century. Washington DC : National Academy Press.