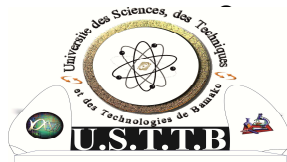


MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire: 2012-2013

N°-----/

TITRE

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des
urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la
Commune V**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le -----
devant la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie du Mali*
M. Al hassan Tamba TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président du Jury : Pr. Mamadou TRAORE

Membre du jury: Dr. Tioukani Augustin THERA

Codirecteur de thèse : Dr. Soumana Oumar TRAORE

Directeur de thèse : Pr. Issa DIARRA

Dédicaces et Remerciements

Dédicaces

Je dédie ce travail:

A Allah, le Tout Puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je te rends grâce de m'avoir donné la force et la détermination pour la réalisation de ce travail.

A son Prophète (paix et salut sur lui)

A mon Père : Tamba Traoré

Papa tu as permis que nous ayons une véritable éducation.

Tu es un modèle de bonté, d'abnégation dans l'adversité .Trouve à travers ce travail qui est le tien, l'amour et l'admiration que j'ai pour toi. Que Dieu le Tout Puissant t'apporte satisfaction pour tous les efforts qui ont permis que nous soyons ce que nous sommes aujourd'hui .Merci d'avoir cru en moi. Que Dieu t'accorde encore longue vie

A ma Mère : Djénéba Coulibaly

Mère irréprochable, ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde font de toi une femme admirée et respectée de tous.

Le grand amour pour le travail, que tu as su inculquer en moi m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce document. Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants et il va de soit que tu en récoltes les fruits. Ce travail en est un, qu'il réjouisse ton cœur.

Je prie DIEU de tout cœur qu'il te garde très longtemps auprès de nous.

- **A mes Tontons et Oncles** : Balla Keita, Colonel major Issa Diarra, Madou Coulibaly, Diagui Traoré, Gassou Coulibaly, Mami Drago :

L'étape a été difficile, vous vous êtes beaucoup sacrifiés pendant mes études pour ma réussite. Ce travail est le résultat de vos efforts. Aucune expression orale

ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance. Qu'Allah vous bénisse, vous accorde sa grâce, sa miséricorde, qu'il vous donne une longue vie à vous tous et à vos enfants. Amen !

A mes tantes Safiatou, Minata, Oumou, Sitan Coulibaly, Fatoumata Coulibaly :

Pour vos sages conseils et tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mes études. Qu'Allah vous accorde longue vie. Mes sincères reconnaissances à vous Toutes.

A mes frères et sœurs : Dialla Tamba, Issa Tamba, Nouhoum Tamba, Adama Tamba, Al houssein Tamba Traoré ; Souleymane koné, N'tjie Keita, Lamine Diarra, Mohamed Noyan, Kady, Nahan Keita ; Salimata Yaya, Mahamadou Yaya, Fatoumata Yaya Traoré

Ce travail est aussi le votre. Serrons d'avantage la ceinture nous allons atteindre nos objectifs inch ALLAH. Bon courage et bonne continuation à vous tous.

A ma fiancée Dr Maïmouna Keita :

Je vous dis merci pour votre soutien inestimable pour la réalisation de ce travail. Reçois ici l'expression de ma plus grande tendresse. Je te souhaite une longue carrière, pleine de santé et de succès.

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Colonel Majeur Issa Diarra :

Les mots me manquent pour vous remercier. Nous avons été impressionnés par votre courage, votre rigueur scientifique. Votre simplicité dans la vie courante m'a beaucoup marqué. Puisse DIEU vous protège et vous donne longue vie.

Dr TRAORE Soumana Oumar, Dr Sanata Sogoba, Dr DEMBELE Adama, Dr TRAORE Oumar M, Dr SILIMANA Fanta COULIBALY, Dr DICKO Albachar, Dr SISSOKO Hamady, Dr Bagayoko Aliou, COULIBALY Gada, Dr TRAORE Bouagui :

Vous avez été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail. Merci infiniment et je vous serai toujours reconnaissant.

Aux personnels du CSREF CV :

Vous m'avez accueilli dans votre centre de santé comme cela se doit : les médecins, les sages-femmes, les anesthésistes paramédicaux, vous avez tous contribué à ma formation.

C'est le lieu pour moi de vous remercier et de renouveler mon attachement à votre professionnalisme. Recevez d'un sens exceptionnel, ma reconnaissance et acceptez mon pardon.

Que Dieu vous garde tous longtemps en bonne santé.

A mes amis et amies :

J'espère que tout le monde se reconnaitra dans cette dédicace.

C'est avec un sentiment de satisfaction que je vous remercie.

A mes collègues de promotion et cadets :

Nous avons partagé des moments de galère et de bonheur recevez toute ma reconnaissance.

- **Tous les faisant fonction d'internes au CSREF CV.**
- **Tous les D.E.S en Gynécologie Obstétrique.**
- **Toute la troisième promotion du numéris clausus**

HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur de Gynécologie-obstétrique

Secrétaire Général de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle

Coordinateur national du programme GESTA internationale

Coordinateur de l'URFOSAME au CSRéf CV

**Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District
de Bamako.**

Cher Maître,

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre rigueur scientifique, et votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent admiration.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

Permettez-nous ici, cher maitre de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et juge

Docteur Tioukani Augustin THERA

Gynécologue-obstétricien au centre Hospitalier Universitaire du point G

Maître Assistant à la FMOS

Ancien chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianakoro

Fomba de ségou

Cher maître,

Vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre maitre et co-directeur de thèse :

Docteur Soumana Oumar TRAORE

**Gynécologue-obstétricien au Centre de Santé de Référence de la
Commune V du district de Bamako.**

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de diriger cette thèse.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynécologie-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout Puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants. Amen !

A notre maitre directeur de thèse

Professeur Issa DIARRA

- **Gynécologue obstétricien à la maternité de Garnison de Kati;**
- **Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Médecin colonel Major de l'armée malienne ;**
- **Haut fonctionnaire de défense et ancien directeur central des services de santé de l'armée du Mali ;**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;**

Honorable maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Liste des Abréviations et Sigles

ASACO : Association de santé communautaire

ADASCO : Association de santé communautaire de Daoudabougou

ASACODA : Association de santé communautaire de Daoudabougou

ASACOSAB : Association de santé communautaire de Sabalibougou

ASACOTOQUA : Association de santé communautaire de Torokorobougou et
de Quartier Mali

ASACOGA : Association de santé communautaire de garantiguibougou

ASACOMBADJI : Association de santé communautaire de bacodjicoroni

ASACOKAL : Association de santé communautaire de Kalabancoura

ASCODA : Association de santé communautaire de Daoudabougou

CSCom : Centre de santé communautaire

CS Réf : Centre de santé de référence

CPN : Consultation prénatale

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

EDS IV : Enquête démographique et de sante IV

FELASCOM : Fédération local des associations de Santé communautaire

FENASCOM : Fédération national des associations de Santé communautaires

FERASCOM : Fédération régionale des associations de Santé communautaires

PED : Pays en développement

PEV : Programme élargie de vaccination

PF : planification familiale

URFOSAME : unité de Recherche et Formation en Santé de la Mère et de
l'Enfant

URENI : unité de récupération, d'éducation, nutritionnelle et infantile

IO : Infirmière obstétricienne

SF : Sage femme

SOMMAIRE

1- INTRODUCTION	1
2- OBJECTIFS DE L'ETUDE	8
3- GENERALITES	9
4- METHODOLOGIE	27
5- RESULTATS	43
6- COMMENTAIRE ET DISCUSSION	60
7- CONCLUSION	65
8- SUGGESTIONS	66
9- REFERENCES	67
10- ANNEXES	71

Liste des tableaux

Tableau I: Soins réalisés aux patientes et aux nouveaux nés en SONUB et SONUC

Tableau II: Evolution des taux de couverture par activité dans le District sanitaire de la Commune V de 2008 à 2011

Tableau III: Variables et leur opérationnalisation

Tableau IV : Répartition des patientes évacuées selon la provenance

Tableau V : Répartition du personnel qualifié par catégorie par CSCom en 2011 dans le district sanitaire de la Commune V

Tableau VI: Matériel technique pour la prise en charge de l'urgence obstétricale au CS Réf CV

Tableau VII : Existence d'ordinogramme de prise en charge des urgences obstétricales dans les salles d'accouchement des CSComs du district sanitaire de la Commune V en 2011.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le montant payé pour la Référence/Evacuation.

Tableau IX : situation de paiement de la quote-part par acteurs/structure du système de Référence/Evacuation.

Tableau X: Points forts, points à améliorer, opportunités, menaces

Listes des Figures

Figure 1: Cadre conceptuel pour l'évaluation du système de Référence/Evacuation

Figure 2 : Circuit normal de la patiente

Figure 3 : Autres circuits possibles des malades

Figure 4 : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé

Figure 5: Répartition des patientes selon qu'elles soient accompagnées ou non par un personnel de santé.

Figure 6: Répartition des patientes selon l'abord veineux

Figure 7: Répartition des patientes selon l'adéquation de la Référence/Evacuation.

Figure 8: Répartition des patientes selon le caractère justifiée.

Figure 9: Répartition patientes selon le caractère opportune.

INTRODUCTION

1- INTRODUCTION :

Les urgences obstétricales sont des causes multiples de décès maternels et néonataux et s'expriment par des tableaux cliniques divers qui ont en commun l'urgence thérapeutique [1]. Elles ont toujours posés des problèmes de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en voie de développement, tant par leur ampleur que par leur prise en charge. Chaque minute une femme meurt des complications imputables à la grossesse, à l'accouchement et à la période du post-partum. 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement [1].

La mortalité maternelle peut être maîtrisée si les complications de la grossesse sont prises en charge correctement et en temps opportun. La solution du problème de la mortalité est aussi d'ordre organisationnel [1].

Ainsi en 1978, à Alma Ata, les pays en développement ont opté pour un système de prestation de soins de type pyramidal pour mettre à la disposition des populations des soins de base et de proximité.

La liaison entre les différents niveaux des soins est un élément essentiel depuis le début des soins de santé primaire (SSP). Le système de Référence/Evacuation a été conçu pour servir de complément au principe des SSP qui est de traiter les patients à un premier niveau de soins aussi près que possible de leur habitation avec toute la compétence nécessaire [2]. Ainsi; les niveaux de soins suivants ont été identifiés selon la pyramide sanitaire au mali:

- le premier niveau de contact de la population avec les services de santé est le Centre de santé communautaire (CS Com),
- le deuxième niveau de contact ou premier niveau de Référence est le centre de santé de Référence (CS Réf)
- le troisième niveau de contact est les Hôpitaux régionaux et nationaux ou deuxième niveau de référence de santé [1].

L'organisation du système de Référence/Evacuation garantit la cohésion du système de santé.

La présente étude a pour but d'évaluer le système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district sanitaire de la Commune V.

1.1- ENONCE DU PROBLEME :

Chaque année environ 8 millions de femmes dans le monde souffrent d'une complication liée à la grossesse et à l'accouchement; on estime à 585 000 le nombre de femmes qui en meurent [3]. Selon De Bernis pour les femmes en âge de reproduction, les complications obstétricales sont la principale cause mondiale de mortalité et de morbidité [4].

En Afrique sub-saharienne, une femme a un risque sur 16 de mourir d'une complication liée à la grossesse au cours de sa vie; dans les pays industrialisés, ce risque est de 1 sur 2800 [3].

Devant l'ampleur du problème, les Premières Dames d'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 considérablement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

Au Mali, selon la dernière Enquête Démographique et de Santé 2006 (EDS IV) le ratio de mortalité maternelle serait de 464 décès pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale était de 46 pour 1000 [5].

La fréquence des évacuations obstétricales au Mali est diversement appréciée comme le montre ces différents travaux ci-dessous:

- 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-structurelles [6].

- Une étude menée au CS Réf de la Commune V en 2010 a révélé que parmi les femmes admises dans le service de gynécologie-obstétrique les évacuées représentaient 24,60% [7].

- En 2006 à Bougouni : 52,64% des urgences obstétricales avec 2,4% de décès intra-structurelles et 26,7% de taux de décès perinatal [8].

- 2006 à Sikasso : 17,15% des urgences obstétricales avec des taux de mortalité maternelle et néo-natale respectifs de 4,6% et 45,79% [9].

Pour réduire les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, il est capitale de référer les femmes à temps vers les structures mieux équipées.

D'après Adamson Peter : 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 [1].

Selon d'autres praticiens, il est important de privilégier les Consultations prénatales (CPN), la formation et le recyclage des prestataires de santé et de faire en sorte que les examens complémentaires (Imagerie et biologie) soient standardisés et subventionnés par l'état [1]. Pour cela une place importante est à accorder au transfert des parturientes vers les centres mieux équipés ou spécialisés.

Ainsi, des stratégies efficaces de résolution de ces problèmes ont été préconisées et mises en place à savoir :

- la promotion de la planification familiale ;
- la promotion des consultations prénatales ;
- la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

L'accès aux SONU est souvent une question de transport. Les interventions qui visent à améliorer le transport des femmes avec 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 (SONUB à SONUC) [10].

L'accès aux SONU est aussi une question financière. Les coûts associés au transport, aux services rendus, aux fournitures médicales et aux médicaments peuvent être trop élevés pour certaines femmes et familles [10].

Le système de Référence/Evacuation demeure particulièrement important pour les soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, pour donner 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, a montré que l'autoréférence représente 70% de toutes les admissions en maternités, Références pour accouchement 84% et les Références d'urgences 1,2% [11].

Au Mali le système de Référence/Evacuation a été instauré en 1993 dans le cadre de la politique sectorielle de la santé.

Ce système de Référence/Evacuation intègre deux niveaux de Référence:

- Du 1^{er} contact aux CS Réf
- Du CS Réf aux hôpitaux

Depuis le lancement du système de Référence/Evacuation le suivi se fait à travers l'exploitation des rapports des différents centres de santé.

Cette présente étude évaluative tentera de répondre à deux questions principales à savoir:

« Quels sont les difficultés d'ordre organisationnel et fonctionnel du système de Référence/Evacuation dans le District sanitaire de la Commune V ? »

« Quel est le niveau d'implication des communautés dans le financement et la gestion du système.

1- 2- CADRE CONCEPTUEL:

Ce cadre conceptuel décrit la logique d'intervention du système de Référence/Evacuation, les recours ainsi que les résultats attendus à chaque niveau.

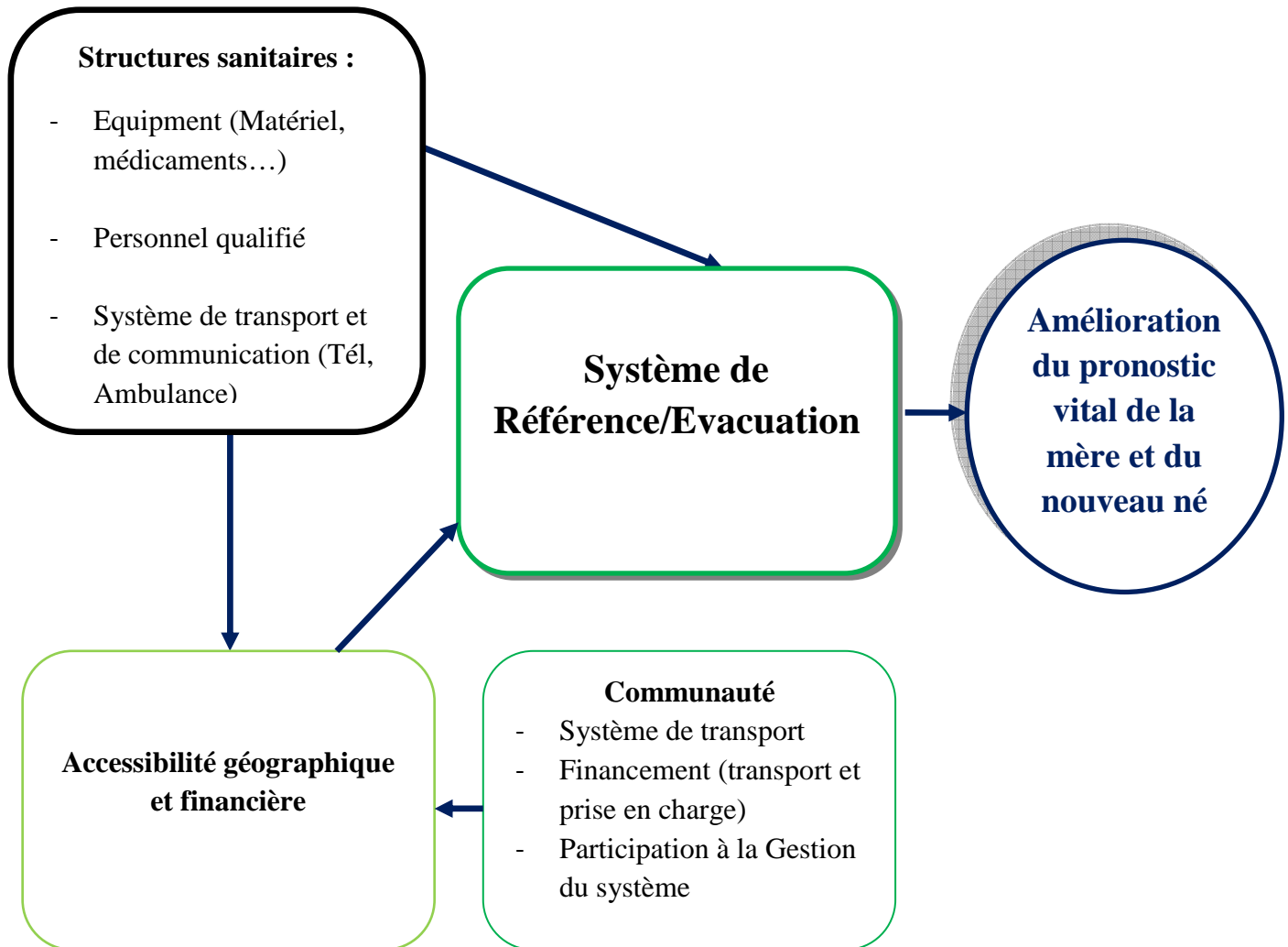


Figure 1: Cadre conceptuel pour l'évaluation du système de Référence/Evacuation.

Note explicative du cadre conceptuel :

L'efficacité du système de Référence/Evacuation pour les urgences obstétricales dépend de plusieurs facteurs qui sont :

- la disponibilité d'infrastructures sanitaires équipées en matériels, médicaments, consommables et supports facilite la prise en charge des urgences obstétricales.
- la disponibilité du personnel qualifié, motivé et supervisé régulièrement à mesure de poser le diagnostic d'urgence et prendre une décision de référer à temps améliore la qualité du système de Référence/Evacuation ;
- l'existence d'un système de communication et transport en permanence ;
- l'implication de la communauté dans la gestion et le financement est une garantie pour la pérennisation du système.

Ces facteurs sont des intrants déterminants pour la mise en place d'un système de Référence/Evacuation.

La conjugaison de ces intrants aboutira à une amélioration des conditions de transport et une augmentation de l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à temps. Ceci peut entraîner une satisfaction des patientes et de la communauté et aura pour conséquence le recours précoce aux soins par la communauté ; Il faudrait à tous les niveaux (centres de santé communautaire, centre de santé de référence, organes de gestion, mairie) que l'organisation, le fonctionnement et la coordination soient assurés avec l'implication des communautés. Même si la disponibilité d'un système de communication et de transport a un effet sur l'accessibilité géographique, la non implication des différents acteurs est un obstacle. De même l'absence d'un système de prépaiement des soins peut avoir des répercussions sur la prise en charge de la femme.

1-3- HYPOTHESE DE RECHERCHE :

Le schéma directeur du système de Référence/Evacuation n'est pas respecté dans le District sanitaire de la Commune V de Bamako.

2- OBJECTIFS DE L'ETUDE :

2-1 - Objectif général :

Evaluer le système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako en 2011.

2-2- Objectifs spécifiques :

- Décrire l'organisation et le fonctionnement du système de Référence/Evacuation dans le district sanitaire de la Commune V.
- Identifier les insuffisances du fonctionnement du système de Référence/Evacuation dans le district sanitaire de la Commune V.
- Formuler des suggestions en vue d'améliorer le système de Référence/Evacuation dans le District sanitaire de la Commune V.

3- GENERALITES :

3.1- Définition des concepts :

Référence : C'est le mécanisme par lequel une formation sanitaire périphérique oriente un cas qui dépasse sa compétence vers une structure mieux équipée.

Le processus de référence passe par les étapes suivantes :

- La préparation de l'urgence par le centre qui réfère (utilisation de la fiche de référence, information de la patiente et ses parents, abord veineux) ;
- L'acheminement de la patiente (véhicule médicalisé, accompagné d'un agent et soins médicaux en cours de transport) ;
- La réception de la patiente à la maternité de référence.

Contre-référence : C'est le processus mis en place pour assurer la retro information d'un centre de santé ayant reçu un malade pour des soins plus spécifiques vers le centre de santé l'ayant adressé le malade.

La fiche de retro information doit évoquer : la genèse du transfert, le diagnostic retenu, les soins reçus et la suite du traitement et les recommandations par rapport aux insuffisances relevées lors de la prise en charge au niveau de la structure périphérique.

Evacuation obstétricale : C'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

L'évacuation concerne une parturiente en travail évacuée en urgence ou non en travail mais pour une complication grave nécessitant une hospitalisation SAGO (Dakar 1998).

Urgences obstétricales : Ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestres de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42^{ème} jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme.

Les principales urgences obstétricales selon les normes internationales sont de 7 catégories :

- **Les hémorragies :** Selon l'OMS les hémorragies sont des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml. Mais des pertes moindre peuvent dangereuses être chez une femme enceinte.

- **Les infections :** Les plus fréquentes : l'endométrite, la pelvipéritonite, la rétention infectée du post-partum, l'infection ovulaire et la pyélonéphrite.

- **L'avortement :** C'est une interruption de grossesse avant le terme théorique de 180 jours soit 28 semaines d'aménorrhée. Ce sont les complications de l'avortement provoqués qui sont le plus souvent fâcheuses.

- **La Pré-éclampsie / éclampsie :**

✓ **La pré-éclampsie :** est la survenue d'une hypertension artérielle avec protéinurie et / ou œdème des membres inférieurs entre la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et le 42^{ème} jour des suites de couches chez une femme enceinte sans antécédents d'HTA.

✓ **L'éclampsie :** c'est un syndrome vasculo-rénal caractérisé par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail d'accouchement ou plus rarement les suites de couches [12].

- **Le travail dystocique / prolongé :** C'est une anomalie de l'accouchement du aux présentations irrégulières, aux rétrécissements pelviens, la dystocie dynamique (anomalie de la contraction utérine, anomalie de la dilatation cervicale).

- **Les maladies intercurrentes :** l'anémie, le paludisme et la drépanocytose

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) : Ils constituent les soins obstétricaux et néonataux essentiels destinés à prendre en charge les complications inattendues et urgentes liées à la grossesse et a l'accouchement.

Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

Les soins obstétricaux d'urgence (SONU) sont classés en deux catégories: les soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) et les soins obstétricaux et néonataux complets (SONUC) [4].

Le tableau suivant résume la différence entre SONUB et SONUC.

Tableau I: Soins réalisés aux patientes et aux nouveaux nés en SONUB et SONUC

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base				Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
Administration	d'antibiotique	par	voie parentérale	Tous les SONU de base plus : Césariennes Transfusion sanguine
Administration	d'ocytocique	par	voie parentérale	
Administration	d'anticonvulsif	par	voie parentérale	
Extraction manuelle du placenta				
Révision utérine ou curetage				
Accouchement par voie basse assisté (ventouse obstétricale, forceps)				
Soins et réanimation du nouveau-né				

Système de Référence/Evacuation :

C'est l'ensemble des ressources organisées et mises en place pour assurer une prise en charge rapide et adéquate des urgences obstétricales en agissant efficacement sur les trois retards.

Référence justifiée :

La référence est dite justifiée si le centre de santé qui réfère ne dispose pas de plateau technique adéquat pour prendre en charge un problème obstétrical.

Référence opportune : Une référence est opportune si elle est réalisée à temps c'est-à-dire dans un délai de moins de 4 heures pour les urgences obstétricales.

Référence adéquate : Une référence est adéquate lorsque les modalités de la référence ont été correctes : prise en charge au CSCOM correct, information donnée aux patients et lieu de référence correcte.

3.2- Revue de la littérature :

3.2.1- La mortalité maternelle dans le monde :

Chaque année environ 585.000 femmes dans le monde meurent d'une complication liée à la grossesse et à l'accouchement [3]. Selon De Bernis [4], chaque minute 380 femmes tombent enceinte (dont 190 sont des grossesses non planifiées ou non voulues), 110 femmes souffrent d'une complication obstétricale, 40 femmes se font avorter dans de mauvaises conditions et une femme meurt d'une complication liée à la grossesse.

Les taux de mortalité maternelle varient beaucoup d'une région du monde à l'autre et de grandes disparités existent entre les pays industrialisés et les pays en développement (PED). De tous les indicateurs de santé fréquemment utilisés, c'est avec celui de la mortalité maternelle que l'on voit le plus grand écart entre les pays développés et les pays en développement [4].

Les taux de mortalité maternelle sont environ 100 fois plus élevés dans les pays en développement que dans les régions industrialisées [13]. Bien que la plupart des pays développés affichent aujourd'hui des taux de mortalité maternelle très faibles (exemple : environ 3/100.000 au Canada, selon Santé Canada, 2003), les pays en développement eux se retrouvent toujours avec des taux dépassant souvent 1000 décès maternels par 100.000 naissances vivantes.

Pour l'année 2000, on a estimé à 529.000 le nombre de décès maternels dans le monde dont 251 000 en Afrique (47%), 253.000 en Asie (48%), 22.000 en

Amérique latine et les Caraïbes (4%), et 2500 dans les pays les plus développés (<1%) [13].

Les décès maternels ne sont qu'une partie du problème. La morbidité maternelle est aussi une conséquence importante des complications obstétricales. Bien que la majorité des femmes qui ont une complication liée à la grossesse s'en sortent bien, certaines d'entre elles restent avec des conditions incapacitantes [10].

On estime que 9-15% des parturientes dans les pays en développement souffrent d'une condition incapacitante liée à la grossesse ou à l'accouchement [4].

La mortalité et la morbidité maternelles affectent non seulement les femmes en question, mais aussi leurs enfants, leurs familles et leurs communautés. Dans les pays en développement, la santé des nouveau-nés dépend en grande partie de la santé de leurs mères. Quand une femme meurt durant l'accouchement ou peu de temps après il y a de très fortes chances que son nouveau-né meurt aussi [14].

Le décès d'une femme peut aussi avoir un impact considérable sur la communauté par la perte d'un membre important de la vie communautaire.

3.2.2- Causes et déterminants de la mortalité maternelle :

Les déterminants de la mortalité maternelle sont multiples. McCarthy et Maine [15] ont été parmi les premiers à proposer un cadre conceptuel global pour analyser ces facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle. Ils ont analysé les cadres couramment utilisés dans le passé, la littérature sur la mortalité maternelle et les interventions dans le domaine pour développer ce nouveau cadre intégré. Ils ont conclu que tous les déterminants de la mortalité maternelle agissent par une séquence de trois déterminants intermédiaires :

- la probabilité qu'une femme ait une grossesse,
- la probabilité qu'une femme enceinte ait une complication liée à la grossesse et
- la probabilité de mourir d'une telle complication.

Les interventions doivent donc, selon eux, s'adresser à un de ces déterminants pour être efficaces.

Selon l'OMS, les décès par causes obstétricales directes sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omission, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultants de l'un quelconque des facteurs ci-dessus [1].

3.2.3- Stratégies et interventions :

La mortalité maternelle est de plus en plus reconnue comme un problème de santé majeur au niveau mondial [16]. La campagne Safe Motherhood, lancée en 1987 lors d'une conférence à Nairobi, au Kenya, fut la première initiative d'envergure internationale à mettre la mortalité maternelle au premier plan [17].

En 2000, les Nations Unies ont adopté la Déclaration du Millénaire qui met de l'avant huit objectifs généraux à atteindre pour améliorer les conditions de vie de la population mondiale. La réduction de la mortalité maternelle figure parmi ces objectifs, avec une cible précise de réduire de 75% la mortalité maternelle d'ici 2015 [18].

Plus récemment, l'Organisation mondiale de la santé a choisi la mortalité maternelle comme thème de la Journée mondiale de la santé 2005. L'OMS a ainsi lancé l'appel à la communauté internationale pour intensifier les efforts pour réduire la mortalité maternelle et atteindre cet objectif du millénaire [1].

Les interventions et les stratégies spécifiques mises en place pour la réduction de la mortalité maternelle sont variées. Elles peuvent être catégorisées selon les trois déterminants généraux évoqués ci-haut par McCarthy et Maine [15].

Le premier groupe d'interventions vise à réduire la probabilité d'une grossesse, surtout dans les endroits où le taux de fertilité est élevé. Se situent dans ce groupe les programmes de planification familiale, d'éducation sexuelle dans les communautés et avec les adolescents, de promotion des méthodes contraceptives.

Le deuxième groupe d'interventions cherche à réduire la probabilité qu'une femme enceinte ait une complication sérieuse liée à sa grossesse. On y retrouve entre autres les programmes promouvant le suivi prénatal dans le but de prédire et prévenir les complications.

Le troisième groupe d'interventions comporte celles qui visent à diminuer la probabilité qu'une femme avec une complication liée à la grossesse en meurt. Ces interventions portent sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence [10].

Depuis longtemps, une grande partie des interventions en santé maternelle ont cherché à réduire le nombre de complications obstétricales chez les femmes enceintes [15]. L'activité privilégiée fut la promotion du suivi prénatal. L'OMS reconnaît que le suivi prénatal est une occasion propice pour créer des liens entre les femmes et le système de soins et pour mieux planifier l'accouchement [12].

On ne peut donc pas prédire ni prévenir la plupart des complications obstétricales, mais on peut les traiter avec des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) efficaces.

Des études démontrent que 9 décès sur 10 pourraient être évités grâce à ces traitements médicaux déjà bien connus [31]. Malheureusement, une grande proportion des femmes dans les pays en développement n'ont pas accès ou ont difficilement accès à ces services.

Pour ces raisons, la communauté internationale se concentre d'avantage sur les interventions qui visent la qualité et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Tel que résumé par Maine et al. [10] « cette approche repose sur un certain nombre de prémisses :

- une partie des femmes enceintes développeront des complications obstétricales ;
- on ne peut ni prédire, ni prévenir la majorité de ces complications ;

- les femmes qui présentent des complications devraient donc recevoir rapidement les soins obstétricaux et néonataux d'urgence qui leur sauveront la vie et préviendront la morbidité à long terme.

3.2.4- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) :

Le fait d'avoir des SONUB et des SONUC disponibles et de bonne qualité n'est pas toujours suffisant pour réduire la mortalité maternelle. L'accès à ces soins est tout aussi important. Une femme dans un pays en développement qui a une complication obstétricale a souvent à surmonter plusieurs obstacles afin d'accéder aux SONU. Ces obstacles peuvent être de nature géographique (distance, condition des routes), économique (pas assez d'argent pour payer le transport ou les soins), ou socioculturel (méfiance envers le système médical, autonomie limitée des femmes). Tous ces facteurs font en sorte que les femmes accèdent aux SONU de façon tardive ou bien qu'elles n'y accèdent pas du tout.

Le modèle des trois retards, ou des trois délais, est une façon de diviser le temps qui s'écoule entre l'apparition d'une complication et l'obtention de soins obstétricaux et néonataux d'urgence appropriés. Les trois retards, tels que décrits par Thaddeus et Maine [21], sont :

- le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux SONU ;
- le temps nécessaire pour se rendre à un centre de SONU ;
- le temps écoulé entre l'arrivée au centre de SONU et la dispensation des soins appropriés.

Parmi les facteurs qui peuvent influencer le premier retard, la décision d'avoir recours aux SONU, on retrouve la non reconnaissance des signes de danger et la sévérité de la complication, la distance du centre de santé, la qualité perçue des soins offerts et le refus de la femme ou de la famille d'avoir recours aux SONU pour des raisons économiques ou socioculturelles.

Le deuxième retard est souvent relié à la distribution des centres de santé, la distance de ceux-ci du domicile, les conditions des routes et la disponibilité du transport ainsi que les coûts qui y sont reliés.

Le troisième retard peut être dû à un système de Référence/Evacuation (SONUB à SONUC) inadéquat et/ou à un manque de personnel compétent, de fourniture et d'équipement médical [10].

3.2.5- Système de Référence/Evacuation :

- Références et interventions au niveau des services de santé de première ligne :

Souvent, les agents de santé des structures périphériques n'ont pas accès aux moyens de transport (ambulance du CS Réf), même dans les situations d'urgences [28,29]. C'est donc à la famille d'arranger le transport et les agents de santé les aident selon leurs capacités et leur initiative. Beaucoup de pays (comme la Tanzanie) ont tenté d'équiper les centres de santé de véhicules, mais n'ont pas pu maintenir leur politique à cause des coûts élevés.

Selon Jahn et Kowaleski [28], dans la plupart des pays, une application complète des protocoles nationaux de Référence résulterait en la Référence de 30% à plus de 50% de toutes les femmes enceintes au cours de leur grossesse ou pour l'accouchement. En Tanzanie, 6% à 15% des femmes venant en consultation prénatale reçoivent un avis de référence [11]. Les observances rapportées de la référence varient de 12% au Rajasthan [30], à 33% au Congo [31], 36% au Népal [29] et 46% au Maroc [32].

Le résumé des données disponibles montre que le dépistage anténatal de routine tel qu'il est réalisé dans beaucoup de pays, n'est pas efficace parce que les catégories à risque sont trop vastes et non spécifiques, le dépistage est de mauvaise qualité, les techniques utilisées sont inappropriées et le taux d'observance des avis de référence est bas [33,31, 29]. Cependant, il existe des données indiquant que des interventions sélectionnées de dépistage et de

référence peuvent être bénéfiques si elles sont correctement mises en pratiques [33].

- Références et interventions au premier niveau de Référence :

Pour donner du sens à la Référence/Evacuation et augmenter les chances de survie de la mère et de l'enfant, il faut que les centres de sante de référence donnent des soins obstétricaux de bonne qualité. Ce n'est pas souvent le cas, et une proportion considérable de la mortalité maternelle et périnatale a été attribuée aux soins non adéquats au niveau de référence [21]. Ainsi, la garantie des soins obstétricaux de qualité au niveau de la référence est une condition préalable du succès du système de Référence/Evacuation. L'accessibilité et la perception de la qualité des soins ont été identifiées comme des déterminants de l'utilisation des soins obstétricaux au CS Réf CV. Une option pour améliorer l'accessibilité géographique est de relier les CSComs au CS Réf CV par le téléphone ; et d'envoyer l'ambulance du CS Réf CV en cas d'urgence. Toutefois, cette mesure doit s'accompagner de mesures pour assurer l'accessibilité financière. Au Burkina Faso, les coûts des transports des urgences obstétricales sont couverts par les services de santé, grâce à des bons de carburant [34].

Cependant, l'utilisation des services obstétricaux peut être améliorée par certaines interventions : un service 24 heures sur 24 heures, des attitudes culturellement appropriées, le respect de l'intimité et l'acceptation d'une personne accompagnatrice [11].

Le coût est un facteur crucial dans la décision de référer. En Tanzanie, une moyenne de 2 US\$ était dépensée pour le transport, avec un maximum de 12 US\$ selon la distance et le moyen de transport [11]. La situation au Népal est semblable avec des coûts de transports moyens de 1,5 US\$ et un maximum de 11 UD\$ [21]. En plus de ces coûts s'ajoutent les coûts pour le traitement et la nourriture qui s'élèvent en moyenne à 96 US\$. En 1997, au Mali, le coût moyen

d'un transport par ambulance contacté par radio était de 63 UD\$ et le coût additionnel de la césarienne 84 US\$ [35]. A Kolondièba (Mali) le coût pour une référence d'urgence était de 100 US\$ incluant le transport par ambulance, le kit pour l'intervention et les soins post opératoires. Les coûts étaient couverts par les fonds publiques (35%-58%), les associations de santé gérant les centres de santé (21%-35%) et les patientes elles mêmes (21%-30%).

3.2.6- Facteurs pouvant influencer l'implantation des systèmes de Référence/Evacuation :

Les facteurs pouvant influencer la mise en œuvre et le fonctionnement des systèmes de Référence/Evacuation (système d'ambulance, de téléphone, etc.) sont d'ordre plutôt technique et financier, mais on y retrouve aussi la confiance que les patientes ont dans le système de soins et le personnel de santé.

Tel qu'affirmé par Paine et Tjam [36] p.1485: « Les systèmes de Référence/Evacuation sont faciles à concevoir, mais extrêmement difficile à mettre en pratique. L'efficacité d'un système de Référence/Evacuation dépendra des patientes, la confiance dans les différents niveaux du système de santé, la confiance qu'elles ont dans le personnel, l'efficacité du système d'information sur la facilité ou la difficulté de transport et le temps passé à voyager, les coûts des soins à différents niveaux... ».

Murray et Pearson ont effectué récemment une revue de littérature sur les systèmes de Référence/Evacuation obstétricale dans les pays en développement. Ils soulignent neuf conditions qui semblent être nécessaires pour la réussite d'un tel système de Référence/Evacuation:

- une stratégie de référence basée sur l'analyse des besoins de la population et les capacités du système de soins,
- des ressources adéquates dans le centre de référence,
- une collaboration active entre les niveaux de référence et les différents secteurs,

- des arrangements formels pour la communication et le transport,
- des protocoles adaptés au milieu, pour ceux qui réfèrent et ceux qui reçoivent une référence,
- un encadrement pour les prestataires de soins et une responsabilité envers leur performance,
- une protection contre les coûts d'une référence urgente qui favorise les pauvres,
- une capacité de surveiller l'efficacité du système et
- un appui politique.

3.3- Description de l'organisation et du fonctionnement du système de Référence/Evacuation :

3.3.1- Organisation du système de Référence /Evacuation :

Le système de Référence/Evacuation est un processus de gestion des services de santé d'un District pour une prise en charge efficace et efficiente des malades.

La performance du système dépend des moyens de communication entre les différents niveaux de compétence du personnel et du plateau technique.

Le cadre conceptuel de la Référence/Evacuation par l'alimentation de la caisse de solidarité a pour but d'une part d'assurer la rapidité et le confort du transport de la parturiente et d'instaurer la gratuité du transport d'autre part.

Le système de Référence/Evacuation a pour fonction la prise en charge correcte du malade envoyé à un niveau plus spécialisé avec ou sans notion d'urgence.

Les dispositions sont prises en faveur d'une bonne organisation des activités de Référence/Evacuation parmi lesquelles on peut citer :

- Le développement de leaderships par rapport au cadre conceptuel de Référence/Evacuation (les Collectivités, la FLASCOM, la CS Réf.)
- Le personnel qualifié.
- L'équipement/matériel technique dans la plupart des unités du Centre de Santé de Référence

- L'informatisation de données par les outils informatiques
- Le dépôt de vente de médicaments essentiels génériques.
- La prise en charge gratuite de la césarienne et ses complications (Kit, bilan préopératoire, acte, hospitalisation)
- Le dépôt de pharmacie de garde
- Le bureau des entrées
- La tarification acceptable et accessible des actes
- La prise en charge des autres urgences
- Le comité de gestion fonctionnel
- La dynamique de monitoring du système
- La mise en place d'un mécanisme de suivi / évaluation
- Le mécanisme de communication interpersonnelle
- En matière de personnel pour les activités de Référence/Evacuation la Commune V dispose d'un personnel suffisant formé en périnatalité.
- Les infrastructures existent.
- La patiente a plusieurs possibilités pour accéder aux structures des soins. Au niveau de la Commune V, on note la présence des structures privées, confessionnelles et parapubliques à côté des CSCOM et du CS Réf.

Le circuit normal de patiente que nous proposons de promouvoir à travers le cadre conceptuel de Référence/Evacuation est le suivant :

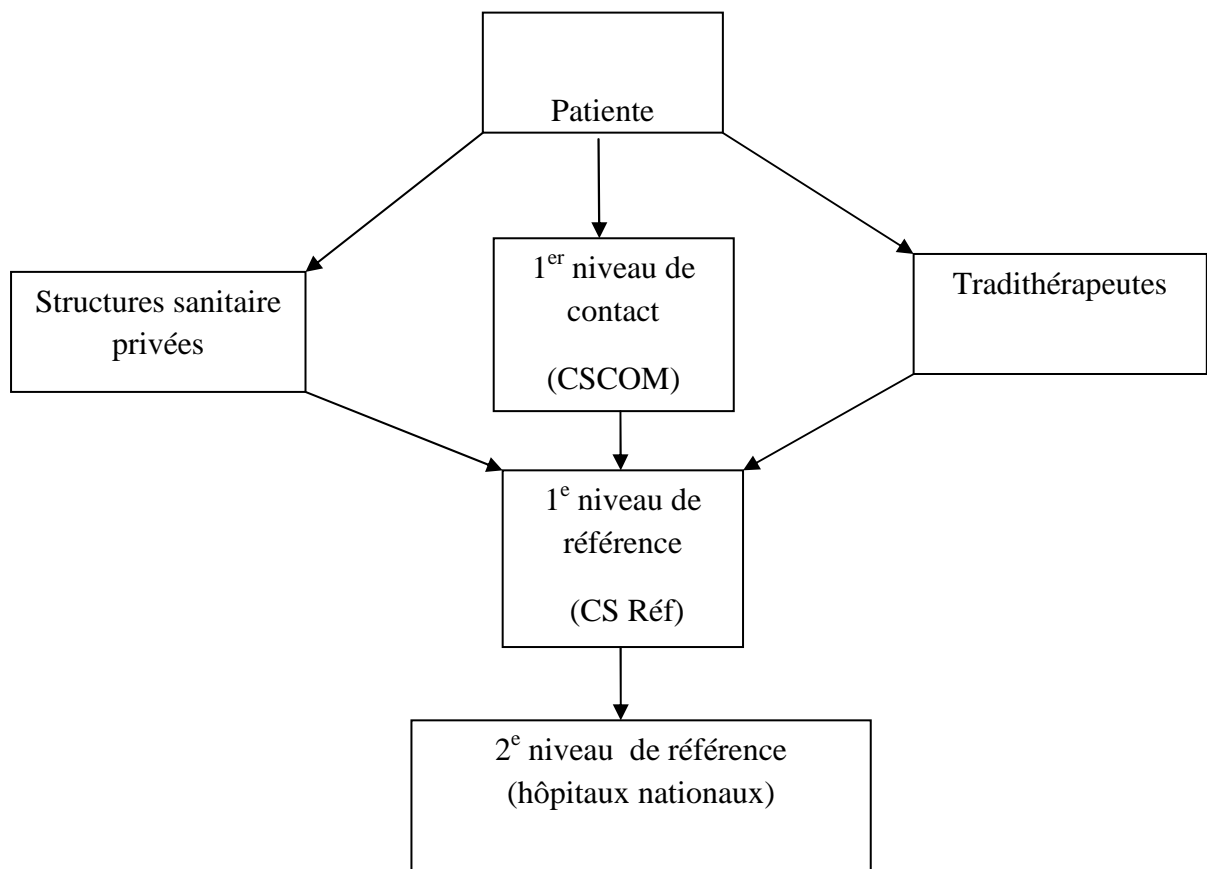


Figure 2 : Circuit normal de la patiente

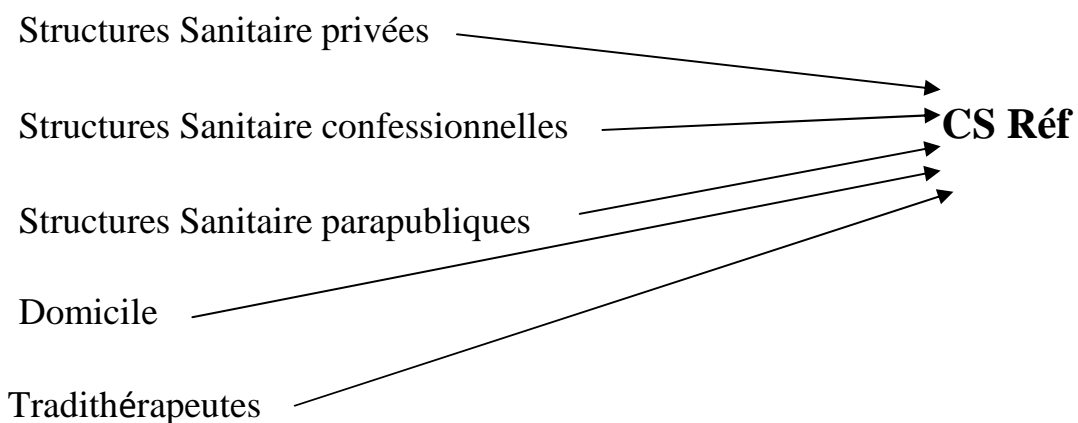


Figure 3 : Autres circuits possibles des malades

3.3.2- Fonctionnement du système de Référence/Evacuation :

Les patientes qui arrivent au niveau des CSComs reçoivent tous les soins du PMA : préventifs, curatifs et promotionnels selon leur plateau technique.

Les cas référés ou évacués doivent être conditionnés et accompagnés par un agent qualifié.

Les cas dont le plateau technique ne permet pas une prise en charge correcte sont référés ou évacués au niveau du Centre de Santé de Référence avec tous les supports nécessaires (fiches de Référence/Evacuation...).

Les patientes référées ou évacuées sont reçues directement par les médecins ou tout autre agent qui a la compétence requise sur présentation de la fiche de référence ou d'évacuation.

NB: la décision d'évacuer ou de référer une patiente étant d'ordre technique, elle relève de la compétence du médecin ou tout autre agent responsable du CSCom ou du CS Réf.

Pour la prise en charge au niveau du CS Réf, plusieurs cas de figure peuvent se présenter parmi lesquels :

a) Les patientes sollicitant directement les services du CS Réf :

Ce sont les patientes qui se présentent directement au niveau du Centre de Santé de Référence pour des consultations du 1^{er} niveau de contact ou des consultations spécialisées (gynécologique, chirurgical, ophtalmologique, odontostomatologie, pédiatrique, laboratoire).

Ces patientes doivent être prises en charge par une unité jouant le rôle de premier niveau de contact au niveau du CS Réf qui assure les consultations et l'orientation des patientes.

b) Les patientes référées par les CSComs ou autres structures :

Ces patientes doivent bénéficier d'une orientation par l'unité du 1^{er} échelon du CS Réf en vue d'une prise en charge directe par les médecins ou techniciens supérieurs spécialisés sur présentation de la fiche de référence.

Les malades se présentant avec une fiche de référence bénéficieront du demi-tarif de la consultation.

c) Les patientes évacuées par les CSComs ou autres structures :

Ces patientes sont reçus et orientées par le service de garde du jour en vue d'une prise en charge par les médecins ou techniciens supérieurs spécialisés sur présentation de la fiche d'évacuation et des autres fiches de renseignements qui l'accompagnent (partogramme , bulletin de consultation ...)

Les malades se présentant avec une fiche d'évacuation bénéficieront du demi-tarif de la consultation ou de la gratuité s'il s'agit de la césarienne.

3.3.3- Modalités de la prise en charge des malades référés ou évacués :

Le CS Réf est responsable de l'accueil et de l'orientation des malades ainsi que la retro-information. Pour chaque cas de figure les éléments suivants de la prise en charge doivent être à jour : fiche d'évacuation, carte d'adhésion, bulletin de visite, cahier de visite, fiche d'attestation du chef de service, certificat d'indigence, carte professionnelle, carnet de santé pour les personnes âgées.

3.3.4- Le financement du système Référence/Evacuation :

Les objectifs de financement du système :

- Assurer l'équilibre financier du Centre de Santé de Référence en vue d'une offre durable des soins.
- Augmenter l'accessibilité financière des usagers référés ou évacués par les structures de 1^{er} niveau de contact à des soins de qualité
- Promouvoir la participation communautaire à la gestion du système de Référence/Evacuation.

Le partage des coûts entre les différents acteurs du système vise à amoindrir les charges liées à l'évacuation pour la parturiente/malade ou sa famille. Il est nécessaire d'identifier les actes qui doivent être couverts par le partage des coûts ainsi que le nombre attendu d'actes et de calculer le coût moyen pour chacun de ces actes. Les éléments pouvant entrer en ligne de compte sont les frais de :

- Carburant pour les ambulances, entretien des ambulances, médicaments consommables, frais d'hospitalisation, médicaments pour soins postopératoires.
- En ce qui concerne la césarienne l'initiative de la gratuité prend en compte les frais des médicaments, les consommables, l'hospitalisation, l'acte chirurgical, les examens préparatoires et les soins post opératoires.

Le mécanisme de financement du système de Référence /Evacuation est basé sur un principe de solidarité pour assurer la prise en charges correcte et gratuite des urgences en général et obstétricales en particulier. Cette solidarité nécessite la participation de tous les acteurs du système. De façon consensuelle, ce financement se fera trimestriellement ou annuellement par la Mairie (collectivités), les ASACO, le CS Réf etc.

Le scénario de prise en charge des femmes en difficulté retenu dans le présent cadre conceptuel est le suivant:

Le CS Réf prend en charge 25%

L'ensemble des ASACO 10 %

La Mairie 65 %

Le système de Référence/Evacuation comprend deux organes :

- **Un comité de gestion de la caisse de solidarité** composé d'un président, un trésorier, un secrétaire administratif, deux commissaires au compte et des membres de droit.

- **Un comité technique** composé du Médecin Chef, du Chef du SDSSES, de la Sage femme maîtresse du CS Réf, du Chef de la Brigade d'hygiène et de l'équipe technique du bloc

Les types de suivi/évaluation du système sont basés sur :

- **le monitoring trimestriel** sur la situation des recettes et dépenses, le bilan des activités du trimestre, le taux de couverture des activités, la disponibilité des médicaments, le nombre de cas évacués/référés (reçus et les problèmes rencontrés), le niveau d'exécution des recommandations.

- **Le suivi** de l'état des infrastructures, équipements, matériels, logistique et supports à travers les réunions semestrielles

- **l'audit** des décès maternels néonataux.

METHODOLOGIE

4- Cadre et méthode d'étude :

4.1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le District sanitaire de la Commune V de Bamako.

4.1.1- Aperçu général de la Commune V :

La Commune V, comme toutes les Communes du District de Bamako à été créée par l'ordonnance **n°78-34/CMLN du 18 Aout 78** abrogée par la loi **n° 96-025 du 18 février 1996** fixant statut spécial du District de Bamako.

Elle est une collectivité administrative décentralisée disposant de la personnalité morale et dotée de l'autonomie financière, conformément aux dispositions de la Loi **n° 93-008 du 11 février 1993** déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales.

4.1.1.1- Caractéristiques géographiques, démographiques :

a- Caractéristiques géographiques :

Située sur la rive droite du Niger, elle est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud Ouest par la Commune Rurale de Kalaban coro (cercle de Kati), à l'Est par la Commune VI du District de Bamako.

La Commune V couvre une superficie de 41,59 km² pour une population de 445 061 habitants en 2011 (source RAVEC) et une densité de 10 701 habitants au Km². Son taux d'accroissement est de 5,1% (DNSI, 1998).

Pendant la saison sèche nous constatons une forte migration de la population rurale vers Bamako notamment dans la Commune V à la recherche d'emploi, de traitement médical ou de soutien.

Relief :

Dans sa grande majorité le relief de la commune V est constitué par un terrain plat.

Cependant, cette configuration fait place à un plateau en quelques endroits : Daoudabougou, Sabalibougou, le Nord et le Nord-est de Baco-djicoroni et enfin la partie Sud de Badalabougou.

La pente naturelle du terrain est orientée du Sud au Nord.

Climat :

A l'instar des autres communes, le climat est de type tropical caractérisé par une saison sèche, une saison pluvieuse et une saison froide entre lesquelles on note de nombreuses variations de température.

b- Caractéristiques démographiques :

La population de la Commune V en 2011 est estimée à 445 061 habitants de source RGPH avec un taux d'accroissement de 5,1 (source DNSI 1998).

La Commune V est constituée de huit quartiers dont 4 lotis et viabilisés (Badalabougou, SEMA I, Quartier Mali, Torokorobougou), 1 loti non viabilisé (Sabalibougou) et 3 lotis partiellement viabilisés (Kalaban coura, Daoudabougou, Bacodjicoroni). Pendant la saison sèche on note une grande affluence de la population rurale vers Bamako à la recherche d'emploi.

4.1.1.2 - Situation socio économique :

La population de la Commune V en 2011 est estimée à 445 061 habitants de source RGPH avec une densité de 10 701 habitants au Km et un taux d'accroissement de 5,1 (source DNSI 1998).

Les ethnies :

Les ethnies dominantes sont : Le bambara, le Soninké, le peulh.

Les catégories socio professionnelles :

La majeure partie de la population active se consacre à l'artisanat ; les autres catégories sont : les agriculteurs, les commerçants, les chefs d'entreprise, les professions libérales, les cadres de la fonction publique, les cadres d'entreprise, les professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, ouvriers qualifiés, ouvriers non qualifiés, etc.

Les activités socio culturelles :

La structure sociale est constituée par la famille, le quartier et les groupements associatifs. Les familles sont de type généralement élargi en milieu rural aussi bien qu'urbain. La notion de nobles et d'hommes de caste est toujours présente dans la communauté.

La culture reste dominée par les mœurs et habitudes ancestrales (excision, circoncision, mariage traditionnel, lévirat, sororat, cérémonies rituelles...).

Moyens de communication et de transport :

Les principales voies de communication se composent de trois grandes auto - routes que sont :

L'auto route allant du pont Fahd à l'aéroport international de Bamako Sénou

L'auto-route allant du pont Fadh à Kalabancoro

L'auto-route allant du pont des Martyrs à la tour de l'Afrique

Le transport est assuré par des véhicules de type personnel, collectif, des cyclomoteurs etc.....

Situation socio-sanitaire :

Organisation du système socio-sanitaire :

Le district sanitaire de la Commune Comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Dix des quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suit :

Trois aires de santé avec trois Centres de Santé Communautaire fonctionnels à Daoudabougou,

Trois aires de santé avec trois Centres de santé Communautaire fonctionnels à Sabalibougou,

Trois aires de santé avec un seul Centre de Santé Communautaire fonctionnel à Kalabancoura,

Une aire de santé avec un Centre de Santé Communautaire fonctionnel à Garantiguibougou,

Une aire de santé avec un Centre de Santé Communautaire fonctionnel pour les quartiers de Torokoroboubougou et Quartier Mali,

Deux aires de santé avec un Centre de Santé Communautaire fonctionnel à Bacodjicoroni,

Une aire de santé à Badalabougou SEMA sans Centre de santé Communautaire fonctionnel,

Les Associations de Santé Communautaire qui ne disposent pas de Centres de Santé Communautaires fonctionnels sont ASACOBACODJI ACI, ASACOKALA ACI, ASACOKAL-KOKO, ASACOBADA SEMA I,

Au total on dénombre quarante huit structures sanitaires privées, quatre structures sanitaires confessionnelles et une structure sanitaire parapublique dans la Commune V.

Centre de Sante de Référence de la Commune V :

Le Centre de Santé (service socio sanitaire) de la Commune a été construit en 1982 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le Centre de Santé a été érigé en Centre de Santé de Référence.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V à l'instar des Centres de Santé de Référence de cercle est un établissement public de soins ayant pour missions de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé du Gouvernement du Mali.

A ce titre, il est chargé de :

- Assurer la prévention, le diagnostic et la prise en charge des maladies courantes et des maladies cibles prioritaires,
- Assurer la prise en charge des maladies et la protection du couple mères enfants,
- Assurer la prise en charge des urgences et les cas référés ou évacués des Centres de Santé Communautaire,
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé,
- Assurer l'encadrement des Etudiants et Elèves des écoles de santé
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé
- Assurer la promotion de l'hygiène et l'assainissement de la Commune

Organisation en termes de ressources humaines :

L'organisation structurelle du Centre de Santé de Référence permet de distinguer les différents niveaux suivants :

- **Le Conseil de Gestion** : il est l'organe suprême de planification, gestion et de suivi du plan de Développement social et sanitaire des communes du district de Bamako ou des cercles des régions. Il est présidé par le Maire de la Commune ou par le Président du Conseil des cercles (décret 314).
- **Le Comité de Gestion** : est un organe chargé du suivi et de la gestion quotidienne des activités du Centre de Santé de Référence.
- **Le Staff technique** : composé de techniciens exerçant au sein de la structure sanitaire, il a pour rôle d'assurer le fonctionnement du système de santé au sein de la structure, des aires de santé et assiste le Médecin Chef dans ses missions.

- **Le personnel socio sanitaire** : En 2011 le Centre de Santé de Référence regroupe en son sein les catégories socioprofessionnelles suivantes :

Médecin généraliste : 8

Médecin pédiatre : 1

Médecin chirurgien infantile : 1

Médecin chirurgien généraliste : 2

Médecin Ophtalmologiste : 1

Médecin Odonto-stomatologiste : 1

Médecin Epidémiologiste : 1

Médecin gynécologue obstétricien : 5

Assistants médicaux : 30

Sage femme d'Etat : 51

Infirmière obstétricienne : 59

Technicien supérieur de santé : 12

Technicien de santé : 19

Organisation en termes d'infrastructures et de logistiques

Le Centre de Santé de Référence a superficie totale d'environ 19 671 m² dont 14 831 m² bâtis et une extension de 4 840 m² dont les travaux de construction sont arrêtés depuis les évènements de coup d'Etat militaire en Mars 2012.

Il est composé de plusieurs blocs :

- **Le Bloc administratif** : il a été construit en 1982 et comporte :
 - Le bureau du Médecin Chef,
 - Le secrétariat du Médecin Chef,
 - Le bureau de Médecin généraliste,
 - La salle d'attente,
 - Les dépôts de vente des médicaments essentiels génériques (jour et nuit),
 - Le hangar des séances de vaccination de routine,

- Le service d'odontostomatologie,
- Le service d'imagerie médicale,
- L'unité d'analyses biomédicales,
- Le bureau du Chirurgien infantile
- **Le bloc des hospitalisations médicales:** construit dans le cadre de l'extension, il regroupe les salles d'hospitalisation des services de médecine et de pédiatrie, l'URENI, la salle de garde, le bureau du major, le bureau de consultation de médecine générale et de pédiatrie.
- **Le bloc des hospitalisations chirurgicales :** Regroupe les deux blocs opératoires, les salles d'hospitalisations des urgences obstétricales et de chirurgie générale.
- **Le bloc de la maternité.**
- **Le bloc de néonatalogie**
- **Le bloc de magasin**
- **Le bloc des entrées**
- **Le bloc de l'unité de recherche et de formation**
- **Le bloc de l'URFOSAM**
- **La morgue** d'une capacité de 8 corps.
- **La cantine**

Composition du Centre de Santé de Référence (CS-Réf)

Le CS-Réf comprend 8 services et 25 unités:

Services :

- Gynéco-obstétrique
- Maternité
- Médecine/Pédiatrie
- Chirurgie pédiatrique
- Ophtalmologie

- Odontostomatologie
- Anesthésie/Réanimation
- Comptabilité

Unités :

- Technique Bloc opératoire
- Hospitalisation Bloc opératoire
- Hospitalisation Médecine/Pédiatrie
- Radiologie/échographie
- Laboratoire-Pharmacie
- Ophtalmologie
- Stomatologie
- Surveillance/ressources humaines
- Système d'Information Sanitaire
- Brigade d'hygiène/salubrité
- Comptabilité matière
- Parc automobile
- Néonatalogie
- Consultation prénatale
- Planning familial
- Suites de couches
- Programme Elargi de Vaccination
- Gynécologie
- Soins Après Avortement
- Oto-rhino-laryngologie
- Tuberculose
- Léprologie
- USAC (Soins Accompagnement et Conseil)

- SLIS (Système Local d'Information Sanitaire)
- URFOSAME (Recherche et Formation en Santé de la Mère et de l'Enfant)
- Etat civil

4.2- Méthode d'étude :

4.2.1- Type de l'étude et période de collecte des données

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à viser évaluative qui s'est déroulée du 05 Septembre au 05 Novembre 2011.

Population d'étude :

La population cible est constituée des patientes en urgence obstétricale qui sont les unités d'analyse, et les acteurs impliqués dans le système de Référence/Evacuation sont les unités d'observation.

Cible primaire :

- Les patientes référées ou évacuées pour des soins obstétricaux au CS Réf pendant la période d'étude.

Cible secondaire : ce sont les acteurs impliqués dans le système de Référence/Evacuation, il s'agit : des responsables des organes de gestion, des autorités locales et des responsables des structures de Santé.

4.2.2- Echantillonnage :

4.2.2.1- Méthode :

La méthode de notre étude a été non probabiliste.

4.2.2.2- Techniques :

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,
- Un choix exhaustif pour les patientes reçues au CS Réf pour urgence obstétricale pendant la période d'étude.

4.2.2.3- Taille de l'échantillon :

Correspondait au nombre total des cas évacuées qui répondaient à nos critères d'inclusion.

Critères d'inclusion: Ont été incluses dans notre étude :

- Les patientes référées /évacuées pour des soins obstétricaux au CS Réf pendant la période d'étude.

Critères de non inclusion :

- Toutes patientes référées/évacuées en provenant d'autres districts sanitaires autre que le district sanitaire de la Commune V pour des raisons obstétricales.

- Toutes patientes référées/évacuées ou venues d'elles mêmes pour des raisons non obstétricales.

4.2.2.4- Variables :

Notre variable d'étude est l'évaluation du système de Référence/Evacuation et ceci à travers:

- La description de son organisation et fonctionnement

- L'analyse de son fonctionnement, et l'apport de la communauté

Variables relatives à l'organisation du système:

- Les Ressources humaines
- Les Ressources matérielles
- Les organes de gestion
- Les supports mis en place
- Les Infrastructures

Variables relatives au fonctionnement du système

- Circuit des patientes
- Conditions de transfert des parturientes
- Délai d'évacuation
- Remplissage des supports
- Nombre de patientes reçues pour urgences obstétricales référées ou non

Variables relatives à la participation communautaire (collectivités, organes de gestion):

- Gestion du système
- Financement du système

Tableau III: Variables et leur opérationnalisation

VARIABLES	OPÉRATIONNALISATION
1. Qualification du responsable de CSCom	La qualification du chef de poste, soit : Médecin Infirmier diplômé d'Etat Sage femme
2. Formation du personnel en SONUB	Oui / Non
3. Qualification de la responsable maternité	Profession: Sage femme Infirmière Obstétricienne

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

VARIABLES	OPÉRATIONNALISATION
4. Potentiel des CSComs	Le potentiel des CSComs pour offrir tous les services essentiels : PMA et SONUB
5. Nombre de gynéco-obstétriciens au CS Réf	Le nombre de gynéco-obstétricien prenant en charge des urgences au CS Réf
6. Disponibilité et état du matériel SONU	Etat et nombre (liste préétablie) au moment de l'enquête : <ul style="list-style-type: none"> - non disponible - disponible mais en mauvais état - disponible et en bon état
7. Disponibilité des kits césarienne	Taux de disponibilité des kits césarienne : Nombre de jours de rupture de stock.
8. Moyen de communication utilisé par les CSComs pour communiquer avec le CS Réf	Le moyen de communication principal par lequel les CSComs utilisent pour communiquer avec le CS Réf, soit : <ul style="list-style-type: none"> - le téléphone
9. Disponibilité de la communication	Est-ce que la disponibilité de la communication est : <ul style="list-style-type: none"> - permanente ou - intermittente
10. Nombre d'ambulances fonctionnelles au CS Réf et aux CSComs	Le nombre d'ambulances fonctionnelles au moment de l'enquête.

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

VARIABLES	OPÉRATIONNALISATION
11. Fonctionnalité des organes de gestion du CS Réf et des CSComs	<p>a) La fonctionnalité du Comité de gestion des ASACO est mesurée à partir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions tenues - Supervision trimestrielle - Monitoring semestriel <p>b) La fonctionnalité du Conseil d'administration des ASACO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions tenues - Supervision trimestrielle - Monitoring semestriel <p>c) La Fonctionnalité du Comité de gestion du C S Réf :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions tenues - Supervision trimestrielle - Monitoring semestriel <p>d) La Fonctionnalité du Conseil de gestion du CS Réf :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions tenues - Supervision trimestrielle - Monitoring semestriel
12. Disponibilité du partogramme	<p>Est-ce que le partogramme est disponible ? (oui/non) dans les CSComs et le CS Réf</p> <p>Utilisation du partogramme ? (oui/non)</p>

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

VARIABLES	OPÉRATIONNALISATION
13. Coûts assumés par la patiente	Montant payé par la patiente/parents pour l'évacuation et les SONUC au niveau du CS Réf
14. Délai d'évacuation	Temps entre le départ de l'ambulance du CS Réf et son retour au CS Réf avec la patiente
15. Nombre de femmes referrees	Le nombre de femmes qui ont été référées au cours de la période
16. Nombre de femmes évacuées	Le nombre de femmes qui ont été évacuées au cours de la période
17. Taux de référence justifiée (oui/non)	Inexistence des moyens nécessaires pour satisfaire la prise en charge (compétence spécialisée, matériel, traitement)
18. Taux de référence adéquate (oui/non)	Nombre de référée ayant reçu un traitement correct aux CSComs ayant fait l'objet de référence et supports correctement remplis
19. Taux de référence opportune (Oui/non)	Référence est opportune si elle est réalisée à temps : <ul style="list-style-type: none"> - Tardive - Opportune
20. Taux de fiches de retro information envoyé (oui/non)	Fiches de contre référence remplies et envoyées aux CSComs ayant référé
21. Taux de fiches de référence correctement remplies	Nombre de fiche de référence correctement remplies

4.2.3- Collecte des données :

Techniques:

- **L'exploitation documentaire** : nous a permis de recueillir des informations sur l'organisation et le fonctionnement du système de Référence/Evacuation.

- **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.

Outils de collectes ont été :

- le Guide d'entretien
- la Fiche de dépouillement

4.2.3.1- Déroulement de la collecte :

Les procédures ont été respectées sur le plan éthique aussi bien au niveau des femmes que les responsables locaux. Le questionnaire a été administré après avoir obtenu le consentement éclairé des cibles (consentement verbal)

Pour les formalités administratives, avant le démarrage de l'enquête, une note de service du médecin chef du CS Réf CV a été adressée aux présidents des ASACO et au médecin chef des CSComs. L'objet de la dite note était d'obtenir l'autorisation auprès d'eux pour mener l'enquête (Les formalités administratives ont été remplies avec les différents contacts avant le démarrage de l'enquête pour l'obtention de l'autorisation par note de service du médecin chef du CS Réf CV adressé aux présidents des ASACO et au médecin chef des CSComs).

Les patientes ont été recrutées au fur et à mesure de leur admission et les données ont été relevées dans les fiches prévues à cet effet. Les questionnaires ont été administrés directement avant leur sortie du CS Réf CV

L'entretien avec les responsables locaux a été fait en tenant compte de leur disponibilité.

4.2.3.2- Plan de traitement et d'analyse des données :

a. Classement des données :

Les données concernant les patientes ont été classées selon les patientes référées/évacuées par les différents CSComs.

b. Contrôle de la qualité :

Les données ont été vérifiées avant et après le traitement pour garantir l'exhaustivité et la cohérence.

c. Traitement des données :

Les données ont été traitées manuellement, saisies sur Excel 8.0 puis recodées, importées sur les logiciels Epi info3.5.3. et STATA

d. Analyse des données :

L'analyse des données a été faite avec les logiciels Epi info3.5.3, STATA.

5- RESULTATS :

Les résultats sont présentés par objectif après la description de l'échantillon.

5.1. Description de l'échantillon:

Durant la période d'étude nous avons enregistré :

- 1824 cas d'accouchements (voie basse et haute).
- 244 cas d'évacuations en provenance de tout horizon (Commune V et toutes les structures publiques, communautaires, privées), soit 13,38% ;
- Parmi ces 244 cas d'évacuation, 209 provenaient de la Commune V ; soit 85,66% ;
- Et parmi ces 209 cas, 180 provenaient des CSComs (86,12%) et 29 urgences obstétricales venues d'elles-mêmes (13,88%).

Notre étude a porté sur ces 180 patientes Référées/évacuées des CSComs

Tableau IV : Répartition des patientes évacuées selon la provenance

Provenance des évacuées	Effectif (n)	Fréquence (%)
ADASCO	30	16,7
ASACOTOQUA	25	13,9
ASACOMBADJI	24	13,3
ASACOSABI	24	13,3
ASACOKAL	21	11,7
ASACOSABII	17	9,4
ASACOGA	17	9,4
ASACODA	12	6,7
ASACOSABIII	8	4,4
ASCODA	2	1,1
Total	180	100,0

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

Tableau V : Répartition du personnel qualifié par catégorie par CSCom en 2011
dans le district sanitaire de la Commune V

CSComs	Catégories						TOTAL	
	Médecin		SF		IO			
	E	%	E	%	E	%	E	%
ADASCO	2	25	2	25	4	50	8	12,7
ASACODA	2	33,3	1	16,7	3	50	6	9,5
ASACOGA	1	16,7	4	66,7	1	16,7	6	9,5
ASCODA	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	4,8
ASACOTOQUA	2	22,2	2	22,2	5	55,6	9	14,3
ASCOMBACODJI	3	37,5	4	50	1	12,5	8	12,7
ASACOKAL	3	33,3	3	33,3	3	33,3	9	14,3
ASACOSAB1	2	40	2	40	1	20	5	7,9
ASACOSAB2	2	40	1	20	2	40	5	7,9
ASACOSAB3	2	50	2	50	0	0	4	6,4
TOTAL	20	31,7	22	35	21	33,3	63	100,0

5.2- Equipement :

a.- Au niveau du CS Réf de la Commune V:

Le Service de Gynécologie Obstétrique qui comprend:

- Une maternité :
 - Une salle d'accouchement avec quatre tables d'accouchement,
 - Une salle de travail avec deux lits
 - Une salle des suites des couches avec cinq lits
 - Trois salles d'hospitalisation avec dix-huit lits
 - Une salle d'urgence avec deux box de consultation
- Un Bloc opératoire :
 - Deux salles d'opérations avec chacune une table opératoire, deux appareils d'anesthésie, un obus d'oxygène
 - Une salle de réveil avec quatre lits et un obus d'oxygène,
 - Quatre salles d'hospitalisation avec vingt-cinq lits

Tableau VI: Matériels techniques pour la prise en charge des urgences obstétricales au CS Réf CV

Désignation	TOTAL
Boites d'accouchements	4
Boites de césariennes	4
Tables d'accouchements	4
Poires	4
Obus d'oxygène	3
Tables opératoires	2
Embus pour Nouveau-nés	2
Aspirateurs	2
Boites de laparotomies	1

b- Transport et communication :

- un seul CSCom disposait d'une ambulance fonctionnelle pour les Références/Evacuations durant la période d'étude dans le district sanitaire de la Commune V.
- Neuf CSComs disposaient de téléphones mobiles pour les besoins des urgences obstétricales (faire et recevoir des appels).
- Le CS Réf de la Commune V disposait de trois ambulances non médicalisées dont une était en bon état et les deux autres étaient amorties ; aux bords des ambulances il existait un cahier dans lequel le nom, le prénom des malades, le CSCom d'origine ainsi que la date sont mentionnés.
- L'heure d'appel de l'ambulance, l'heure de départ de l'ambulance au CS Réf, l'heure d'arrivée de l'ambulance au CSCom, l'heure de retour de l'ambulance au CS Réf ne sont pas enregistrées.
- Deux véhicules de liaison dont un était en bon état.

- Il y avait un téléphone mobile dans l'ambulance pour recevoir les appels d'urgences.

5.3- Procédures de la Référence/Evacuations dans le district sanitaire de la Commune V :

Différents instruments et supports ont été mis en place pour l'organisation et le fonctionnement du système de Référence/Evacuation dans le district sanitaire de la Commune V.

a. Protocoles de prise en charge des urgences:

Tableau VII : Existence d'ordinogramme de prise en charge des urgences obstétricales dans les salles d'accouchements des CSComs du district sanitaire de la Commune V en 2011.

Ordinogramme	Effectif (n)	Fréquence (%)
OUI	7	70
NON	3	30
TOTAL	10	100,0

b- Instruments de Référence/Evacuation :

- **La fiche de Référence/Evacuation :** Elle était remplie par la structure qui réfère et comporte les informations par rapport à la patiente et sa prise en charge.

La fiche était disponible au niveau de tous les CSComs du district sanitaire de la Commune V pendant la période d'étude.

- **Registre des patientes référées/évacuées :** ce registre existait au niveau de tout les CSComs et était rempli en même temps que la fiche de référence des patientes.

- **Fiche de contre référence ou de retro information:** cette fiche était remplie au niveau du CS Réf CV et était envoyée à la structure sanitaire ayant référée la patiente.

5.3.1- Circuit de la patiente référée/évacuée :

Les patientes référées/évacuées sont reçues et orientées par les internes après examen, en vue d'une prise en charge par le gynécologue de garde.

5.3.2- Équipe d'accueil des urgences obstétricales :

L'équipe d'accueil est composée comme suit :

- Un gynécologue obstétricien,
- Un DES 4 en gynécologie obstétrique
- Un DES 1 en gynécologie obstétrique
- Des étudiants thésard en gynécologie obstétrique
- Deux sages femmes
- Deux infirmières obstétriciennes
- Un assistant d'anesthésie
- Un chauffeur d'ambulance
- Deux manœuvres
- Un pharmacien

5.4- Réunions, supervisions, formations :

- **La réunion du comite technique regroupe** : le médecin chef du CS Réf CV, les sages-femmes responsables de la maternité, les gynécologues, le responsable de la pharmacie.

- **Les supervisions** : Les réunions de monitoring sont semestrielles. Elles font le point sur le bilan de ses réalisations avec un point sur l'analyse dans le but d'identifier les difficultés.

La réunion de monitoring est semestrielle et les supervisions trimestrielles.

- **Les formations** : Tout le personnel de santé en service de gynécologie obstétrique a été formé sur la procédure du système de Référence/Evacuation.

Au niveau des CSComs, les médecins chefs ont été formés pour les soins Obstétricaux et néonataux d'urgence.

5.5- Disponibilité des médicaments :

- Il existe un dépôt de vente de médicaments au niveau de tous les CSComs.

- Au niveau de trois CSComs, il existe un kit pour l'urgence obstétricale.

En cas d'urgences les médicaments sont administrés à la patiente, puis les parents remboursent en argent.

5.6- Fonctionnement du système :

5.6.1- Moyen de transport emprunté :

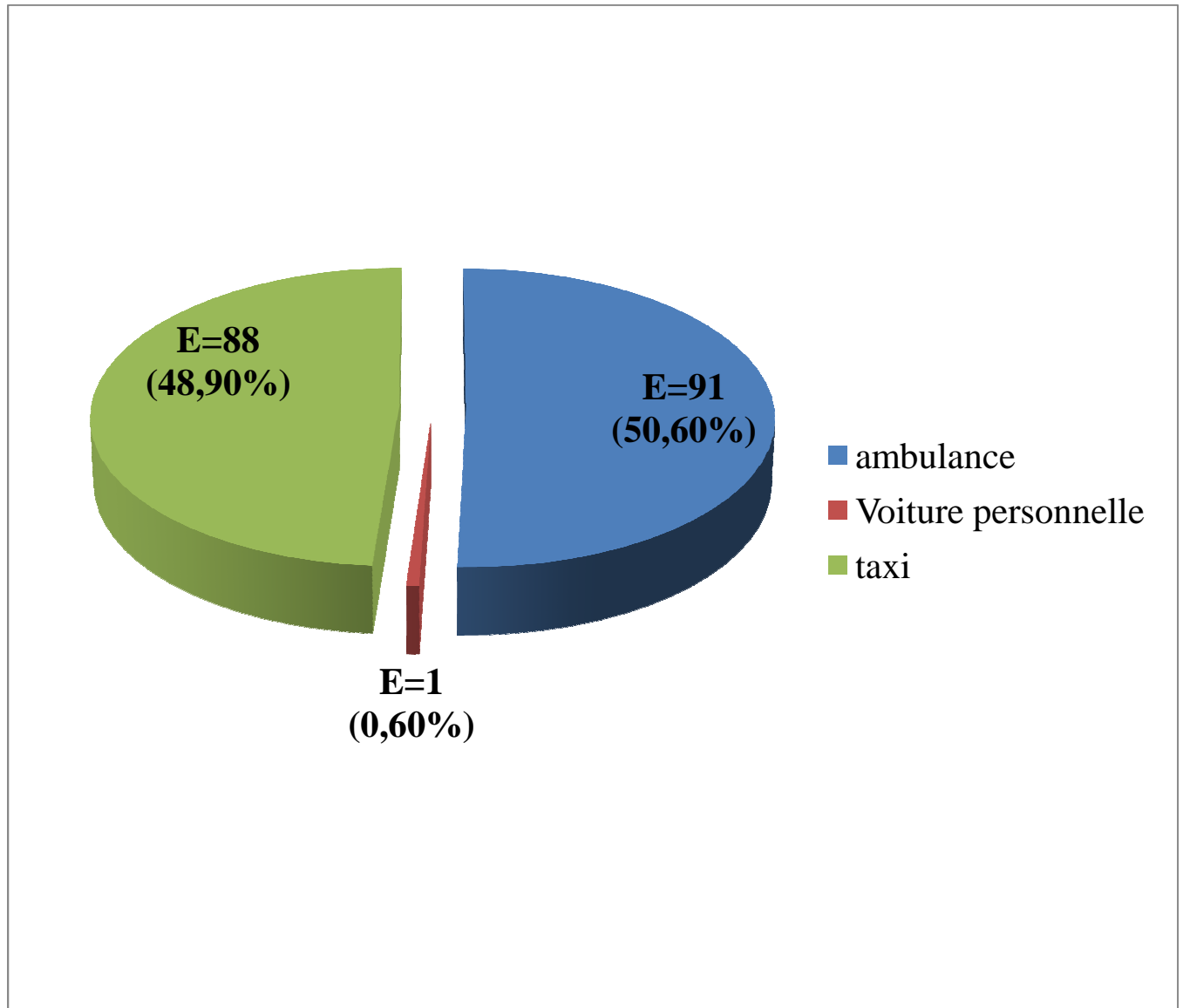


Figure 4 : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le montant payé pour la Référence/Evacuation.

Moyen de transport	Effectif	Montant (Francs CFA)
Ambulance	91	2000
Taxi	88	1000-1500
Voiture personnelle	1	0

5.6.2- Qualité de la Référence /Evacuation

5.6.2.1- Accompagnement par un personnel médical

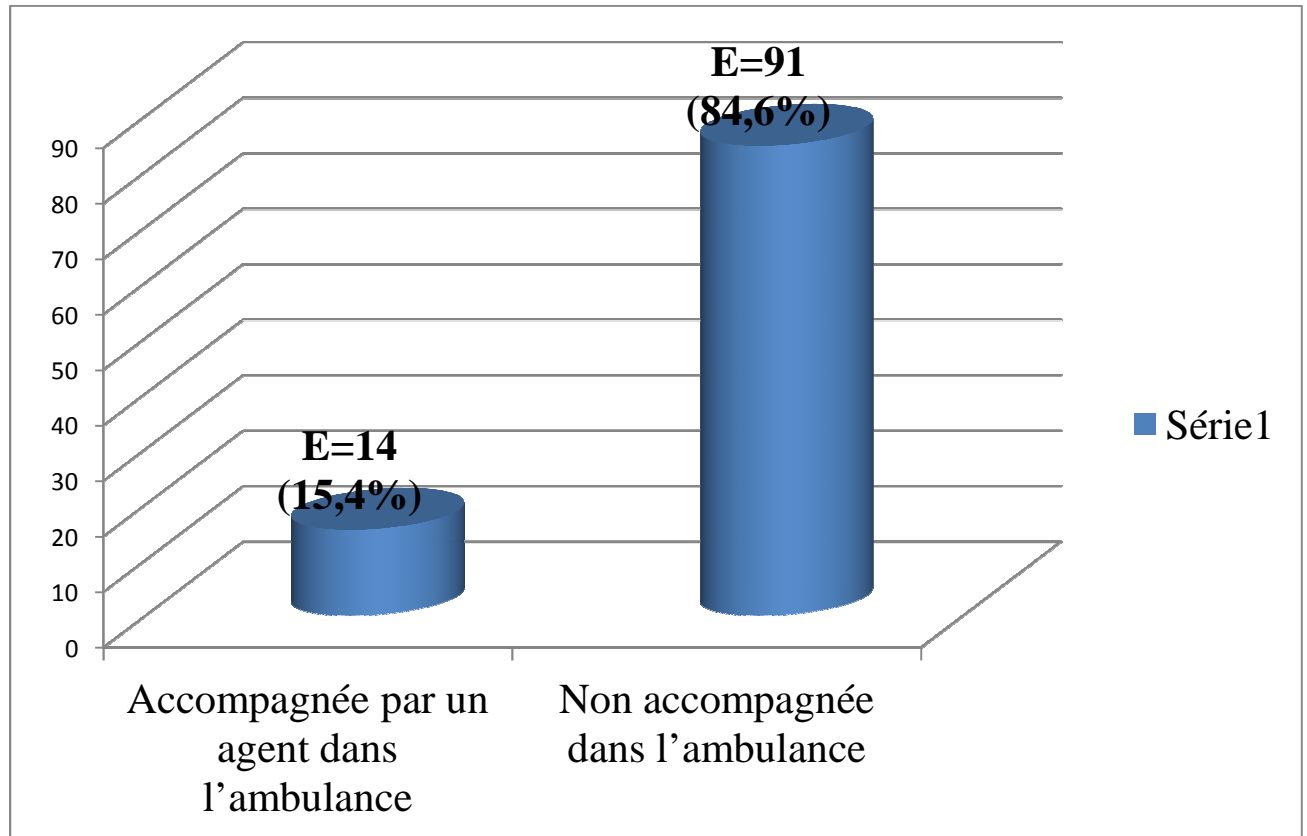


Figure 5: Répartition des patientes selon qu'elles soient accompagnées ou non par un personnel de santé.

5.6.2.2- Abord veineux

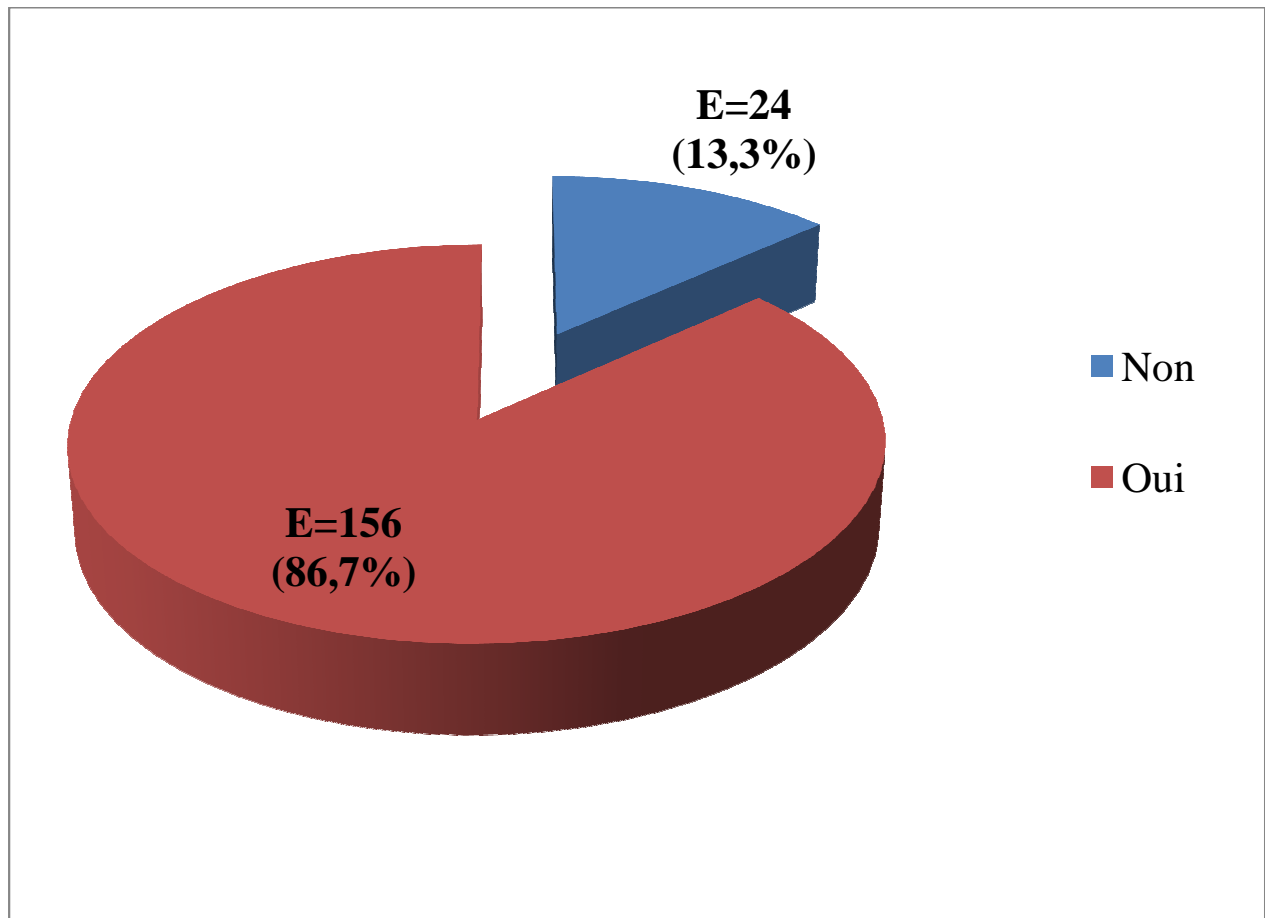


Figure 6: Répartition des patientes selon l'abord veineux

5.6.2.3- Le caractère adéquat de la Référence/Evacuation

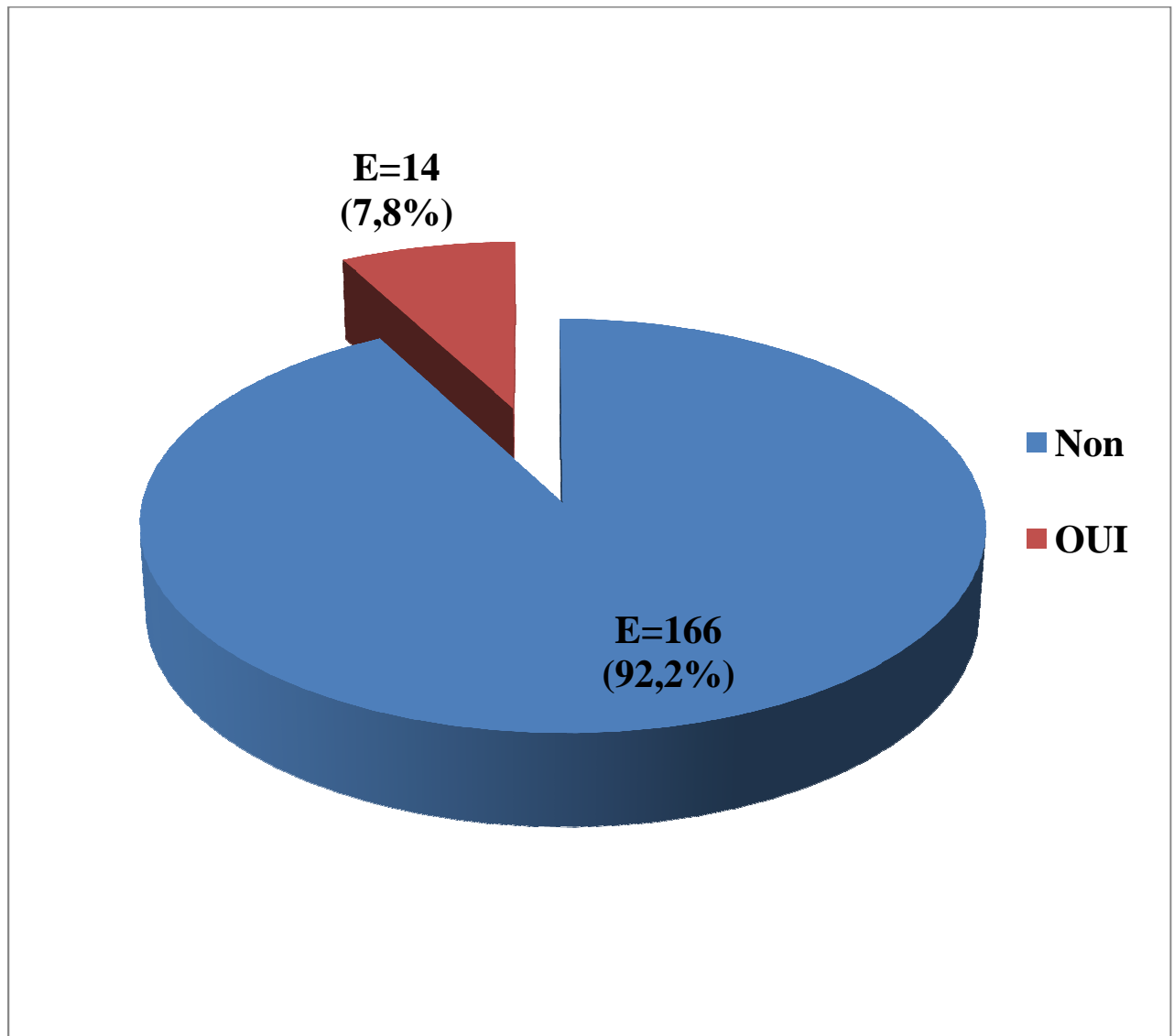


Figure7: Répartition des patientes selon l'adéquation de la Référence/Evacuation.

5.6.2.4- Le caractère justifié de la Référence/Evacuation

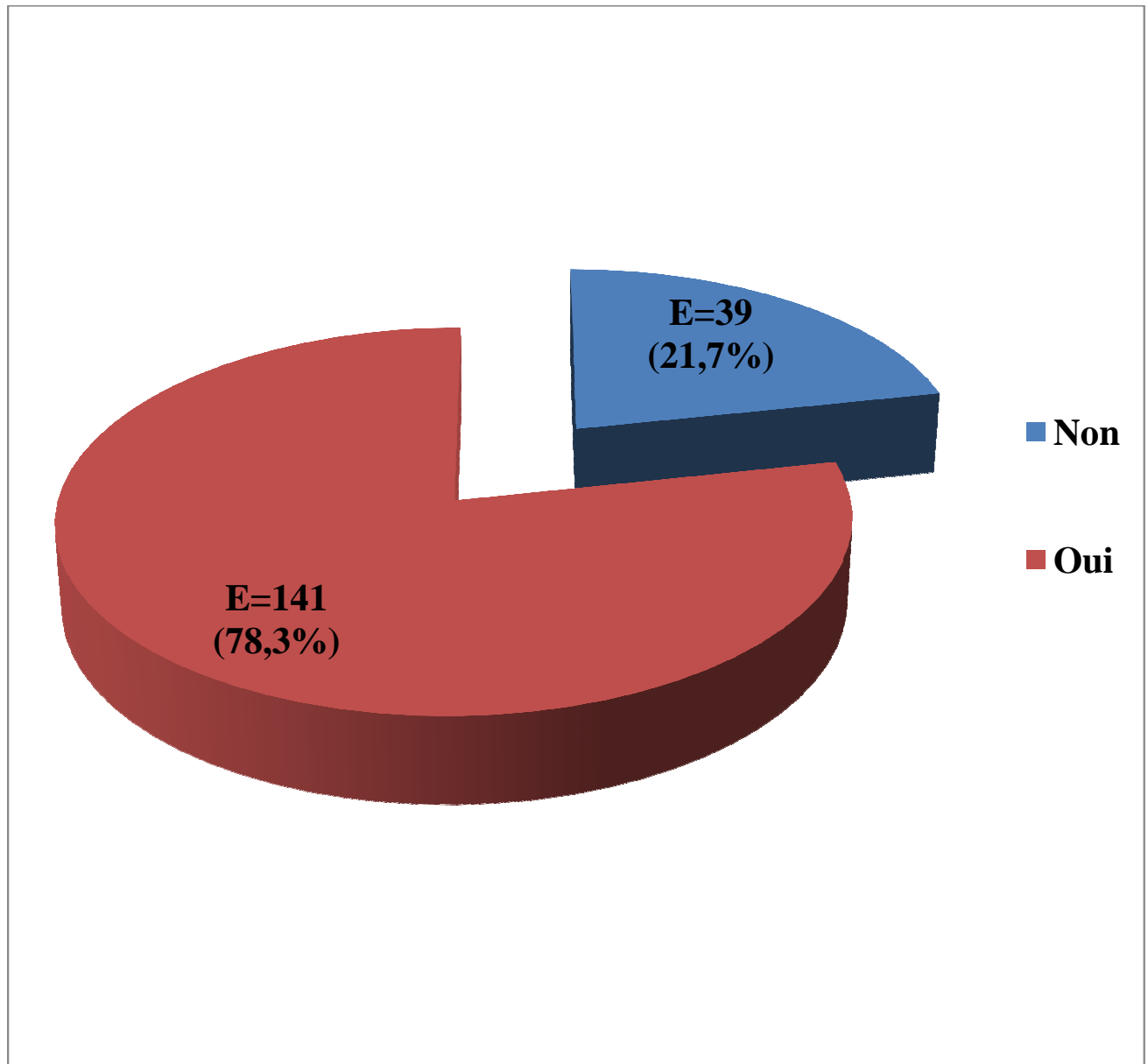


Figure 8: Répartition des patientes selon le caractère justifiée.

5.6.2.5- Caractère opportun

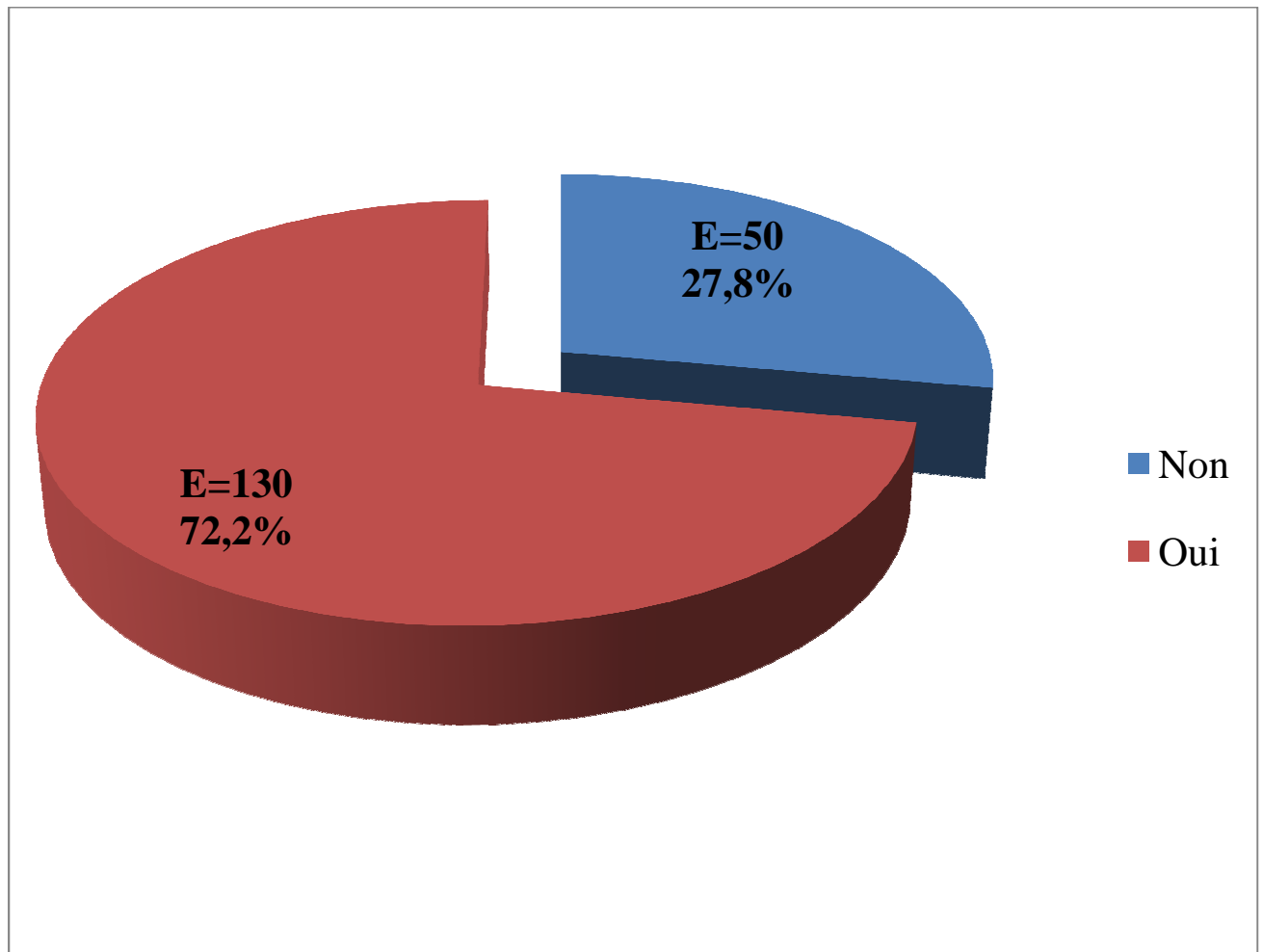


Figure 9: Répartition patientes selon le caractère opportun

5.6.3- Rôles et mécanismes de participation de la communauté :

- Les conseillers municipaux chargés du volet santé, n'ont pas voulu se prêter à notre entretien pour des raisons non élucidées.
- Quant aux responsables des organes de gestion des centres de santé communautaires : 90% d'entre eux ont affirmé avoir participé à l'élaboration du cadre conceptuel du système de Référence/Evacuation.

Selon les responsables des ASACO leur rôle se résume :

- Au paiement de la quote-part définie par le cadre conceptuel du système de Référence/Evacuation du district sanitaire de la Commune V.
- La sensibilisation des populations sur la l'utilisation des services de santé de la reproduction (CPN, Accouchement, suivi post-partum, planification familiale, PEV, PTME/VIH/SIDA etc....).
- La sensibilisation des populations sur le recours précoce aux centres de santé.
- La sensibilisation des familles à accepter la Référence/Evacuation.

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

Tableau IX : situation de paiement de la quote-part par acteurs/structure du système de Référence/Evacuation

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
TOTAL	3368145	100,0	3345490	100,0	3389550	100,0

Seul le CS Réf CV a payé sa quote-part régulièrement au moment de la période d'étude

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

Tableau X: Points forts, points à améliorer, opportunités, menaces

Points forts	Points à améliorer	Opportunités	Menaces
- Disponibilité du cadre conceptuel	- Insuffisance d'ambulances	-	- Le non paiement des
- Disponibilité du personnel qualifié niveau du CS Réf. CV	- Insuffisance du personnel qualifié au niveau CSCom	-AMO	quotes-parts de certains acteurs
- Disponibilité des équipements SONUB au niveau des CSComs	- Non paiement des quotes-parts par certains auteurs du système (mairies, ASACO)	-Existence des groupements des femmes	- La non implication de la mairie et de l'Etat au bon fonctionnement du système.
- Disponibilité des équipements SOUC au niveau CS Réf.	- Taux élevé des patientes venues d'elles mêmes	- Existence de Organisations féminines	
- Disponibilité des ambulances au CS Réf.	- La prise en charge du transport de la Référence/Evacuation par la patiente	- FENASCOM - FERASCOM - FELASCOM	

6- Commentaires et Discussion :

6.1- Difficultés et limites de l'étude :

- L'évaluation que nous avons menée a porté seulement sur l'organisation et le fonctionnement du système de Référence/Evacuation dans le district Sanitaire de la Commune V.

- l'enquête n'a pas pris en compte les femmes référées/évacuées des structures privées ainsi que des CSComs hors du district Sanitaire de la Commune V.

- les élus communaux ont déclinés l'offre de participer à notre enquête.

L'évaluation du système de Référence/Evacuation est un domaine très vaste qui demande des ressources humaines, matérielles et surtout du temps.

Peu d'étude ont été réalisées sur l'évaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricale au Mali.

Ces limites n'entravent pas nos résultats.

6.2- Disponibilité des ressources :

- Ressources humaines :

Le nombre et la catégorie professionnelle des agents occupent une place importante dans le système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales.

Les CSComs du district sanitaire de la CV disposaient :

- Du personnel socio-sanitaire pour assurer le bon fonctionnement du système de Référence/Evacuation.
- Tous les CSComs disposaient d'au moins :
 - un médecin,
 - une sage femme,
 - une infirmière obstétricienne.

- Equipements :

- ✓ 100% des CSComs du district sanitaire de la C V disposaient de matériel technique pour assurer le suivi des femmes enceintes, de l'accouchement et du post-partum.
- ✓ Deux CSComs disposaient de ventouse.
- ✓ un seul disposait de matériel de réanimation (aspirateur masque de ventilation) du nouveau-né.

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 doit avoir un impact sur les conditions de transfert des femmes.

- Moyens de transports et de communications :

- ✓ Seul un CSCom disposait d'une ambulance fonctionnelle pour les Références/Evacuations durant notre période d'étude dans le district sanitaire ; soit 10%.
- ✓ Neuf CSComs disposaient de téléphones mobiles pour communiquer avec le CS Réf CV pour les urgences obstétricales, soit 90%.

La structure qui ne disposait pas de téléphone (ASACOKAL) utilisait le téléphone portable du médecin directeur de la dite structure en cas de besoin de Référence/Evacuation.

Le CS Réf CV disposait de :

- ✓ trois ambulances non médicalisées dont une en bon état et les deux autres actuellement amorties ;
- ✓ Deux véhicules de liaison dont un en bon état.

Ce sont les ambulances du CS Réf CV qui assuraient le transfert des urgences obstétricales des CSComs qui ne disposaient pas d'ambulance vers le CS Réf CV.

- ✓ Par ailleurs Il existait au niveau du CS Réf un téléphone fixe pour recevoir et faire des appels hors de la dite structure.

La communication et le transport sont les maillons pour un système de Référence/Evacuation. A cet effet, les autorités sanitaires doivent fournir des efforts dans l'amélioration du système de transport et de commutation

6.3- Mode d'admission au CS Réf CV :

Nous avons enregistré 209 cas pour urgences obstétricales au CS Réf CV, dont 180 en provenance des CSComs du district sanitaire de la commune V, Soit 86,1%. K DOLO [8] à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti a trouvé 49,59%, et THIERO [8] a l'hôpital Gabriel Toure 11,50%. Ces études ont pris en compte toutes les admissions, tandis que dans notre étude nous nous sommes limités aux admissions pour urgence obstétricales en provenance des CSComs du district sanitaire CV.

6.4- Provenance des patientes reçues :

ADASCO et ASACOTOQUA ont été les structures qui ont plus évacuées pendant la période d'étude avec respectivement 16,7% et 13,9%.

Ces taux s'expliquent par la zone d'implantation de ces CSComs et surtout la densité de ces quartiers.

6.5- Conditions de transfert des patientes évacuées :

50,6% des patientes référées/évacuées au CS Réf CV ont utilisée l'ambulance. Par contre près de la moitié (48,9%) des patientes ont été référées/évacuées par taxi.

Ces conditions de transfert prouvent que les Référence/Evacuations se font dans des mauvaises conditions. Ceci s'explique par le fait que 90% des CSComs du district sanitaire de la Commune V ne disposaient pas d'ambulances qui leurs sont propres pour les Références/Evacuations. Ils utilisent l'ambulance du CS Réf CV, qui n'est pas uniquement destinée aux urgences obstétricales.

Aussi 100% des patientes transportées par l'ambulance ont affirmés avoir payés deux milles franc au chauffeur de l'ambulance pour frais de carburant.

Celles qui sont venues par taxi ont affirmées avoir payées entre milles franc et milles cinq cent.

6.6- Patientes accompagnées par un agent dans l'ambulance:

- Au cours de notre travail 84,6% des patientes reçues n'avaient été accompagnées dans l'ambulance par un personnel de santé.
- Seulement 15,4% des Références/Evacuations avaient été accompagnées par un agent sanitaire.

Cela est due à une mauvaise application des principes du système de la Référence/Evacuation, d'où la nécessité d'une collaboration et d'une formation continue du personnel pour assurer une Référence /Evacuation de qualité.

6.7- Fiche de Référence/Evacuation et contre Référence/Evacuation:

- **La fiche de Référence/Evacuation** : elle a été utilisée pour la totalité des Références/Evacuations en provenance des CSComs ; (100% des cas).
- **La fiche de contre référence** : elle a été adressée aux structures respectives dans un délai d'un à deux mois au maximum dans la majorité des cas pour tous les Références/Evacuations en provenance des CSComs.

6.8- Qualité des Références/Evacuations :

➤ Adéquate, justifiée, opportune:

Nous avons constatés au cours de notre étude que sur 180 femmes évacuées :

- 166 patientes n'avaient pas bénéficiés d'une Référence/Evacuation adéquate, soit 92,2%.
- 142 n'avaient pas fait l'objet d'une Référence/Evacuation justifiée, soit 78,9% ;
- 52 n'avaient pas bénéficiés d'une Référence/Evacuation opportune, soit 28,9%.

6.9- Les niveaux d'implication des différents acteurs du système

Référence/Evacuation :

Le non paiement des quotes-parts par la mairie et certain ASACO est un obstacle pour le bon fonctionnement du système de Référence/Evacuation.

Ceci pourrait expliquer le fait que les élus communaux ont décliné l'offre de participer à notre étude.

7- CONCLUSION :

Le système de Référence/Evacuation tel que décrit dans le cadre conceptuel est un mécanisme qui, bien appliqué pourrait notablement réduire la mortalité et la morbidité materno-foetale.

La présente étude nous a permis d'évaluer son application dans le district Sanitaire de la Commune V. Ainsi nous avons pu discerner les points forts, les points à améliorer, les opportunités et les menaces ; Ce qui nous a amené à faire des suggestions.

8- SUGGESTIONS :

Le système de Référence/Evacuation est une intervention essentielle pour faciliter l'accès des structures SONUC aux femmes ayant une complication obstétricale. Une prise en charge rapide et appropriée de ces complications réduit considérablement la mortalité maternelle.

Ainsi pour une meilleure efficacité du système de Référence/Evacuation dans le district sanitaire dans la zone de la CV, nous formulons les suggestions suivantes :

8.1- Aux instances supérieures du Ministère de la santé :

- Donner aux CSComs, et au CS Réf CV des ambulances médicalisés pour le transport des urgences obstétricales
- Renforcer la formation continue du personnel Sanitaire en soins obstétricaux et néonataux d'urgences.

8.2- Au Médecin chef :

- Organiser une concertation avec les autorités locales et les représentants des communautés sur la mise en place d'un système de financement alternatif de la prise en charge et le transport des urgences obstétricales.
- Régulariser la contre-référence effective vers les centres de santé qui réfèrent les urgences obstétricales dans un délai de 3 jours au maximum.

8.3- Aux autorités locales (maires) :

- Demander à la mairie de Payer sa quote-part.
- Prévoir dans les budgets annuels de la Communes, une rubrique d'appui au système de Référence/Evacuation.

8.4- Aux responsables des organes de gestion :

- Demander aux ASACO de payer leurs quotes-parts.
- Accentuer l'information, l'éducation et la communication vers les populations pour un recours précoce des femmes aux soins maternels et infantiles.

9- REFERENCES:

(Rédigées selon les normes de Vancouver 5^{ème} édition, mise à jour octobre 2007)

- 1- **OMS**. Réduire la mortalité maternelle – Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Genève. OMS. 1999
- 2- **King M**. Medical Care in Development Countries. Oxford University Press, Oxford. 1996. WHO. 2004a.
- 3- **World Health Organization**. Geneva. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO. 2004a.
- 4- **De Bernis, L**. La mortalité maternelle dans les pays en développement: quelles stratégies adopter? Med Trop; 2003. 63 (4-5) ; 391-9.
- 5- **EDS IV Mali**. Enquête Démographique et de Santé. Mali 2006
- 6- **Thiéro M**. Evaluation sanitaire d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré. th med bamako. 1995 ; 17
- 7- **Doumbia S**. les évacuations sanitaires obstétricales. pronostic maternel et perinatal au centre de Sante de Référence de la Commune V. th med, Bamako 2010 ; 22.
- 8- **Sidibé I M**. les évaluations sanitaires obstétricales au centre de santé de reference de Bougouni. th med bamako 2006. 45
- 9- **Sidibé S**. les urgences gynécologique et obstétricales a l'hôpital de sikasso . th med bamako. 2004. 53
- 10- **Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A**. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. New York : Centre de santé des populations et de la famille, École de santé publique, Université Colombia. 1997.
- 11- **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

- 12- **Merger R, Levy J, Melkior J.** Précis d'obstétrique ; MASSON Ed. Paris 1979 : 211-218, 430-411, 479.
- 13- **AbouZahr C, Royston E.** Maternal Mortality: A Global Fact book. Genève : OMS. 1991.
- 14- **Tinker A, Ransom E.** Healthy Mothers and Healthy Newborns: The Vital Link. 2002.
- 15- **McCarthy J, Maine D.** A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. Studies in Family Planning; 1992. 23 (1), 23-33.
- 16- **Kwast BE.** Reduction of maternal and perinatal mortality in rural and peri-urban settings: what works? European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology; 1996. 69(1), 47-53.
- 17- **Mahler H.** The Safe Motherhood Initiative: a call to action. Lancet.1987. 1(8534), 668-670.
- 18- **Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies.** Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, New York.2005. [En ligne] Disponible au [http://www.unmillenniumproject.org/ documents/overviewFRlowres.pdf](http://www.unmillenniumproject.org/documents/overviewFRlowres.pdf)
- 19- **World Health Organization.** The World Health Report 2005 – Make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.
- 20- **OMS.** Geneva. Journée mondiale de la santé – Maternité sans risques, le 7 avril 1998. Genève: OMS.1998.
- 21- **Thaddeus S, Maine D.** Too far to walk: maternal mortality in context. Social Science & Medicine; 1994. 38(8), 1091-110.
- 22- **Kandeh HBS, Leigh B, Kanu MS, Kuteh M, Bangura J, Seisay AL.** Community Motivators Promote Use of Emergency Obstetric Services in Rural Sierra Leone.1997. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59(Suppl. 2), 209-218.

- 23- **Essien E, Ifenne D, Sabitu K, Musa A, Alti-Mu'azu M, Adidu V et al.** Community Loan Funds and Transport Services for Obstetric Emergencies in Northern Nigeria; 1997. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 237-244.
- 24- **Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG.** How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*.2005. 366(9490), 1026-35.
- 25- **Fort AL, Voltero L.** Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia. *Human Resources for Health*; 2004. 2, 8.
- 26- **Bossyns P, Lerberghe WV.** The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger.*Human Resources for Health*; 2004 2(1).
- 27- **Kumiko O, Melendez V, Uehara N, Ohi G.** Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. *Health Policy and Planning*; 1998. 13 (4), 433-445.
- 28- **Jahn A, Kowalewski M.**The risk approach in antenatal care: Pitfalls of a global strategy. *Curare SB15*; 1998. 195-209
- 29- **Jahn A, Dar Lang M, Shah U, Diesfeld HJ.**Maternity care in rural Nepal: A service analysis. *Trop Med and International Health*; 2000. 5, 657-665
- 30- **Gupta J, Gupta H.** Perceptions of constraints upon pregnancy-related referrals in rural Rajasthan, India. *Health Serv.Manage.Res*; 2000. 13, 6-15
- 31- **Dujardin B, Clarysse G, Criel B, De Brouwere V, Wangata N.**The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of referral compliance. *Social Science and Medicine*; 1995. 40, 529-535
- 32- **Belghiti A, De Brouwere V, Kegels G, Van Lerberghe W.** Monitoring unmet obstetric need at district level Morocco. *Trop Med and Inter Health*; 1998. 3(7) 584-591

- 33- **Vanneste AM, Ronsmans C, Chakraborty J, De Francisco A.** Prenatal screening in rural Bangladesh: from prediction to care. *Health Policy Plan*; 2000. 15, 1-10
- 34- **Falkenhorst G, Jahn A.** Qualität der Schwangerevorsorge in einem Gesundheitsdistrikt in Burkina Faso. Heidelberg, Jahrestagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft; 1997.
- 35- **De Brouwere V.** Appui à la mise en œuvre de et à l'évaluation du système de référence avec la périnatalité comme porte d'entrée le cercle. UICEF, Mali ; 1997.
- 36- **Paine LHW, Siem Tjam F.** Information, financing and referral system: In hospitals and the health care revolution First edn.eds. WHO, Geneva.1988. pp.94.12

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE AUPRES DES FEMMES REFEREES/EVACUEES PRESENTES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE

Date de l'enquête : ___/___/___

N° de la fiche: /___/___/___

N° de Téléphone /___/___/___/___/___/___/___/___

CSCOM de provenance :.....

Q1 : Combien de jours êtes vous resté au CS Com qui vous a référé ? /___/___/

Q2 : Etes vous satisfaites des services offerts dans ce CS Com :

1. Accueil : 1. Oui /___/ 2. Non /___/
2. Traitement reçu : 1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q3 : Les raisons de votre référence/ référence contre vous ont –elles été expliquées ?

1. Oui /___/
2. Non /___/

Q4 : Etes vous d'accord avec la décision de référence/ référence contre ?

1. Oui /___/
2. Non /___/
3. Indifférente/___/

Q5 : Par quel moyen avez-vous été évacuée vers le CS Réf ?.....

Q6 : Avez-vous été évacuée avec :

1. un abord veineux : 1 Oui /___/ 2. Non /___/
2. une fiche d'évacuation ou de référence : 1 Oui /___/ 2. Non /___/

Q7 Avez-vous été accompagnées par un agent de santé. Si oui sa qualification.....

Q8 Le CS Réf avait-il été averti ? Si oui le CS Réf avait –il prit les dispositions pour accueillir la femme ?

1. Oui /___/
2. Non /___/

Q9 Combien de temps avez-vous mis entre le CSCOM qui vous a évacuée et le S Réf ?

Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

Q10 : Au niveau du CS Réf, combien de temps s'était écoulé entre votre arrivée et votre prise en charge ? /__/_/minute

Q11 : Avez-vous été satisfaites de l'accueil et du traitement reçu au CS Réf ?

1. Oui /__/_/
2. Non /__/_/

Q12 : Que pensez-vous des frais de transports et le coût de la prise en charge ?

1. Ne sont pas chers : /__/_/
2. Sont peu chers : /__/_/
3. Sont très chers : /__/_/

Q13. Comment pensez-vous qu'on peut améliorer l'évacuation des urgences obstétricales dans le District sanitaire de la Commune V?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS DES FEMMES EVACUEES ET RECUES au CS REF de la Commune V	
Fiche N°	/ /
Date référence/évacuation au CSRéf	___/___/___
Date et heure d'admission au CSRéf	/ /
Mode d'admission (référée, évacuée)	Référé/évacuée /___/ Venue d'elle-même /___/
CSCom ayant fait la référence/évacuation	
Aire de santé d'appartenance	
Heure de référence/évacuation	___/___/___
Moyen de transport utilisé pour l'évacuation	Ambulance /___/ Moto /___/ Taxi /___/ Autres (préciser) :
Heure départ ambulance	___/___/___
Qualification de l'agent accompagnant la parturiente	Sage femme /___/ Infirmière obstétricienne /___/ Autres (préciser)
Heure de retour ambulance/ Heure arrivée de la femme au CS Réf (si la femme est venue par d'autres moyens)	___/___/___
Motif de référence/évacuation	
Diagnostic retenu au CS Réf	
Fiche référence/évacuation	Oui /___/ Non /___/
Accouchement	Césarienne /___/ Voie basse /___/ Si avec manœuvre, préciser
Autres interventions	Révision utérine /___/ Curetage /___/ Traitement médical /___/ Autres (préciser)
Issue de la mère	Vivante /___/ Complication /___/ Décédée /___/
Causes décès de la mère	Préciser cause décès :
Issue du nouveau né	Vivant /___/ Mort né /___/ Décédé dans les 7 premiers jours /___/
Fiche contre référence envoyée au CSCom ayant référé	Oui /___/ Non/___/
Référence/évacuation justifiée	Oui /___/ Non/___/
Référence/évacuation adéquate	Oui /___/ Non/___/
Opportune	Oui /___/ Non/___/

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DU MEDECIN CHEF DU CS Réf

IDENTIFICATION :

Date de l'enquête : /___/___/___/

Qualification :

1. Médecin Généraliste: /___/
2. Médecin santé publique: /___/
3. Gynécologue obstétricien: /___/
4. Chirurgien: /___/
5. Autres (préciser) :.....

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT :

Circuit de la femme référée :.....
.....
.....
.....

Supports qui accompagnent une femme référée :.....
.....
.....
.....

Disponibilité des ressources humaines :

Qualifications et nombre de personnel de CS Réf :

1. Médecins généralistes : /___/___/
2. Gynécologue obstétricien : /___/___/
3. Anesthésiste réanimateur : /___/___/
4. Chirurgien : /___/___/
5. Infirmiers anesthésistes : /___/___/
6. Sages femmes : /___/___/
7. Infirmières obstétricienne : /___/___/
8. Infirmiers santé publique: /___/___/
9. Techniciens de labo : /___/___/
10. Radiologue/échographistes: /___/___/

Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

11. Chauffeurs : /__/__/

Existence et composition de l'équipe d'accueil des urgences :

12. Médecins généralistes : /__/__/

13. Gynécologue obstétricien : /__/__/

14. Infirmiers anesthésistes : /__/__/

15. Sages femmes : /__/__/

16. Infirmières obstétriciennes: /__/__/

17. Chauffeurs : /__/__/.

Disponibilité de l'équipe 24h sur 24h : 1. Oui: /__/ 2. Non: /__/

Nombre et qualification du personnel formé sur la prise en charge des urgences obstétricales:

18. Médecins généralistes : /__/__/.

19. Gynécologue obstétricien: /__/__/.

20. Anesthésiste réanimateur : /__/__/.

21. Chirurgien : /__/__/.

22. Infirmiers anesthésiste : /__/__/.

23. Sages femmes : /__/__/.

24. Infirmiers : /__/__/.

25. Techniciens de labo : /__/__/.

26. Radiologue/échographistes : /__/__/.

27. Chauffeurs : /__/__/.

Infrastructures :

1. Maternité :.....

.....

.....

2. Bloc opératoire :.....

.....

.....

3. Laboratoires d'analyses médicales:.....

Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

-
.....
4. Salles de soins intensifs:.....
.....
.....
5. Banque de sang:.....
.....
.....
6. Services de radiologie / échographie :
.....
.....
7. Salles d'hospitalisations :.....
.....
.....
8. Lits :.....
.....
.....

Moyens de transports et communication :

- 1. Ambulance médicalisée :**
- a) Nombre /___/
- b) Etat : Bon : /___/ Mauvais: /___/ Pannes: /___/
- 2. Véhicule :**
- c) Nombre
- d) Etat : Bon : /___/ Mauvais: /___/ Pannes: /___/
- e) Nombre
- f) Etat : Bon : /___/ Mauvais: /___/ Pannes: /___/
- 3. Téléphone :**
- g) Nombre : /___/___/
- h) Etat : Bon : /___/ Mauvais: /___/ Pannes: /___/

Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

Nombre de jours d'arrêt des moyens de transports et de communications durant la période d'étude :

- i) Ambulance : /__/_/
- j) Véhicules : /__/_/
- k) Téléphone : /__/_/

Financement du transport des femmes référées :

- a. Familles: /__/_/
- b. CS Réf: /__/_/
- c. Etat: /__/_/
- d. Partenaire: /__/_/
- e. Caisse de solidarité: /__/_/
- f. Mutualité: /__/_/
- g. Autres (préciser) :.....

Coût de transport d'une évacuation :.....

Financement de la maintenance et de la réparation de la logistique roulante :

- 1. Ressources propres de CS Réf: /__/_/
- 2. Etat: /__/_/
- 3. Partenaire: /__/_/
- 4. Fonds communautaires: /__/_/
- 5. Autres (préciser) :.....

Matériels et médicaments :

- 1. Nombres de boites d'accouchements : /__/_/
- 2. Nombre boites de césariennes : /__/_/.
- 3. Existence de boites de laparotomie : /__/_/
- 4. Existence de matériels de réanimation en salle d'accouchement : /__/_/
- 5. Existence de matériels de réanimation au bloc opératoire : /__/_/
- 6. Existence de kit d'urgence /__/_/
- 7. Nombre de jour de rupture du kit d'urgences : /__/_/
- 8. Existence de kit de césariennes au cours de la période d'étude : /__/_/

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

9. Nombre de jour de ruptures des kits césariennes au cours de la période d'étude :
/___/___/

Financement des Kits pour la prise en charge des urgences :

Kits césariennes :

1. Familles: /___/
2. CS Réf: /___/
3. Etat: /___/
4. Partenaire: /___/
5. Caisse de solidarité: /___/
6. Mutualité: /___/
7. Autres (préciser) :.....

Kits pour les autres urgences obstétricales :

1. Familles: /___/
2. CS Réf: /___/
3. Etat: /___/
4. Partenaire: /___/
5. Caisse de solidarité: /___/
6. Mutualité: /___/
7. Autres (préciser) :.....

Couts des kits de prise en charge :

1. Kits césarienne :.....
2. Kits autres urgences :.....

Nombre de jours de rupture de kit au cours de la période d'étude :

1. Kits césarienne :.....
2. Kits autres urgences :.....

Organes de gestion du système (citer) :.....
.....
.....

Rôles de chaque organe :.....

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

.....
.....
.....

Suivi et monitoring du système (période d'étude) :

1. Nombre de réunions de monitoring prévues : /__/_/
2. Nombre de réunions de monitoring réalisées : /__/_/
3. Nombre de réunions des différents organes prévues: /__/_/
4. Nombres de réunions réalisées par organe de gestion : /__/_/

Problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du système :

.....
.....

Suggestions pour améliorer le système :

.....
.....

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

**EVALUATION DU SYSTEME DE REFERENCE /contre référence DU DISTRICT SANITAIRE DE LA
COMMUNE V**

**QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN AUPRES DES RESPONSABLES
DES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE**

IDENTIFICATION :

Date de l'enquête : /__/_/___

Centre de santé de :.....

Qualification du Responsable :

1. Médecin: /_/_
2. Sage femme : /_/_
3. Infirmier: /_/_
4. Autres (préciser) :.....

Q1 : Disposez-vous d'un ordinogramme pour la prise en charge des urgences obstétricales ?

1. Oui : /_/_
2. Non : /_/_

Q2 : Avez-vous des fiches de référence/contre référence ?

1. Oui : /_/_
2. Non : /_/_

Q3 : Avez-vous un registre pour les cas référés?

1. Oui : /_/_
2. Non : /_/_

Q4 : Avez-vous des fiches de partogramme ?

1. Oui : /_/_
2. Non : /_/_

Q5 : Avez-vous connu des ruptures de supports?

1. Fiche de référence/évacuation : Nombre de jour :.....
2. Fiche de partogramme : Nombre de jour :.....

Q6 : Disposez-vous d'un kit de médicaments pour les urgences obstétricales ?

1. Oui : /_/_
2. Non : /_/_

Q6.1: Si oui, citer le contenu du kit :.....

.....
.....
.....

Q7 : Disposez-vous d'un moyen roulant pour la référence/évacuation ?

Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

1. Ambulance équipée : /_/_/
2. Véhicule : /_/_/
3. Moto : /_/_/
4. Autre (préciser) :

Q8 : Disposez-vous d'un moyen de communication ? 1. Oui : /_/_/ 2. Non : /_/_/

Q8.1 : Si oui, type ?

1. Téléphone: /_/_/
2. Autres à préciser: /_/_/

Q8.2 : Si non, comment vous rentrez en contact avec le CS Réf en cas d'une urgence obstétricale?

Q9 : Quelles sont les dispositions que vous prenez pour référer une femme ?

1. Informe la femme et ses parents : /_/_/
2. Informe CS Réf : /_/_/
3. Prise d'une voie veineuse: /_/_/
4. Remplit la fiche de référence/évacuation: /_/_/

Q10 : Recevez-vous des informations sur les cas référés ou évacués au CS Réf ?

1. Oui : /_/_/ 2. Non : /_/_/

Q10.1 : Si oui, dans quel délai ?

1. Au moins 1 semaine après: /_/_/
2. 2 semaines après: /_/_/
3. 1 mois après: /_/_/
4. Plus de 1 mois après: /_/_/

Q11 : Avez-vous participé aux réunions de monitoring sur le système de référence/ contre référence ?

1. Oui : /_/_/ 2. Non : /_/_/

Q12 : Le personnel du CSCom a-t-il été formé en soins obstétricaux d'urgence ?

1. Oui : /_/_/ 2. Non : /_/_/

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

FICHE D'INVENTAIRE DES RESSOURCES DANS LES CSCOMS

IDENTIFICATION :

Nom de la formation sanitaire :.....

Localité :.....

INFRASTRUCTURES :

Maternité :

1. Salle d'attente /_/
2. Salle d'accouchement /_/
3. Salle de suites de couches /_/

Laboratoire : 1. Oui:/_/ 2. Non:/_/

Dépôt de pharmacie : 1. Oui:/_/ 2. Non:/_/

RESSOURCES HUMAINES :

Catégories et nombre de personnel :

1. Médecins : /_/_/
2. Sages femmes : /_/_/
3. Infirmiers d'état : /_/_/
4. Infirmière obstétricienne : /_/_/
5. Aides soignants : /_/_/
6. Autres (préciser) :.....

RESSOURCES MATERIELS :

Matériels techniques :

- a) Tensiomètre : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- b) Stéthoscope obstétrical : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- c) Mètre ruban : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- d) Gants stériles : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- e) Boite d'accouchement complète : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- f) Spéculum : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- g) Plateau : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- h) Poire d'aspiration du nouveau – né : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/
- i) Forceps/ventouse : 1. Oui:/_/ 2. Non : /_/

**Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district
Sanitaire de la Commune V en 2011**

j) Bassin de lit : 1. Oui: /_ / 2. Non : /_ /

Matériel de réanimation :

- a) Obus d'oxygène : 1. Oui: /_ / 2. Non: /_ /
- b) Aspirateur : 1. Oui: /_ / Non: /_ /
- c) Masque de ventilation : 1. Oui: /_ / 2. Non: /_ /
- d) Canule de Guedel : 1. Oui: /_ / 2. Non: /_ /
- e) Matériel d'intubation : 1. Oui: /_ / 2. Non: /_ /
- f) Cathéter : 1. Oui: /_ / 2. Non: /_ /
- g) Perfuseurs : 1. Oui: /_ / 2. Non: /_ /
- h) Sondes : 1. Oui: /_ / 2. Non: /_ /

Moyens de transport et communication :

- 1. Ambulance: /_ /
- 2. Véhicule personnel: /_ /
- 3. Moto: /_ /
- 4. Téléphone: /_ /

Disponibilité des moyens de communication et transport :

Nombre de jours d'arrêt au cours de la période d'étude :

- 1. Ambulance :.....
- 2. Véhicule personnel :.....
- 3. Moto :.....
- 4. Téléphone :.....

Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTORITES COMMUNALES DE LA COMMUNE V

Fiche N°/___/___/___/

Date d'enquête : /___/___/___

Identification de l'enquêté :

Responsables des Collectivités: /___/

Question 1 : Dans le cadre du programme de développement socio-sanitaire de la Commune, quelles sont les activités prioritaires de santé qui sont prises en compte ?

.....
.....
.....
.....

Question 2 : Un système de référence / contre référence a été mis en place dans la District sanitaire de la Commune V pour le transfert et la prise en charge des urgences obstétricales. Que savez vous de l'organisation de ce système de référence / contre référence dans District sanitaire de la Commune V? (objectifs, mécanismes de fonctionnement, les cibles concernées.....)

.....
.....
.....
.....

Question 3 : Avez-vous été impliqués dans les étapes de conception et de mise en œuvre du système. ? Si Ou, comment ?

.....
.....

Question 3 : Quelle est la contribution de la mairie au financement du cadre conceptuel de la référence / référence contre (transport, médicaments, matériels, maintenances des ambulances, salaire personnel) ?

.....
.....

Question 4 : Comment appréciez vous l'implication de la communauté dans la gestion et le financement du système de référence et contre référence ?

.....
.....

Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

Question 6 : Existe-t-il au niveau de votre commune des structures (mutuelles, caisses de solidarité...) qui aident les communautés dans les dépenses de santé ? Etes-vous disposé à encourager la mise en place de telles structures dans votre commune ?

.....
.....
.....

Question 7 : avez-vous participé à des réunions sur le système de référence e/ contre référence depuis son lancement à nos jours ?

.....
.....

Question 8: A votre avis qu'est ce qu'il faut pour que le système de référence / contre référence puisse couvrir toutes les femmes ayant des problèmes au cours de l'accouchement ? (Pour faciliter le transport des femmes en cas d'urgence des CSComs vers le Centre de Santé de Référence, pour rendre accessible les coûts de la prise en charge des urgences obstétricales en dehors de la césarienne à toutes les femmes) :

Au niveau des Communautés :

.....
.....

Au niveau des Collectivités locales (mairies) :

.....
.....

Au niveau des structures publique et communautaire de santé :

.....
.....

FICHE SIGNALITIQUE

NOM: TRAORE

PRENOM : ALHASSAN TAMBA

TELEPHONE: + (223) 66 88 96 95 / + (223) 74 14 31 68

Email: alhassantambatraore@yahoo.fr

TITRE DE LA THESE: Evaluation du système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGNE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali.

SECTEUR D'INTERET : Gynéco-obstétrique

Résumé : Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée évaluative sur le système de Référence/Evacuation des urgences obstétricales dans le district Sanitaire de la Commune V en 2011. Au terme de notre étude, nous avons constaté :

- La disponibilité de personnel qualifié dans le district sanitaire de la Commune V.
- Le fort taux élevé des Référence/Evacuation par taxi (48,9%).
- Le frais de transport était à la charge de la patiente ou la famille.
- Le fort taux de non accompagnement des Références/Evacuations (84,6%).
- Le non paiement des quotes-parts par la mairie et certains ASACO.
- Le Refus de l'offre de participer à l'étude par les élus communaux.
- La grande majorité Référence/Evacuation étaient inadéquates (92,2%), non justifiées (78,3%), et inopportunes (72,2%).

Les mots clés : Système Référence /Evacuation, Urgence obstétricale.