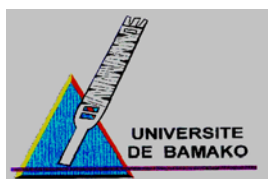


MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple -Un But -Une Foi



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE ACADEMIQUE 2007-2008

N°

Thèse

Evaluation de la mise en œuvre de la
stratégie césarienne gratuite dans le
district sanitaire de Fana au Mali
de 2005 à 2007

Présentée et soutenue publiquement, le...../...../ 2008
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
D'odontostomatologie

Par : Baba AHMED

Pour l'obtention du grade de docteur en Médecine
(Diplôme d'état)

Jury

Président : Pr Tieman Coulibaly

Membres : Dr Binta Keita

Dr Moussa Bagayoko

Co-directeur : Dr Bakary Diarra

Directeur de thèse : Pr Abdoulaye Ag Rhaly

DEDICACES

A Allah

Bismilahi Rahmani Rahim

« Au nom d'Allah le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

GLOIRE A TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est TOI l'omniscient, le sage ». Tu nous avais déjà dit ceci qui reste gravé en nous:

«...*Fa-inna ma' al' osri yosran. Inna ma' al' osri yosran...*» sourate 94 versets 5-6
(*A coté de la difficulté certes est la facilité. A coté de la difficulté certes est la facilité*)

A Notre prophète Mohamed

Salut et paix sur Lui, à toute Sa famille, tous Ses compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mon père Mohamed Yahya In memoriam

A ma maman Fatma Salka (Dya)

Les mots me manquent pour t'exprimer mon infinie gratitude et l'extrême amour que je te porte. Etre mère c'est comprendre ce qui est incompréhensible pour les autres et supporter ce qui est insupportable pour les autres. Tu as su exprimer dans le silence toutes les souffrances, c'est le lieu pour moi de te dire merci pour tout le sacrifice consenti et toutes les souffrances endurées, puisse la justice divine trancher en faveur de tes enfants en récompense de tes sacrifices pour les enfants d'autrui. Qu'Allah t'accorde santé et longévité. Tu trouveras à travers ce modeste travail un début de récompense de tes efforts.

A mon grand frère Ahmed Mohamed

Vous avez consacré le meilleur de vous-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Vos sages conseils et bénédictions nous accompagneront toujours pour guider nos pas dans la vie. Votre soutien tant moral qu'affectif a contribué à la finalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Que le bon DIEU vous accorde encore longue vie et bonne santé auprès de nous. Nous sommes fiers de vous et cela pour toujours.

A mon grand frère Mohamed Aly

Vous m'avez éduqué et entretenu. Ainsi J'ai appris de vous l'honneur, la dignité, la modestie, l'humilité, la générosité surtout le respect de soi, et l'amour du prochain, qualités dont j'ai bénéficié tout au long de mes études.

Vos soutiens moral et particulièrement financier ne m'ont jamais fait défaut. En m'inclinant devant vous en signe de reconnaissance, dévouement, et entière soumission, je vous dis grand merci. Puisse ce modeste travail fruit de votre engagement me rendre digne de vous, et Dieu le tout puissant vous accorder sa grâce, longévité et Santé, Amen.

A ma grande sœur Bébé et son mari Mohamed Brahim

Merci du fond du cœur. Qu'Allah vous bénisse, vous et toute votre famille. Amen

A mon petit frère Najim Mohamed

J'ai trouvé en toi un confident malgré ton jeune âge. Ce travail est le fruit de ton amour, puisses-tu trouver à travers ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A ma petite sœur Dada Mint Mohamed (Adja)

Bonne chance pour la vie et beaucoup de courage pour les études. Je t'aime petite sœur chérie.

A mes grands-mères Dada et Go

Merci pour le soutien tant moral qu'affectif qui ne m'a jamais fait défaut. Merci beaucoup pour vos bénédictions incessantes. Trouvez ici l'expression de ma tendre affection. Qu'Allah vous accorde longue vie.

A mes belles-sœurs Mariam N'diaye et Barakha Mint Salick

Merci pour ces réveils matinaux et tous ces soucis pour moi. Qu'Allah resserre nos liens. Amen

A mes neveux et mes nièces Cheickh Ould Aly, Bébé et Mami, Mohamed et la petite Dya, Nana et Bouya

Merci de l'affection, de l'amour et de tout le respect que vous m'avez prouvé, je vous souhaite tout le bonheur qu'un Père puisse souhaiter à ses enfants.

A mes oncles et tantes

Puisse ce modeste travail, fruit de votre engagement me rendre digne de vous, qu'Allah vous accorde sa grâce, longévité et santé. Amen

A tous les malades : pensées profondes, respects et ma disponibilité absolue !

REMERCIEMENTS

Je remercie :

Tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation. Hommages respectueux.

Abdou A. Touré

Directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH)

Cher maître, transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. En vous, nous avons trouvé l'espoir et la confiance qui manquent à l'humanité, un confident et un père. Merci pour les enseignements reçus aussi bien médicaux que sociaux. Nous espérons avoir été à la hauteur de l'estime placée en nous. Permettez cher maître de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre soumission absolue, puisse Dieu récompenser en bien tous les efforts que vous ne cessez de déployer pour les autres sans contre partie.

Tout le personnel de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH)

Docteur Nama Magassa à la Direction Nationale de la Santé

Merci pour votre soutien inestimable

Docteur Diarra Soumana : médecin chef du CSRéf de Fana

Votre apport dans ce travail a été inestimable. Ce travail est le vôtre. Trouvez ici toute ma reconnaissance.

Docteur Amadou Coulibaly médecin chef du CSRéf de Kati: J'ai été émerveillé par vos connaissances scientifiques et surtout vos qualités humaines. Ces

qualités couplées à votre simplicité et votre générosité font de vous un homme respecté.

Docteur Samaké Daouda, Keita, Adama Togo, M'Pa Diaby, Aissata Daba Traoré et tout le personnel du CSRéf de Fana

Vous avez été pour moi des frères, des amis. Vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut.

Votre souci constant pour la bonne finition de ce travail, puisse t-il être une source de fierté pour vous.

Mes amis et compagnons du périlleux trajet KATI – POINT G : Mahalmoudou Haïdara, Cheick A.K. Maiga, Tahirou Dembaga, Haby Traoré, Fatoumata Léonie Française Diakité.

Nous voilà enfin au bout du tunnel, ensemble nous sommes parvenus à surmonter les péripéties de cette longue et dure mission.

Trouvez ici chers amis, toute ma sympathie et ma profonde reconnaissance.

Mes cousins et cousines

En reconnaissance du soutien et de l'affection que vous m'avez portés.

Mes amis Abou Traoré, Abdramane Berthé, Abou Sow, Alassane M'Bo, Mamadou Bah, Seydou Diakité, Oumar Hanne, le trio Samaké (Assétou, Mariétou et Nènè)

Nous avons été des complices durant ces années, dures certes, mais pleines de souvenir. Que DIEU renforce davantage cette amitié et nous apporte du succès au cours de notre carrière professionnelle.

Boubacar Diallo Merci

Elisabeth Jospin

Mariam Ditié

Tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR TIEMAN COULIBALY

Chirurgien, orthopédiste et traumatologue au CHU du Gabriel Touré

Membre de la société Malienne de Chirurgie orthopédique et de

traumatologie (SOMACOT)

HONORABLE MAITRE

C'est un signe d'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations. La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez. Vous nous avez séduit depuis les premières années de nos études médicales, grâce à vos brillants cours de sémiologie. L'intérêt que vous portez à vos étudiants et la clarté de vos enseignements expliquent l'estime que vous portez pour toutes les promotions.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sentiments très respectueux.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR BINTA KEITA

Médecin Gynécologue Obstétricienne

Chef de division santé de la reproduction à la direction nationale de la santé.

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail malgré votre emploi du temps chargé. Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un maître admiré et admirable.

Puisse Dieu vous prêter heureuse et longue vie.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

DOCTEUR MOUSSA BAGAYOKO

Médecin chef du centre de santé de référence de Fana

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté d'honorer ce jury de votre présence, cher maître soyez assuré de notre profonde reconnaissance, que Dieu couronne vos entreprises de succès, puisse-t-il vous donner longue vie et vous permettre de pérenniser la gratuité de la césarienne qui a vu le jour sous votre impulsion.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

DOCTEUR BAKARY DIARRA

Spécialiste en santé publique

**Chef de Division Santé Publique à l'Agence Nationale d'Evaluation des
Hôpitaux (ANEH)**

La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre, un maître doté d'une pédagogie et d'un sens social inestimable, c'est aujourd'hui une fierté pour nous d'avoir appris à vos côtés.

Nous vous sommes reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour notre formation.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR ABDOULAYE AG RHALY

Professeur titulaire en médecine interne

Chargé de l'enseignement de l'endocrinologie, de la sémiologie et de la pathologie médicale à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-Stomatologie

L'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure la formation de la jeune génération.

LISTE DES ABREVIATIONS

AS : Aide Soignant

ASACO : Association de Santé Communautaire

AT : Accoucheuses Traditionnelles

BONC : Besoins Obstétricaux Non Couverts

CMDT : Compagnie Malienne de Développement Textile

CPN: Consultation Pré Natale

CPoN : Consultation Post Natale

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle

EDS: Enquête Démographique et de Santé

EPH : Etablissements Publics Hospitaliers

FELASCOM : Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IOM : Interventions Obstétricales Majeures

MS/SG: Ministère de la Santé/ Secrétariat Général

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non gouvernementale

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PSSP : Politique Sectorielle de Santé et de Population

PV : Procès verbaux

RAC : Réseau Administratif de Communication

RMM : Ratio de Mortalité Maternelle

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SOUB : Soins Obstétricaux d'Urgence de Base

SOUC : Soins Obstétricaux d'Urgence Complets

TS : Technicien Supérieur

UNFPA: Fonds des Nations Unies pour la Population

UON: Unmet Obstetrical need

USAID: United States Agency international Development

TABLES DES MATIERES

<u>Introduction :</u>	1
.....	
<u>I. Objectifs :</u>	7
.....	
1.1 Objectif général :	7
1.2 Objectifs spécifiques :	7
.....	
<u>II. Généralités :</u>	8
.....	
2.1 Définition opératoire des concepts.....	8
2.2 Carte sanitaire	1
.....	2
2.3 Politique de santé maternelle	1
.....	7
2.4 Système de référence/ évacuation	1
.....	9
2.5 Besoins obstétricaux non couverts	2
.....	0
2.6 Soins obstétricaux d'urgence	2
.....	3
<u>III. Méthodologie :</u>	2
.....	7
3.1 Cadre d'étude	2
.....	7
3.2 Méthode d'étude	3
.....	0
3.2.1 Type d'étude	3
.....	0
3.2.2 Population d'étude	3
.....	0
3.2.3 Echantillonnage	3
.....	1

3.2.4 Pré test	3
.....	2
3.2.5 Déroulement et durée d'enquête	3
.....	2
3.2.6 Critères d'inclusion	3
.....	2
3.2.7 Critères de non inclusion	3
.....	2
3.2.8 Aspects éthiques	3
.....	2
3.3 Variables	3
.....	2
3.3.1 Composante : Moyens de productions	3
.....	3
3.3.2 Composante : Processus d'offre des soins.....	3
	4
3.3.3 Composante : Résultats des soins	3
.....	6
3.3.4 Composantes de la mise en œuvre de la césarienne gratuite	3
.....	7
3.4 Plan d'analyse des données collectées	3
.....	7
<u>IV. Résultats :</u>	3
.....	8
<u>4.1 Description des échantillons</u>	3
.....	8
4.1.1 Caractéristiques des formations sanitaires visitées	3
.....	8
4.1.2 Caractéristiques des agents de santé enquêtés	3
.....	9
4.1.3 Caractéristiques des membres d'organes de gestion enquêtés	3
.....	9
4.1. Caractéristiques des bénéficiaires	4

.....	0
<u>4.2 Description des composantes de la stratégie césarienne gratuite</u>	4
.....	6
4.2.1 Moyens de production des soins	4
.....	6
4.2.2 Processus d'offre des soins	4
.....	9
4.2.3 Résultats de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite.....	5
	2
<u>4.3 Appréciation de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite</u>	6
.....	1
4.3.1 Ressources	6
.....	1
4.3.2 Processus d'offre des soins	6
.....	2
4.3.3 Résultats de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite	6
.....	3
4.3.4 Mise en œuvre de la césarienne gratuite	6
.....	4
<u>4.4 Forces et faiblesses du dispositif</u>	6
.....	5
4.4.1 Forces	6
.....	5
4.4.2 Faiblesses	6
.....	5
<u>V. Commentaires et discussions :</u>	6
.....	6
5.1 Atteinte des objectifs, qualité et validité des résultats	6
.....	6
5.2 Moyens de production	6
.....	7
5.3 Processus d'offre des soins	6
.....	9

5.4 Résultats	7
.....	0
<u>Conclusion :</u>	7
.....	5
<u>VI. Suggestions :</u>	7
.....	6
<u>VII. Références bibliographiques :</u>	7
.....	7
<u>VIII. Annexes :</u>	8
.....	2
<u>Annexe 1</u> : Questionnaires	
<u>Annexe 2</u> : Fiche d'exploitation des données	
<u>Annexe 3</u> : Fiche signalitique	
<u>Annexe 4</u> : Serment d'Hippocrate	

Introduction

La mortalité maternelle se définit comme "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 42 jours suivant sa terminaison, quelles que soient la durée et la localisation de cette grossesse, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite". [1]

Depuis la nuit des temps, la grossesse et l'accouchement ont constitué des moments cruciaux dans la vie de nos femmes, faits de joie mais aussi d'anxiété ou souvent de drame.

En effet, tout au long de ce processus consistant à donner naissance à une vie, la femme peut perdre la sienne. Ce fait demeure d'actualité malgré les progrès scientifiques et technologiques dans le domaine médical.

Même en ce XXI^{ème} siècle, siècle de progrès scientifiques et technologiques par excellence, les femmes continuent de mourir pour des complications liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

Le risque de mourir à la suite des grossesses varie certes en fonction des régions du monde, mais il n'est jamais nul : faible en Europe et en Amérique du Nord, ce risque reste encore très élevé en Afrique noire. [2]

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 529 000 environ, le nombre moyen de femmes qui meurent chaque année des suites de grossesses. Parmi celles-ci 99% proviennent des pays en développement et surtout de l'Afrique subsaharienne. [3]

Le ratio de mortalité maternelle en Afrique Subsaharienne estimé à 920 décès pour 100 000 naissances vivantes montre que cette région est la plus touchée dans le monde contre 24 décès pour 100 000 naissances vivantes en Europe.

Le Mali ne fait pas exception.

Selon les résultats de l'Enquête démographique et de santé (EDSIII) de 2001 la mortalité maternelle est de 587 décès pour 100 000 naissances vivantes soit un décès maternel toutes les trois heures [4]. L'EDS IV de 2006 a estimé ce taux à 474 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [5].

Les chiffres sont certes en régression, mais constituent toujours un problème majeur de santé publique au Mali.

A deux ans de mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite, une étude à visée évaluative des différents paramètres s'avère nécessaire. Elle permettra d'étudier les ressources engagées dans la production des soins, le processus d'offre des soins ainsi que les résultats obtenus.

Contexte et justification

La mortalité maternelle et néonatale au Mali reste très élevée malgré les interventions. Au Mali, une femme meurt toutes les 3 heures par suite de complication de la grossesse ou de l'accouchement, 80 nouveau-nés décèdent quotidiennement faute de soins appropriés. [6]

Les différentes recherches ont prouvé que la majorité des décès maternels est due à des causes évitables.

Fort de ce constat peu réjouissant d'une part et d'autre part le souci de faire face à ses responsabilités et compte tenu des objectifs du millénaire, le gouvernement du Mali a décidé le 23 juin 2005, l'institution de la prise en charge gratuite de la césarienne à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'objectif de cette initiative est de rendre accessible la césarienne à toutes les femmes enceintes pour lesquelles une indication de césarienne est posée, en vue de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. [7]

Pour la mise en œuvre de l'initiative, plusieurs stratégies ont été développées. Il s'agit entre autres du renforcement de capacité des structures de prise en charge par l'affectation du personnel et leur formation, l'équipement, la dotation en médicaments, consommables et réactifs. Aussi, une sensibilisation soutenue et dirigée vers les communautés a été menée.

C'est dans ce contexte et pour une large information du personnel socio sanitaire que le Ministère de la Santé a fait une lettre circulaire n°1003 MS/SG du 27 juin 2005 explicitant les modalités de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne.

Elle a été suivie par le décret n°05-350/P-RM du 04 août 2005 relatif à la prise en charge de la gratuité de la césarienne pris en conseil des ministres [8].

C'est ainsi que l'Etat intervient dans le processus par la prise en charge des coûts liés aux médicaments, aux consommables, aux réactifs, aux frais d'actes.

Les autres coûts récurrents doivent faire l'objet de prise en charge communautaire locale. Cet état de fait implique une bonne organisation de la communauté autour d'un système de référence renforcé.

En vue de préciser les directives pour les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, un guide a été élaboré et disséminé.

L'objectif majeur visé par l'initiative est de rendre effectivement gratuite la césarienne de qualité dans toutes ses étapes.

Depuis son lancement, plusieurs mécanismes de supervision, de monitoring ont été mis en place à différents niveaux pour suivre la mise en œuvre de l'initiative.

Ces différents mécanismes de suivi ne permettent pas d'étudier l'initiative dans tous ses aspects, d'où la nécessité d'aborder la question à l'échelle opérationnelle en vue de la cerner.

Ainsi notre étude tentera d'apporter à son issue, la réponse à certaines préoccupations à partir du district sanitaire de Fana.

- La césarienne est-elle effectivement gratuite ?
- Les ressources mises en place pour la mise en œuvre sont-elles adéquates?
- Le processus de mise en œuvre est-il efficace ?
- Quels sont les résultats obtenus ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre ?

La réponse à ces questions permettra de mieux comprendre l'initiative en vue de contribuer à l'atteinte de ses objectifs.

COMPOSANTES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CESARIENNE GRATUITE :

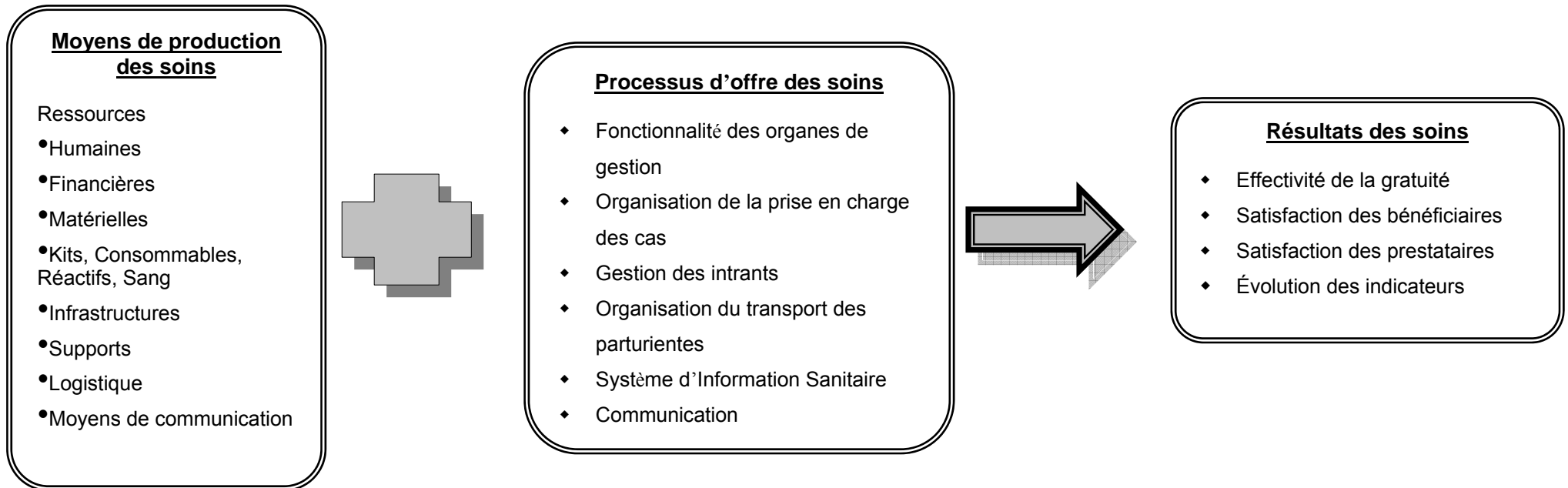


Figure n°1 : Les composantes de la mise en œuvre de la césarienne gratuite au Mali

Explication des composantes de la stratégie césarienne gratuite :

De façon conceptuelle la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne comprend : les moyens de production de soins (intrants), le processus d'offre des soins. La combinaison de ces deux composantes permet d'avoir des résultats qui comprennent outre les indicateurs, la satisfaction des bénéficiaires et celle des prestataires.

- La mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite a pour but principal de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Par ailleurs l'évolution des indicateurs comme les BONC, le taux de CPN3, les accouchements assistés, le taux de couverture en césarienne, le taux de complications post césariennes de 2002 à 2007 permet d'apprécier l'apport de l'initiative.

La présente étude permettra de mesurer et d'apprécier les résultats obtenus à travers les indicateurs sus cités.

- Les moyens de production ou intrants : il s'agit là de ressources essentielles mobilisées pour la mise en œuvre de l'initiative ; elles seront appréciées en terme de quantité, de qualité et d'opportunité.
- Le processus d'offre des soins: son appréciation se fera à travers les dispositions organisationnelles, les mécanismes internes de mise en œuvre et de régulation.
- Les résultats de soins ou extrants : les résultats essentiels de l'initiative sont l'effectivité de la gratuité, la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires, les besoins obstétricaux non couverts et la réduction de la mortalité maternelle et néonatale intra hospitalière dans le district sanitaire de Fana. La comparaison des données de la période couverte par l'initiative à celle d'avant l'initiative permettra de mettre en évidence son apport.

I.OBJECTIFS

1.1 OBJECTIF GENERAL

Evaluer la mise en œuvre de la césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana de 2005 à 2007.

1.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ♦ Décrire les moyens de production et le processus d'offre des soins dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite
- ♦ Apprécier les moyens de production et le processus d'offre de soins
- ♦ Déterminer les résultats de soins obtenus
- ♦ Apprécier les résultats obtenus
- ♦ Identifier les forces et faiblesses du dispositif de mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite.
- ♦ Faire des suggestions aux acteurs et aux décideurs du district sanitaire de Fana.

II. GENERALITES

2.1 DEFINITION OPERATOIRE DES CONCEPTS :

- **Evaluation** (Selon l'OMS) : C'est un processus systématique et scientifique visant à apprécier la mesure dans laquelle une activité ou une série d'activités a permis d'atteindre des objectifs prédéterminés. Ce processus implique la mesure de l'adéquation, de l'efficacité et du rendement des services de santé. Il aide à redistribuer les priorités et les ressources en fonction de l'évolution des besoins.
- **Mise en œuvre** : réalisation d'interventions ou de groupes d'activités visant l'atteinte d'objectifs prédéterminés.
- **Gratuité de la césarienne** : c'est le non paiement par la femme des frais liés à son transport vers une structure de prise en charge, aux examens préparatoires et prescrits au cours de l'hospitalisation, à l'acte opératoire, aux médicaments prescrits au cours de l'hospitalisation, aux médicaments utilisés pour réaliser l'intervention chirurgicale, au coût de l'hospitalisation. [9]
- **District sanitaire** : C'est une circonscription sanitaire, qui constitue l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un certain nombre d'aires de santé. [10]
- **Césarienne** : C'est une opération consistant à inciser l'utérus gravide, par voie abdominale, pour extraire artificiellement le fœtus et le placenta (la voie vaginale n'est plus utilisée). [11]
- **Dystocie** : La dystocie du grec « Dystakos » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle. Les dystocies sont divisées en:
 - Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine.
 - Dystocie mécanique, en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne,
 - Une anomalie du fœtus,
 - Un obstacle prævia, ou anomalie des parties molles. [12]

- **Accouchements assistés** : L'accouchement assisté est défini comme un accouchement réalisé par du personnel qualifié (Accoucheuse auxiliaire, infirmier/infirmière, sage-femme d'Etat, Maïeuticien d'Etat, Médecin).
- **Consultation Périnatale (CPN)** : La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à trois (3) fins essentielles :
 - ° Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,
 - ° Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,
 - ° Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications. [13]
- **Besoins obstétricaux non couverts (BONC ou UON)** : Le concept du besoin non couvert réfère à la notion de différence entre les services que le système de santé doit offrir pour répondre aux problèmes obstétricaux dans une population donnée et les soins réellement prodigués. En terme opérationnel, l'indicateur UON (Unmet Obstetrical need) est exprimé en nombre de femmes qui auraient dû bénéficier d'une intervention obstétricale majeure et pour lesquelles l'intervention n'a pas eu lieu. Il est possible d'estimer le besoin non couvert en interventions obstétricales d'urgence sans avoir recours à de grands investissements dans de larges enquêtes de populations. Les indications d'urgence obstétricale sont les suivantes: l'hémorragie sévère ante-partum (placenta prævia et décollement du placenta), l'hémorragie sévère du post-partum, la disproportion foeto-pelvienne (y compris la pré rupture et la rupture utérine), la présentation de l'épaule ou transverse et la présentation du front. [14]

- **Soins obstétricaux d'urgence (SOU)** : Ce sont des soins réservés aux gestantes, aux parturientes et aux accouchées présentant des pathologies/complications gravido-puerpérales nécessitant un traitement immédiat et sans délai.

Fonctions essentielles des SOU : Il s'agit d'une liste succincte d'activités qui devraient être disponibles dans un établissement de soins obstétricaux d'urgence pour les femmes qui présentent des complications obstétricales dans un contexte déterminé. Il ne s'agit pas toutefois d'une liste exhaustive de tous les services qui devraient être dispensés aux femmes présentant des complications de la grossesse. Ces fonctions essentielles doivent être pratiquées par un établissement pour qu'il soit reconnu comme établissement de soins obstétricaux d'urgence (SOU). Ces fonctions fondamentales sont :

- ° L'administration d'antibiotiques par voie parentérale (intraveineuse ou intramusculaire)
- ° L'administration de médicaments ocytociques par voie parentérale
- ° L'administration d'anticonvulsivants par voie parentérale en cas de pré éclampsie ou d'éclampsie
- ° L'extraction manuelle du placenta (délivrance artificielle)
- ° L'évacuation des produits de conception
- ° L'accouchement par voie basse assisté (ventouse ou forceps)
- ° La pratique d'opérations chirurgicales (césariennes)
- ° La transfusion sanguine.

Soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) : Il s'agit des six premières fonctions essentielles des Soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) : Ils comportent, en plus des six services des SOU de base, les deux autres fonctions des SOU : césarienne et transfusion sanguine. Les Soins obstétricaux d'urgence complets comportent donc les huit (8) fonctions essentielles des SOU. [15]

- **Référence** : La référence est le transfert d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.
La SAGO (Dakar 1998) définit la référence comme concernant une parturiente pendant sa grossesse, avant le début du travail pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie de la grossesse. [16]
- **Evacuation** : L'évacuation 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).
- **Carte sanitaire** : C'est un document qui consacre le découpage du territoire national en aires de santé et sur la base duquel sont créés les établissements publics communautaires et privés de santé. [10]
- **Aire de santé**: C'est une unité géographique de base abritant une population minimum de cinq mille (5000) habitants et formant la zone de constitution et d'intervention d'un centre de santé communautaire ; elle est fixée de façon consensuelle entre les communautés concernées. [10]
- **Paquet minimum d'activité (PMA)** : Il signifie l'offre d'activités intégrées des soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, des consultations pré et post-natales avec les accouchements et les vaccinations. [17]

2.2 LA CARTE SANITAIRE

Le pays est divisé en régions sanitaires et chacune de ces régions est subdivisée en cercles qui correspondent au district sanitaire tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le district sanitaire au Mali représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion.

Il est chargé d'élaborer une carte sanitaire pour la mise en oeuvre de la politique de santé.

La carte sanitaire consiste en un découpage du district sanitaire en aires de santé. Une aire de santé regroupe des villages couverts par un même centre de santé de premier échelon appelé centre de santé communautaire (CSCOM) qui offre un paquet minimum d'activités (PMA).

Le découpage du district sanitaire se fait sur la base de critères techniques tels que l'accessibilité géographique (distances, barrières naturelles...), l'importance de la population à desservir (5000 à 10000 habitants), les relations entre les villages (affinité, rivalité) et la capacité organisationnelle présumée de la communauté (gestion d'infrastructures communautaires). Le lieu d'implantation du centre dépendra des critères tels que la taille du village, sa position dans l'aire de santé (le village le plus éloigné doit être à 15 km maximum du site de l'aire), l'existence d'un pôle d'attraction (marché et école) et l'existence préalable éventuelle d'une infrastructure sanitaire.

La carte sanitaire qui est d'abord théorique (découpage fait par l'administration sanitaire) est négociée avec les communautés concernées en passant de village en village pour aboutir à une carte sanitaire définitive du district.

Au niveau de chaque district sanitaire, le système de santé est organisé en deux échelons de soins.

Le premier échelon constitué par les centres de santé communautaires (CSCOM). Ces centres sont gérés par les communautés à travers les associations de santé communautaires (ASACO) qui sont responsables de la structure et en assurent sa gestion.

Le deuxième niveau est représenté par le centre de santé de référence qui a les fonctions et le plateau technique d'une structure de première référence.

A tous les niveaux de la pyramide sanitaire les fonctions de chaque structure sont bien définies.

Tableau 1 : Les fonctions par niveau

Niveau	Structures	Fonctions
National	Ministère de la santé, directions centrales	Orientation des politiques et planification Stratégique, définitions des normes et procédures, évaluation
	Hôpital de 3 ^{ème} référence	Formation continue Soins spécialisés
Régional	Direction régionale de santé	Appui technique aux cercles
	Hôpital de 2 ^{ème} référence	Soins de référence de 2ème niveau
Cercle	Equipe cadre	Planification / gestion, administration
	Centre de santé de référence	Soins de référence de 1er niveau. Supervision du 1 ^{er} échelon
Aires de santé (groupes de villages ou de quartiers urbains)	Centre de santé communautaire et ASACO	Prestations des soins définis dans le paquet minimum d'activités (PMA) avec gestion communautaire

2.2.1 L'équipe cadre de district :

Le district au Mali est géré par une équipe cadre (équipe socio-sanitaire du district) dont le responsable est le médecin chef du service socio-sanitaire. Généralement tous les membres de l'équipe cadre occupent des fonctions techniques au niveau du CSRéf. L'équipe cadre peut faire appel à d'autres agents du CSRéf en cas de besoin. Elle se compose de tous les médecins du CSRéf, de l'administrateur social, de la sage femme maîtresse du CSRéf, des infirmiers spécialisés.

L'équipe cadre a deux types de fonctions fondamentales dites de références pour la circonscription socio-sanitaire du district:

2.2.1.1 Fonctions administratives et de santé publique :

Il s'agit de l'administration générale des services de santé ; la planification sectorielle décentralisée (élaboration et mise en oeuvre d'un plan de développement sanitaire pour l'ensemble du district y compris les programmes nationaux) ; la formation continue du personnel ; la tenue des statistiques sociales et sanitaires (y compris la surveillance épidémiologique) ; l'inspection des établissements sanitaires ; la promotion de la santé auprès des communautés ; la mobilisation et l'organisation des communautés autour des programmes de santé et de développement communautaire ; la supervision du personnel et des activités sur le terrain ; l'appui à la mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels en dénomination commune internationale et la recherche opérationnelle.

2.2.1.2 Les fonctions techniques :

(Soins curatifs, préventifs et promotionnels de référence) :

Le personnel de l'équipe cadre de district assure des fonctions au CSRéf. Les médecins sont responsables des sections ou des unités fonctionnelles en fonction du type d'organisation interne adopté par le CSRéf. Les infirmiers spécialisés sont responsables des soins de leurs spécialités. La sage-femme maîtresse est responsable de la maternité. Dans certaines équipes de district il arrive, comme c'est le cas à Fana, que le médecin chef de district n'ait pas de fonctions techniques et qu'il n'ait en charge que des fonctions administratives et un rôle de santé publique.

L'équipe cadre de district supervise le personnel et les activités des centres de santé communautaire selon un rythme fixé par le niveau national : une supervision mensuelle pour les nouveaux centres les six premiers mois de l'ouverture du centre puis une supervision trimestrielle après cette période. Les anciens centres sont supervisés une fois par trimestre. Un centre peut être supervisé en dehors de la périodicité fixée en fonction des problèmes décelés ou à la demande du centre.

Les équipes de supervision sont le plus souvent des équipes polyvalentes composées de deux à trois personnes avec des termes de référence et une grille de supervision. L'objectif des supervisions est l'amélioration de la qualité des services. De façon pratique, la supervision consiste à s'entretenir avec les personnes supervisées, les observer à la tâche pour déceler les insuffisances qui seront corrigées par l'équipe de supervision. La supervision consiste aussi dans le contexte malien à faire un contrôle de la trésorerie du centre et à s'entretenir avec les représentants des communautés (ASACO).

L'équipe discute souvent des relations entre le premier échelon et son centre de santé de référence.

2.2.2 Le centre de santé de référence :

Le plateau technique du CSRéf comprend : les consultations de référence (médicales, chirurgicales, obstétricales); les hospitalisations (médicales, chirurgicales et obstétricales); le traitement et la surveillance des malades référés en médecine générale et dans le cadre de la lutte contre les endémies majeures ; la lutte contre les épidémies ; les interventions chirurgicales générales (y compris celles en rapport avec la périnatalité) ; la prise en charge des accouchements dystociques ; les soins dentaires ; les investigations para cliniques (examens de laboratoire, de radiologie, l'échographie), les soins infirmiers et de petite chirurgie et les soins ophtalmologiques.

Le CSRéf se compose de plusieurs unités fonctionnelles. Chaque unité est dirigée par un responsable d'unité qui peut être un médecin, un infirmier, une sage-femme. L'accueil le jour est assuré par un service d'accueil qui oriente les personnes vers les services censés les prendre en charge. Lors des gardes de nuit, les week-ends et jours fériés, l'accueil est fait par les services de garde ; la maternité accueille les cas gynéco-obstétricaux ; les autres cas sont accueillis aux urgences. Les gardes sont assurées au niveau de la maternité par une sage femme ou une infirmière obstétricienne. Elle est accompagnée par au moins une matrone. La garde au niveau des urgences est assurée par un infirmier, un aide soignant. Le manœuvre peut être sollicité par les services de garde. Un médecin de garde est désigné par tour de rôle pour les cas médicaux.

Il est appelé en cas de besoin par le service de garde. Les cas chirurgicaux sont gérés par le médecin à tendance chirurgicale qui a un logement d'astreinte situé à 300 mètres du centre. Un chauffeur de garde est chargé de faire recours aux médecins en cas de besoins. Ce chauffeur gère les appels des centres de santé communautaires grâce à un système de radio-communication situé dans la salle de garde.

Les week-ends et jours fériés les équipes de garde assurent les consultations mais font recours aux médecins en cas de besoins et le médecin de garde fait une ronde matinale.

Les médecins du CSRéf sont chargés d'assurer la formation du personnel du centre. Ceci se fait entre autres par les staffs d'études de cas ou lors des visites au lit du malade.

2.2.3 Le financement du système de santé du district sanitaire :

Un district sanitaire dispose de plusieurs sources de financement pour la réalisation de son plan de développement sanitaire.

2.2.3.1 Financement des investissements :

Les investissements prévus dans le plan de développement sanitaire du district (construction/rénovation, équipements, fonds de roulement en médicaments, formation, véhicule etc.) sont généralement financés par l'état sur son budget propre ou grâce à l'appui d'un partenaire extérieur (coopération bilatérale ou multilatérale, ONG, agences spécialisées etc.) ou par les communautés sous forme de cotisation ou de contribution en nature (journée de travail par exemple)

2.2.3.2 Financement des charges récurrentes des services

Le recouvrement de coûts est appliqué à chaque niveau de la pyramide sanitaire pour la couverture des charges récurrentes.

Pour les structures de premier contact à gestion communautaire (CSCOM), les tarifs sont fixés par le conseil de gestion en fonction des réalités locales.

Pour les structures publiques (CSRéf), les charges du personnel et une partie du fonctionnement courant sont prises en charge par les subventions de l'Etat. Le système de recouvrement des coûts permet d'appuyer ce fonctionnement (achat

de carburant, de fournitures de bureaux, salaires de manoeuvres, chauffeurs, gardiens etc..) [18]

2.3 POLITIQUE DE SANTE MATERNELLE:

La politique malienne dans le domaine de la santé maternelle a suivi depuis de nombreuses années les recommandations des institutions internationales. Cela s'est concrétisé jusqu'au début des années 90 par le développement en priorité des soins maternels primaires (consultations prénatales, vaccinations, accouchements assistés par des matrones formées sur une courte période).

En 1991, la déclaration de la politique nationale de population au Mali met en exergue le trop rapide accroissement de la population comparé à la vitesse de la croissance économique [19].

Le programme de planification familiale, dont la couverture était très faible (Taux de couverture de 11% en milieu urbain et de 2% en milieu rural), est alors renforcé et obtient un support particulier de l'USAID.

La santé maternelle va alors bénéficier du développement de la politique sectorielle. En effet, après les premières expériences encourageantes de développement des CSCom, s'est posé assez rapidement le problème de l'échelon de référence. Un réseau de services de santé de premier niveau sans le soutien d'un centre de santé de référence a une efficacité limitée et met en question l'entièreté de la stratégie. Cette fonction de référence jouée par le CSRéf a été abordée en utilisant le programme de « périnatalité » comme porte d'entrée. Jusqu'au début des années 1990, la couverture des besoins obstétricaux d'urgence était pratiquement nulle en dehors des grandes villes. La proportion de césariennes (en dehors du district de Bamako) était de l'ordre de 0,2% des accouchements. Or, le programme de santé maternelle, en développant les consultations prénatales et les maternités rurales, avait contribué à maintenir l'attention sur la problématique de l'accouchement comme problème réel et ressenti par les populations. Les stratégies déployées au premier échelon ne permettaient pas d'éviter les accidents obstétricaux pour lesquels il fallait une prise en charge professionnelle souvent chirurgicale.

La disponibilité d'un fonds pour le programme de périnatalité allait être l'occasion de renforcer le niveau de référence. Assez rapidement, les décideurs se sont rendus compte que le problème ne se limitait pas simplement au CSRéf.

Il ne s'agissait pas seulement de former les équipes cadres et d'équiper les CSRéf, il fallait développer l'ensemble du système (premier échelon, référence/ évacuation, plateau technique hospitalier et mécanismes de financement viables), sans oublier la mobilisation communautaire. Progressivement, à partir de 1994-95, un système d'orientation – recours est testé dans quelques Cercles.

Il s'agissait de mettre en place des moyens de communication entre CSCom et CSRéf (Radio - Communication et ambulance), de garantir la présence du plateau technique (personnel formé, équipements et médicaments disponibles) mais aussi d'assurer la viabilité financière du système. Cela fut réalisé par la constitution d'un fonds collecté et géré au niveau du district, provenant en partie du ministère de la santé (35%), des Associations de Santé Communautaire (CSCom pour environ 35%) et par la contribution financière des usagers (30%). Grâce à un tel système, l'accessibilité physique, mais également financière, au CSRéf s'est considérablement accrue. Dès 1997, cette stratégie est celle qui sera promue dans tout le pays [20]. Cependant, le développement de ce système de référence/ évacuation est lent : En 1998, période pour laquelle les données sur les interventions obstétricales ont été recueillies, il n'y avait que sept districts sanitaires organisant un système référence/ évacuation et en 1999 seuls 12 districts sanitaires sur les 55 du pays avaient organisé un système effectif dont celui de Fana.

Le plan quinquennal de la santé reproductive de 1999-2003 [21] affirme des objectifs ambitieux : réduire la mortalité maternelle de 577 à 400 pour 100.000 naissances vivantes durant la période, réduire la mortalité infanto-juvénile de 238 à 150‰, augmenter l'utilisation des services de santé de la reproduction par les jeunes et les adolescents et réduire les ambiguïtés (obstacles) qui entravent la participation des femmes et des hommes aux activités de santé de la reproduction. Au moment où l'approche des Besoins Obstétricaux Non Couverts est implantée au Mali, la compréhension de la réponse à donner a évolué :

les décideurs sont bien conscients que le premier échelon ne peut et ne pourra pas à lui seul résoudre le problème de la mortalité et de la morbidité maternelle et périnatale. Ils savent aussi que la couverture en services professionnels est encore très faible : autour de 10% d'accouchements assistés dans cinq des neuf régions du pays, entre 30 et 40% à Koulikoro, Sikasso et Ségou et environ 80% à Bamako. Ce qu'ils ne savent pas c'est la mesure dans laquelle les besoins maternels essentiels sont couverts et si la stratégie décidée (système d'évacuation cofinancé par l'état et les communautés locales) est efficace.

La gratuité de la césarienne de Juin 2005 vient alors renforcer les stratégies déjà en cours pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit de :

- a. l'organisation du système de référence/ évacuation pour permettre la prise en charge des urgences obstétricales,
- b. l'approche des besoins obstétricaux non couverts,
- c. le programme de soins obstétricaux d'urgence.

2.4 LE SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION :

Si le plateau technique du CSCOM (1er contact) ne permet pas la prise en charge du malade, il le réfère au CSRéf qui est le 1er niveau de référence. De la même façon, si le plateau technique du CSRéf ne permet pas la prise en charge, le malade est référé à un hôpital de 2^{ème} ou de 3^{ème} référence.

2.4.1 Evacuation avant le démarrage du système de référence/ évacuation :

Avant le démarrage du système, les évacuations obstétricales à Fana étaient caractérisés par :

- Le transport direct des parturientes des CSCOM au CSRéf sans supports opérationnels et à des coûts élevés. Ce transport se caractérise par :
 - Une fréquence journalière ou hebdomadaire.
 - Un état vétuste des véhicules et des pannes fréquentes.
 - Un coût élevé pouvant atteindre 75 000 FCFA pour certains centres.

Ce transport est rendu difficile à cause de l'état des pistes entre les CSCOM et le centre de référence et l'inexistence de moyens de communication.

- Le coût élevé de l'ordonnance pour une césarienne estimé à 72358 FCFA.

Ce coût n'est pas à la portée de toutes les familles d'où la longue attente (trois heures de temps, voire plus) pour réaliser l'intervention chirurgicale.

2.4.2 Evacuation après la mise en place du système de référence/évacuation

Depuis le 1^{er} Octobre 1999, date de démarrage du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Fana, les évacuées suivent un itinéraire bien défini par le circuit suivant :

Le CSCOM qui évacue sur décision du chef de poste médical saisit le centre de santé de référence (CSRéf) par RAC afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le chef de poste dans son message RAC donne des précisions sur la nature de la pathologie.

La maternité est aussitôt informée de l'arrivée de la parturiente dans les prochaines heures. Le chef de poste établit une fiche d'évacuation et de partogramme, la parturiente est évacuée directement sur le CSRéf. A l'arrivée de la parturiente un examen obstétrical est effectué par la sage-femme.

En cas de nécessité d'intervention chirurgicale la parturiente est directement conduite au bloc opératoire où les dispositions ont été déjà prises (préparation de la salle, Kit d'urgence).

La sage-femme gère la situation s'il n'y a pas de nécessité d'intervention chirurgicale.

2.5 BESOINS OBSTETRICAUX NON COUVERTS :

Les ratios de mortalité maternelle (ou RMM) sont généralement utilisés pour apprécier la capacité des différents systèmes de santé à répondre aux besoins obstétricaux.

Dans les pays industrialisés, les ratios de mortalité maternelle ont énormément diminué à la fin du siècle dernier et au début de ce siècle par une combinaison de différents facteurs: l'amélioration de la nutrition maternelle, les soins prénataux et la prise en charge des complications obstétricales en pré, per et post-partum immédiat. Dans les pays en voie de développement, les RMM n'ont par contre pas

diminué et ils restent élevés, entre 250 et 950 morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes.

Des travaux récents de recherche ont conclu que la raison principale de cette situation était le déficit en soins obstétricaux d'urgence, plutôt que le manque de soins prénataux.

Tout récemment, les RMM des pays en voie de développement ont été calculés aux moyens de techniques indirectes d'estimation en utilisant des données provenant de larges échantillons de population telles que les Enquêtes Sanitaires et Démographiques. Ces travaux ont produit des estimations plus sûres, mais ayant un intérêt limité pour la gestion des services de santé parce qu'elles représentent une moyenne nationale. Elles nécessitent des enquêtes à large échelle et sont par conséquent très chères à réaliser, obligeant les planificateurs sanitaires à rechercher des indicateurs alternatifs. Il faut noter aussi les essais de mesure des indicateurs de processus et d'output, comme par exemple la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence ou le nombre de services fournis par maternité hospitalière.

Aucun de ces indicateurs n'a cependant pu fournir les informations nécessaires pour les décideurs et les planificateurs des services de santé. Un outil particulier, développé par le Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers est la mesure des "besoins obstétricaux non couverts" ou UON "Unmet Obstetrical need". Cette mesure compare le besoin en soin obstétrical d'urgence avec la capacité des services de santé à le fournir. Cette mesure permet de donner des informations sur la situation des soins obstétricaux par région géographique - de taille variable. Cela peut être utilisé pour planifier et suivre les améliorations des services de santé et être le point de départ d'un dialogue entre les décideurs locaux, régionaux et nationaux.

Le concept du besoin non couvert réfère à la notion de différence entre les services que le système de santé doit offrir pour répondre aux problèmes obstétricaux dans une population donnée et les soins réellement prodigués. En terme opérationnel, l'indicateur UON est exprimé en nombre de femmes qui

auraient dû bénéficier d'une intervention obstétricale majeure et pour lesquelles l'intervention n'a pas eu lieu.

Il est possible d'estimer le besoin non couvert en interventions obstétricales d'urgence sans avoir recours à de grands investissements dans de larges enquêtes de populations. Les indications d'urgence obstétricale sont les suivantes: l'hémorragie sévère ante-partum (placenta praevia et décollement du placenta), l'hémorragie sévère du post-partum, la disproportion foeto-pelvienne (y compris la pré rupture et la rupture utérine), la présentation de l'épaule ou transverse et la présentation du front.

Ces estimations peuvent être utilisées pour comparer différentes régions géographiques, identifier celles qui ont un indicateur UON le plus élevé et ainsi cibler les dépenses et les efforts d'amélioration des services. L'approche UON permet aussi aux planificateurs de suivre le progrès sur le développement des services à travers le temps et l'impact sur la santé maternelle.

Les besoins obstétricaux non couverts pour des interventions majeures peuvent donc être un levier pour les interventions, bien plus qu'un outil de mesure. C'est pourquoi un exercice de recueil de données et d'analyse des besoins obstétricaux non couverts dans un pays peut:

- Aider à créer la conscience politique en faveur du développement de la santé maternelle,
- Apporter facilement l'information nécessaire pour planifier et prioriser le développement des services,
- Induire des interventions de lutte contre la mortalité maternelle au niveau local en changeant certaines attitudes, en mobilisant les ressources et en adaptant mieux les pratiques professionnelles aux besoins des femmes.

L'utilisation des besoins obstétricaux non couverts pour des interventions majeures comme point d'entrée pour le lancement ou la révision d'une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle peut être source de nombreux bénéfices comme :

- Encourager des discussions communautaires et des pressions politiques pour la mobilisation des ressources et la formulation de stratégies d'amélioration des soins obstétricaux,
- Impliquer directement les professionnels de santé et les communautés dans l'amélioration des soins obstétricaux et d'une manière plus générale, du système de référence,
- Rendre possible le suivi des tendances dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle. [22]

2.6 LES SOINS OBSTETRIKAUX D'URGENCE (Le modèle des trois retards) :

C'est une façon de diviser le temps qui s'écoule entre l'apparition d'une complication et l'obtention de soins obstétricaux d'urgence appropriés. Les trois retards, tels que décrits par Thaddeus et Maine (1994) sont :

1. le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux SOU ;
2. le temps nécessaire pour se rendre à un centre de SOU ;
3. le temps écoulé entre l'arrivée au centre de SOU et la dispensation des soins appropriés. [23]

Parmi les facteurs qui peuvent influencer le premier retard, la décision d'avoir recours aux SOU, on retrouve la non-reconnaissance des signes de danger, 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 SOU 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 (SOUB à SOUC) inadéquat et/ou à un manque de personnel compétent, de fourniture et d'équipement médical. [24]

Ces facteurs sont regroupés en trois catégories :

- 1) les facteurs socio-économiques et culturels
- 2) l'accessibilité des SOU
- 3) la qualité des SOU

On peut voir sur quel retard chacune des catégories de facteurs agit.

Les interventions qui ciblent les facteurs socio-économiques et culturels cherchent à rendre plus rapide la décision d'avoir recours aux SOU dès qu'il y a une complication. Celles-ci comprennent la sensibilisation auprès des femmes, des accoucheuses traditionnelles et des communautés sur les signes et les symptômes des complications obstétricales [23].

On retrouve aussi dans cette catégorie d'interventions les programmes qui font la promotion d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement. Par assistance qualifiée, on entend quelqu'un avec les compétences pour offrir les SOU de base. Les accoucheuses traditionnelles (AT) n'ont généralement pas ces compétences et leur rôle est controversé : selon leur formation et leurs connaissances, leur présence lors de l'accouchement peut soit contribuer à diminuer le premier retard par une référence rapide aux soins appropriés lors d'une complication, soit augmenter ce retard par la non reconnaissance des signes de danger ou par le refus de référer au système de soins. Enfin, la décision de se rendre à un centre de santé est souvent la responsabilité de l'époux ou de la famille; les interventions en santé maternelle qui visent à améliorer le statut des femmes ont comme but de valoriser la femme et d'encourager son entourage d'avoir recours, le plus rapidement possible, aux soins de santé [23].

L'accès aux SOU est souvent une question de transport ou d'argent. Les interventions qui visent à améliorer le transport des femmes avec une complication peuvent être divisées en deux catégories :

- 1) celles destinées à améliorer le transport des femmes de leur communauté à un centre de santé et
- 2) celles visant à améliorer le transport des femmes entre deux centres de santé de différents niveaux (SOUB à SOUC) [25].

La première catégorie implique surtout la mobilisation de la communauté et la mise en place d'un plan de transport pour les cas d'urgences obstétricales.

Par exemple, en Sierra Leone, il existe des groupes d'hommes qui pouvaient transporter les femmes en hamac jusqu'à la route la plus proche lors d'une complication [26]. D'autres communautés ont négocié des tarifs spéciaux avec les chauffeurs de la région pour transporter les femmes souffrant d'une complication.

Les interventions destinées à améliorer le transport entre différents centres de santé impliquent habituellement la mise en place d'un système d'évacuation. Celui-ci peut comprendre une ou plusieurs ambulances (camions, bateaux, etc.), habituellement situées dans les centres de SOUC, et des radios pour communiquer entre les centres de SOUB et de SOUC. La gestion d'un tel système, y compris l'entretien des véhicules, est généralement assumée par le centre de SOUC. Toutes ces interventions visant à améliorer le transport contribuent à diminuer le deuxième retard et, indirectement, le premier retard (un meilleur accès aux SOU peut faciliter la décision d'y avoir recours).

L'accès aux SOU 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 [24]. Les interventions destinées à diminuer cette barrière financière comprennent les fonds d'urgence communautaires, les caisses de solidarité et les assurances communautaires. Celles-ci ont comme but le partage des risques et la diminution des coûts reliés aux SOU pour les individus. Comme c'est le cas pour les interventions destinées à améliorer le transport, elles contribuent à diminuer le deuxième retard et, indirectement, le premier retard.

Enfin, on retrouve les interventions destinées à améliorer la qualité des SOU. Celles-ci visent à améliorer la disponibilité des médicaments, des fournitures, des installations et de l'équipement.

Les interventions spécifiques comprennent la mise en place d'un système d'approvisionnement pour les médicaments, une meilleure utilisation des ressources déjà existantes, la formation des médecins, des infirmières et des sages-femmes, une amélioration de la référence des cas graves aux SOUC et l'implantation d'un service de garde 24 heures par jour [24].

Ces actions tentent de diminuer le 3^{ème} retard, donc le temps qui s'écoule entre l'arrivée à un centre de SOU et l'obtention d'un traitement approprié. Elles peuvent aussi contribuer à diminuer le 1er retard; des études montrent que la perception qu'ont les femmes de la qualité des services offerts influence leur décision d'y avoir recours ou non. **[23]**

III. METHODOLOGIE

3.1 Cadre d'étude :

L'étude a eu comme cadre le district sanitaire de Fana au Mali.

3-1-1 Le Mali :

Le Mali est un pays continental de l'Afrique de l'ouest avec une superficie de 1241238 Km². C'est un vaste territoire qui s'étend de 25% sur la zone soudano guinéenne, 25% sur la zone sahélienne et 50% sur le désert saharien. Le Mali est divisé en 8 régions administratives, subdivisé en 49 cercles et 703 communes.

3-1-2 Koulikoro :

L'étude s'est déroulée à Koulikoro, la deuxième région administrative. La région de Koulikoro a une superficie de 90 120 km². Elle compte 1 825 482 habitants.

La région de Koulikoro compte un hôpital national siégeant à Kati, 9 centres de santé de référence de cercle dont celui de Fana et 75 CSCOM fonctionnels.

3-1-3 Fana :

❖ Données historiques :

La ville de FANA, qui est le chef lieu de la zone a été fondée en 1700 par Fanakoro Coulibaly venu de Bendougou-Niamana avant de passer sous la domination des Traoré venus de Kanfara (Sikasso) en 1743. Située à 40km de Dioïla (le chef lieu du cercle) et à 120km de Bamako sur la route nationale 6, la ville de Fana a été érigée en chef lieu d'arrondissement en 1960.

Le dernier découpage de la décentralisation a érigé FANA en chef lieu de la commune du «Guegnéka».

Le district sanitaire de Fana est né suite au découpage des districts en aires de santé conformément aux directives de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP). Son système de référence / évacuation est opérationnel depuis le 21 octobre 1999.

❖ Données géographiques :

✚ Superficie et limite :

Situé dans le sud de la région de Koulikoro, le district sanitaire de Fana, couvre une superficie de 7319 Km². Il est limité :

- au Nord par les districts sanitaires de Barouéli et Koulikoro,
- au Sud-ouest par le district sanitaire de Dioïla,
- au sud-est par le district sanitaire de Sikasso
- A l'est par les districts sanitaires de Bla et Koutiala
- à l'Ouest par les districts sanitaires de Kati et Ouelessebougou

 **Relief :**

Le relief du district de Fana est accidenté. Les groupes de sol caractéristiques de la localité sont constitués d'élévations rocheuses alternant avec des plaines.

 **Climat et Végétation :**

Le district sanitaire de Fana a un climat de type soudanien. La température varie entre 18° et 44°. La moyenne annuelle de la durée de l'insolation est de 8,2 heures par jour.

Deux saisons principales caractérisent la zone :

- La saison sèche : elle est froide de novembre en février et chaude de mars à juin.
- La saison pluvieuse : s'étend de mai à octobre. Le nombre moyen de jours de pluie en 2006 était de 153,3 et le cumul annuel moyen de pluie de la même période variait de 1800mm à Diébé à 1120mm à Marcacoungo.

Au cours de l'hivernage, c'est la mousson et l'alizé qui y soufflent tandis qu'au cours de la saison sèche c'est l'harmattan. Ce climat et ce relief favorisent certaines maladies notamment le paludisme, l'onchocercose, les méningites, la rougeole....

La végétation est dominée par la savane arborisée avec par endroit des forêts clairsemées.

Il y a deux types de sol : sablonneux et argileux, favorisant ainsi les érosions.

Il y a très peu d'élévations. Il existe trois forêts classées dans la zone.

❖ **Données démographiques :**

La population de Fana a été estimée à **204 853** habitants en 2008.

Les jeunes de moins de 15 ans représentent 50 % de la population, les sujets de 15 à 64 ans 46% et les plus de 65 ans 4,7%. Cette population se compose de Bambaras, de Peuhls sédentaires, de Soninkés. L'ethnie majoritaire est le Bambara reparti sur l'ensemble de la zone.

❖ **Données socio-culturelles :**

Les Bambaras sont les chefs traditionnels pour la plupart des localités.

Traditionnellement ils sont agriculteurs et /ou chasseurs. Ils sont secondés par les Peuhls descendant d'anciens peuhls éleveurs transhumants du Wassoulou.

Sur le plan social, il n'existe pas de distinction ethnique concernant le travail collectif.

La religion dominante est l'islam avec une survivance de fétichisme dont les pratiques sont fortement maintenues dans certains villages.

Quelques chrétiens existent çà et là et se retrouvent généralement parmi les fonctionnaires.

❖ **Donnés économiques :**

L'agriculture reste l'activité la plus pratiquée. Elle concerne en dehors du coton pour la commercialisation, le sorgho, le petit mil, le maïs, le fonio, le manioc, l'igname etc.

L'élevage des bovins, ovins et caprins est pratiqué par les sédentaires et les semi-nomades.

Le commerce est alimenté par les marchés de certains villages du milieu.

Fana bénéficie de la présence de la CMDT pour la culture du coton qui est la principale culture de rente. La base économique est exclusivement déterminée par le coton.

❖ **Données socio-sanitaires :**

Le District sanitaire de Fana compte 17 aires de santé dont 14 sont fonctionnelles.

Les relais villageois formés aident les centres dans leurs activités. La médecine traditionnelle tient une place importante sur le plan sanitaire.

La grossesse entourée de mystère dans le milieu fait l'objet de beaucoup d'interdictions : moment de sortie de la femme enceinte, certains interdits alimentaires etc.

3.2 Méthode d'étude :

3.2.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée évaluative portant sur la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne.

Les données collectées concernent la période du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2007.

3.2.2 Population d'étude :

➤ **Les bénéficiaires :**

Il s'agit de femmes césarisées pendant la période de janvier à décembre 2007.

➤ **Les acteurs et prestataires :**

- Médecin chef
- Sages-femmes
- Anesthésiste
- Chefs de poste médicaux des CSCom
- Personnel de la maternité des CSCom
- Membres des organes de Gestion
- Sous-préfet

➤ **Les supports sources d'information :**

1. Fiches de référence /évacuation
2. Fiches de rétro-information
3. Partogramme
4. Registre de compte rendu opératoire
5. Cahier /Registre de référence /évacuation
6. Registres d'accouchement
7. Registres de suivi des Kits
8. Registres de suivi des consommables
9. Registres de Laboratoire
10. Cadre conceptuel
11. Cahier de suivi du groupe électrogène
12. Documents comptables du CSRéf en rapport avec les césariennes
13. Rapports d'activités
14. Registres d'hospitalisation
15. Cahiers de bord de l'ambulance
16. Cahiers de RAC.

3.2.3 Echantillonnage :

3.2.3.1 Méthodes:

Deux méthodes ont été utilisées selon le cas

- Probabiliste pour les bénéficiaires
- Non probabiliste pour :
 - Les prestataires
 - Les membres des organes de gestion

3.2.3.2 Techniques et taille de l'échantillon :

a. Bénéficiaires:

Le sondage aléatoire systématique réalisé à partir du registre des comptes rendus opératoires a été utilisé comme technique d'identification des bénéficiaires.

La taille estimée à l'aide de la formule de Schwartz [$n = z^2 (p \cdot q) / i^2$] s'élève à 42.

Elle a été calculée avec les paramètres suivants :

- P= 0,01 est le taux moyen de réalisation de la césarienne de 2002 à 2007 dans le district sanitaire de Fana ;
- z = 1,96 ou erreur type.
- i = 3% la précision.

Le pas de sondage est 2. Il a été obtenu par le rapport de l'effectif total des césarisées sur l'échantillon.

Nous avons repéré le premier individu (portant le numéro 1) en tirant au hasard à l'aide de 2 morceaux de papiers pliés comportant chacun un numéro de 1 à 2.

A ce premier, nous avons ajouté le chiffre 2 (pas de sondage) pour avoir le 2^{ème} individu, et ainsi de suite jusqu'à obtenir l'effectif total de 42.

Cet effectif a été majoré de 10% et porté à 48 femmes césarisées.

b. Les prestataires :

Nous avons procédé à un choix raisonné pour les membres des organes de gestion, les prestataires à tous les niveaux.

3.2.3.3 Techniques et outils de collecte des données :

Les outils de collecte des données sont en adéquation avec chaque technique et sont constitués de:

- a. Guide d'entretien individuel
- b. Fiches d'exploitation de documents

3.2.4 Pré test :

Un pré test de chaque outil a été réalisé à Kati avant d'aller sur le terrain.

3.2.5 Déroulement et durée de l'enquête :

Après le pré test nous avons conduit la collecte des données qui a duré au total trois mois du 15 Novembre 2007 au 15 février 2008.

3.2.6 Critères d'inclusion :

Les bénéficiaires : les femmes césarisées dans le district sanitaire de Fana entre Janvier 2007 et décembre 2007 et acceptant les conditions de l'entrevue.

3.2.7 Critères de non inclusion :

Les femmes césarisées en dehors de la période prévue par l'étude ; de même que celles ayant refusé l'entrevue.

3.2.8 ASPECTS ETHIQUES :

Avant le début de notre enquête, nous avons pris les autorisations nécessaires auprès des autorités administratives du district sanitaire de Fana.

Toutes les personnes interrogées ont été informées de la nature et des objectifs de l'étude. Notre étude a respecté les règles éthiques suivantes :

- le consentement libre et éclairé : les personnes interviewées ont été informées de l'utilisation que nous voulions faire des informations recueillies et leur consentement a été requis avant l'interview
- L'anonymat : les entretiens ont été réalisés de façon anonyme
- La confidentialité : les informations ont été recueillies sous le sceau de la confidentialité ; les renseignements obtenus ne seront utilisés que dans le cadre strict de la présente étude.
- les résultats : les résultats obtenus au terme de cette étude seront partagés avec les acteurs du district sanitaire de Fana afin d'améliorer la stratégie.

3.3 Les variables :

Les variables retenues pour la présente étude sont listées et rendues opérationnelles ainsi qu'il suit :

3.3.1. COMPOSANTE : MOYENS DE PRODUCTION

Tableau II : Moyens de production en fonction des modalités et des scores attendus

Variables	Modalités	Scores attendus
Effectif du personnel du CSRéf par rapport aux normes	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • 80 - 99% • <80% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Personnel du CSRéf formé en SOU	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50 – 80 % • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Effectif du personnel des centres de santé périphériques par rapport aux normes	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • 80 - 99% • <80% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Organes de gestion conformes aux textes	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Ambulance fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Groupe électrogène en bon état de marche	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
RAC fonctionnels dans les CSCom et CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50 – 80 % • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Bloc opératoire du CSRéf fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Salle d'accouchement du CSRéf fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Equipements du bloc conforme aux normes	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Equipements de la maternité	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Existence de moyens de transport des parturientes entre villages et CSCom (% de villages disposant d'un moyen de transport pour l'évacuation des parturientes)	<ul style="list-style-type: none"> • >80% • 50- 80% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Total des scores		12- 29

Le total des scores en fonction des modalités de la composante « Ressources » varie de 12 à 29 points.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

- [24 -29] : les ressources sont jugées suffisantes
- [15 -23] : les ressources sont jugées peu suffisantes
- [12 -14] : les ressources sont jugées non suffisantes

3.3.2 COMPOSANTE : PROCESSUS D'OFFRE DES SOINS

Tableau III: Processus d'offre des soins en fonction des modalités et des scores attendus

Variables	Modalités	Scores attendus
Organe de suivi de la stratégie césarienne gratuite fonctionnel (% de réunions statutaires tenues)	> 80%	3
	50- 80%	2
	< 50%	1
Cadre conceptuel élaboré et validé en conseil de gestion	Oui	2
	Non	1
Existence de mécanisme opérationnel pour la prise en charge des coûts récurrents (transport, ordonnance post opératoire)	Oui	2
	Non	1
Transport sous assistance médicale	100%	2
	< 100%	1
Disponibilité de l'équipe de prise en charge des parturientes au CSRéf (24H/24)	Oui	2
	Non	1
Délai de prise en charge des parturientes	< 10 min	3
	10-30 min	2
	> 30 min	1
Proportion de bénéficiaires dont la PEC a été rapide au CSRéf	> 80%	3
	50- 80%	2
	< 50%	1
Pourcentage de demandes d'ambulance satisfaites	> 80%	3
	50- 80%	2
	< 50%	1
Pourcentage de besoins en Kits satisfaits	100%	2
	< 100%	1
Utilisation systématique de fiches de référence aux CSCom	Oui	2
	Non	1
Utilisation systématique de fiches de rétro information au CSRéf	Oui	2
	Non	1
Utilisation systématique de partogramme au CSRéf	Oui	2
	Non	1
Utilisation systématique de partogramme aux CSCom	Oui	2
	Non	1
Taux moyen de recouvrement de la quote part des partenaires	> 80%	3
	50- 80%	2
	< 50%	1
Taux moyen de disponibilité des kits	> 80%	3
	50- 80%	2
	< 50%	1
Taux de disponibilité des réactifs de labo pour la transfusion	> 80%	3
	50- 80%	2
	< 50%	1
Total des scores		16 – 39

Le total des scores attendus en fonction des modalités de la composante « Processus d'offre des soins » varie de 16 à 39 points.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

- [32 - 39] : favorable
- [21 - 31] : peu favorable
- [16 - 20] : non favorable

3.3.3 COMPOSANTE : RESULTATS DES SOINS

Tableau IV : Résultats des soins en fonction des modalités et des scores attendus

Variables	Modalités	Scores attendus
Proportion de bénéficiaires ayant participé au financement des frais de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • 0% • >0% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Proportion de bénéficiaires satisfaites de leur prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Proportion de prestataires satisfaits du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Proportion de membres d'organes de gestion satisfaits du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
Evolution du taux de références /évacuations des parturientes des CSCom au CSRéf avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Evolution du taux de CPN3 dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Evolution du taux d'accouchements assistés dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Evolution du taux d'accouchements eutociques au CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Evolution du taux de CPoN dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Evolution du taux de césariennes dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Evolution du taux de BONC dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Evolution du taux de mortalité maternelle intra hospitalière dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Evolution du taux de complications post césariennes dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
Total des scores		13 – 35

Le total des scores attendus en fonction des modalités de la composante «Résultats» varie de 13 à 35 points.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

- [29 - 35] : satisfaisant
- [18 - 28] : peu satisfaisant
- [13 -17] : non satisfaisant

3.3.4 LES COMPOSANTES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CESARIENNE GRATUITE

Tableau V : Composantes de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite

Composante principale	Composantes	Scores
Mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite	Ressources	12 – 29
	Processus d'offre des soins	16 – 39
	Résultats des soins	13 – 35
Total des scores possibles		41 – 103

Le total des scores des modalités de la mise en œuvre de la stratégie "césarienne gratuite" varie de 41 à 103.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

- De 83 à 103, la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite est jugée satisfaisante
- De 52 à 82, la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite est jugée peu satisfaisante
- De 41 à 51, la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite est jugée non satisfaisante.

3.4. Plan d'analyse des données collectées

Le logiciel Word a été utilisé pour le traitement des données et Excel pour les graphiques.

La saisie, l'analyse des données a été faite à l'aide d'Epi-info version 3.2 de février 2005.

IV. RESULTATS

Les résultats de l'évaluation de la stratégie césarienne gratuite seront présentés après une description des caractéristiques des échantillons et du dispositif de mise en œuvre.

4.1 DESCRIPTION DES ECHANTILLONS

4.1.1 Caractéristiques des formations sanitaires visitées :

Les formations sanitaires visitées pendant la collecte des données présentent les caractéristiques suivantes selon :

Le type: Nous avons visité le CSRéf de Fana et douze (12) CSCoM sur les quatorze (14) fonctionnels du district (Tingolé, Koni, Falako, Marka coungo, Dioumanzana, Nangola, Dandougou, Mena, Djebé, Djélé, Béléko, Fana central).

Le niveau d'équipement en SOU: Sur les 14 CSCoM fonctionnels, seul celui de Tingolé possède une boîte d'épisiotomie. Il existe une source de lumière presque dans tous les CSCoM fonctionnels sauf dans trois centres tandis qu'ils ont tous une source d'eau potable. Le thermomètre médical existe seulement dans les CSCoM de Tingolé et de Koni. Le stéthoscope obstétrical existe dans tous les CSCoM fonctionnels alors que cinq des CSCoM seulement possèdent un tensiomètre et un stéthoscope médical.

Ils possèdent tous au moins une boîte d'accouchement et une table d'accouchement. Sur la totalité des CSCoM sept ont une montre réveil.

L'effectif du personnel: Les ressources humaines dans les CSCoM du district sanitaire de Fana sont relativement insuffisantes. Seuls 5 CSCoM (Djebé, Marka koungo, Falaco, Tingolé et Koni) ont à leur disposition un médecin comme chef de poste médical et deux CSCoM ont un technicien supérieur de santé. Le reste des CSCoM est dirigé par un technicien de santé. En plus du chef de poste médical on retrouve au moins un aide-soignant dans tous les CSCoM sauf à Djélé où c'est inexistant. La présence d'au moins une matrone a été signalée dans tous les CSCoM. Il existe un nombre important de relais communautaires formés par aire de santé. Ce nombre va de 14 à 69 relais formés avec une moyenne de 39 relais par aire de santé.

Distance au CSRéf de Fana: La distance séparant les CSCoM du CSRéf va de 2km (Fana central) à 120km (Djebé). La distance moyenne est de 66km.

4.1.2 Caractéristiques des agents de santé enquêtés :

Au total quinze agents de santé du district sanitaire de Fana ont été enquêtés quant à leur opinion sur différents aspects du dispositif de mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite. Ils se répartissent selon :

- **La qualification :**

- 4 Médecins
- 1 assistant médical
- 3 Techniciens supérieurs de santé (1 Sage femme et 2 IDE)
- 3 Techniciens de santé (infirmiers du premier cycle)
- 3 Aides soignants (3 matrones)
- 1 Ambulancier

- **La formation sanitaire :**

Sur les 15 agents interviewés, 8 sont en poste au CSRéf. Il s'agit de : 4 médecins ; un assistant médical ; une sage femme ; un IDE ; l'ambulancier.

- **La durée au poste :**

La durée minimum observée en poste au CSRéf de Fana est de 2 ans.

En moyenne, ils sont en poste depuis 7 ans ; le plus ancien d'eux est en poste depuis 15 ans.

- **La formation reçue en SOU :**

Parmi les 15 agents enquêtés, 6 ont bénéficié d'une formation en SOU.

4.1.3 Caractéristiques des membres d'organes de gestion enquêtés :

Le président du conseil de gestion et le président du comité de gestion sont les membres des deux organes de gestion interviewés par rapport à l'organisation mise en place dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. En plus de ceux-ci une interview a été adressée au sous-préfet de la commune de Guegneka. Tous ont affirmé avoir participé de près ou de loin à cette mise en œuvre par l'organisation de diverses réunions dans ce cadre. Les réunions du conseil de gestion et du comité de gestion sont respectivement semestrielles et mensuelles. Il a même été rapporté des réunions extraordinaires dans le cadre de la gratuité de la césarienne.

4.1.4 Caractéristiques des bénéficiaires du CSRéf de Fana:

4.1.4.1 Caractéristiques socio-démographiques :

Tableau VI : Répartition des bénéficiaires suivant la tranche d'âge, la profession, le statut et la distance de l'aire de provenance par rapport au CSRéf

Caractéristiques		Effectifs	Pourcentage
Tranche d'âge	16-19 ans	15	32
	20-35 ans	28	58
	36-40 ans	3	6
	>40 ans	2	4
	Total	48	100
Profession	Ménagère	38	79
	Elève	5	11
	Fonctionnaire	2	4
	Vendeuse	3	6
	Total	48	100
Statut matrimonial	Célibataire	7	15
	Mariée	39	81
	Divorcée	1	2
	Veuve	1	2
	Total	48	100
Distance de l'aire de provenance par rapport au CSRéf	Fana central (2km)	20	42
	5 - 10 km	0	0
	11 - 15 km	1	2
	16 - 30 km	3	6
	31 - 60 km	17	35
	> 60 km	7	15
	Total	48	100

Avec un effectif de 28 soit 58% du total des bénéficiaires de la césarienne interviewées, la tranche d'âge allant de 20 à 35 ans est la classe dominante. Avec une moyenne de 25 ans, les âges extrêmes enregistrés sont 16 et 42 ans. Les deux bénéficiaires exerçant une fonction étaient monitrice et régisseur.

S'agissant de la provenance, les distances des CSCom au CSRéf vont de 2 km pour Fana Central avec 20 bénéficiaires prises en charge et 120 km pour Djébé où 4 bénéficiaires ont été prises en charge.

La moitié des bénéficiaires est à plus de 30 km du CSRéf.

En plus de la longue distance, de l'impraticabilité des pistes en toute saison, il faut noter que (07) des bénéficiaires soient 15% proviennent respectivement de Djébé (4) ; Béléko (2) et Dandougou (1) où l'accès est conditionné à la traversée du fleuve Bagoué à Sorokoro.

4.1.4.2 Répartition des bénéficiaires de la césarienne du CSRéf de Fana selon les antécédents obstétricaux :

Tableau VII : Répartition des bénéficiaires selon la gestité, la parité et le nombre de césariennes

Antécédents obstétricaux		Effectif	Pourcentage
Gestité	Primi geste (1 ^{ère} grossesse)	16	33
	Pauci geste (2 ^{ème} – 4 ^{ème} grossesse)	16	33
	Multi geste (5 ^{ème} - 6 ^{ème} grossesse)	8	17
	Grande multi geste (≥ 7 ^{ème} grossesse)	8	17
	Total	48	100
Parité	Nullipare (aucune expérience de l'accouchement)	16	33
	Primipare (1 ^{er} accouchement)	9	19
	Pauci pare (2 ^{ème} – 4 ^{ème} accouchement)	9	19
	Multipare (5 ^{ème} – 6 ^{ème} accouchement)	6	12
	Grande multipare (7 ^{ème} accouchement ou plus)	8	17
	Total	48	100
Césarienne	Première césarienne	44	92
	Deuxième césarienne	4	8
	Troisième césarienne ou plus	0	0
	Total	48	100

Les primigestes et paucigestes, les nullipares et les premières césariennes ont été prédominants respectivement selon la gestité, la parité et le nombre de césariennes.

4.1.4.3 Répartition des bénéficiaires de la césarienne du CSRéf de Fana selon les motifs d'évacuation :

Tableau VIII : Répartition des bénéficiaires selon le motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Dystocie dynamique	8	17
Eclampsie	5	10
Pré rupture	5	10
Présentation vicieuse	4	8
Utérus cicatriciel	4	8
Bassin généralement rétréci	3	6
Disproportion foeto-pelvienne	3	6
Placenta prævia	3	6
Procidence du bras	3	6
Travail prolongé	3	6
Rupture utérine	2	4
Hématome rétro placentaire	1	2
Procidence du cordon	1	2
Grossesse molaire	1	2
Grossesse gémellaire	1	2
Bassin pathologique	1	2
Total	48	100

La dystocie dynamique représente 17% des motifs d'évacuation.

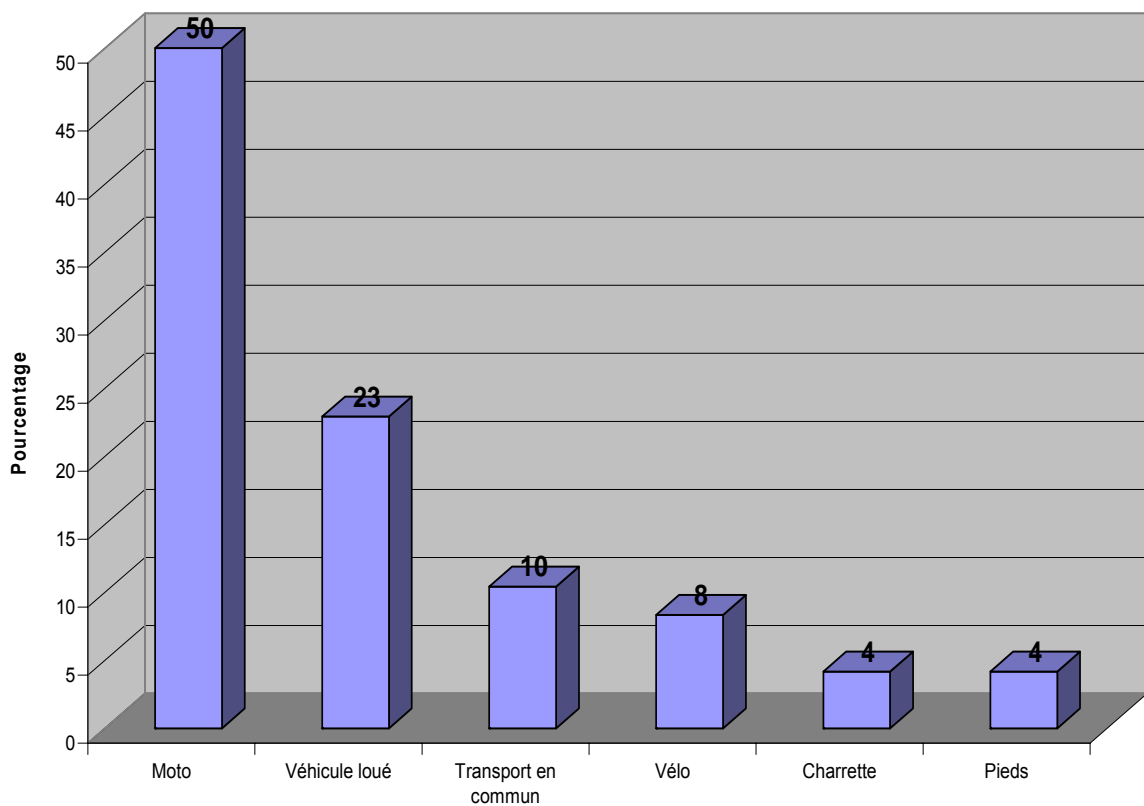
4.1.4.4 Répartition des bénéficiaires de la césarienne du CSRéf de Fana

selon les moyens de transport utilisés :

Les moyens de transport ont été utilisés selon le circuit suivant :

- **Entre maison et CCom :**

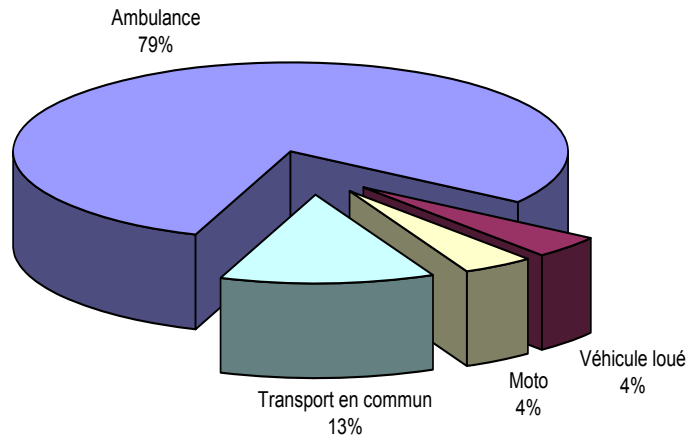
Répartition des bénéficiaires selon les moyens utilisés entre domicile et CCom



Graphique 1 : Répartition des bénéficiaires de la césarienne selon les moyens de transport utilisés entre le domicile et le CCom.

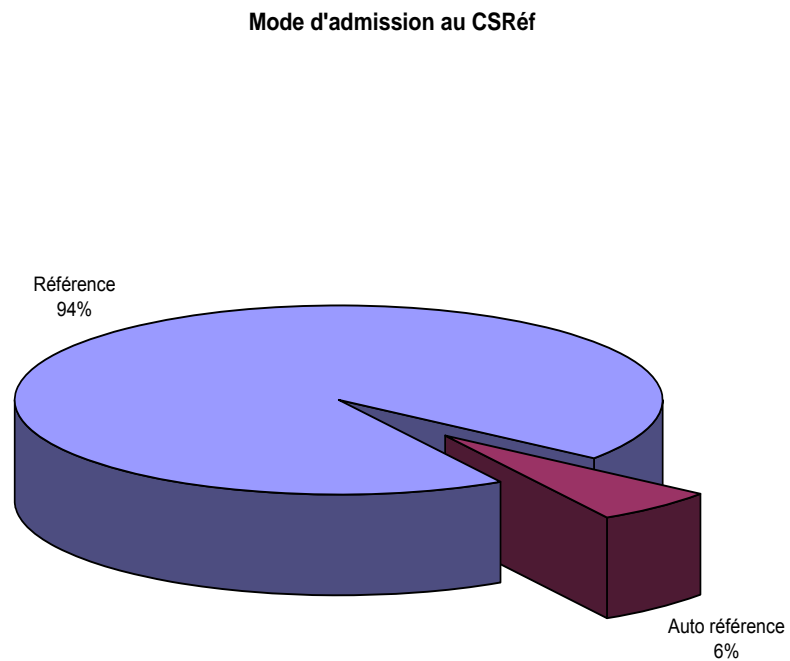
- **Entre CScCom et CSRéf :**

Répartition des bénéficiaires selon le moyen de transport utilisé entre le CScCom et le CSRéf



Graphique 2 : Répartition des bénéficiaires de la césarienne selon les moyens de transport utilisés entre le CScCom et le CSRéf.

**4.1.4.5 Répartition des bénéficiaires de la césarienne du CSRéf de Fana
selon le type d'admission :**



Graphique 3 : Répartition des bénéficiaires selon le type d'admission.

4.2 DESCRIPTION DES COMPOSANTES DE LA STRATEGIE CESARIENNE GRATUITE

4.2.1 Les moyens de production des soins :

4.2.1.1 Ressources humaines :

- **Au niveau du Centre de Santé de Référence :**

Tableau IX : Répartition du personnel médical au CSRéf selon les normes, les existants et l'écart

Catégorie	Méd. Santé public	Méd. Généra- liste	Méd. Tendance chir.	Assistants médicaux	Sages femmes	IDE	TS	AS
Normes	1	2	2	9	2	4	4	4
Existants	0	4	4	6	2	2	4	9
Ecart	-1	+2	+2	-3	0	-2	0	+5

- **Au niveau des Centres de santé communautaires :**

Les 14 CSCom fonctionnels du district sanitaire de Fana ont chacun le personnel minimum requis, à savoir : un chef de poste médical, une matrone, un gérant du dépôt de vente et un aide-soignant.

Comme chef de poste médical, 5 CSCom ont un médecin ; 2 ont comme chef de poste médical un Infirmier d'Etat ; 7 autres sont dirigés par un technicien de santé (infirmier du premier cycle).

4.2.1.2 Organes de gestion :

- **Au niveau du district sanitaire :**

Les organes de gestion de la référence/évacuation se composent comme suit :

- **Un conseil de gestion** présidé par le président du conseil de cercle et se compose comme suit :
 - Préfet du cercle
 - Maires des communes
 - Présidents des ASACO
 - Président de la FELASCOM
 - Médecin chef
 - Chef du Service de développement social
 - Gestionnaire du centre de santé

- Représentante de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
- Représentant des ONG et partenaires au développement des secteurs de la santé et de l'action sociale intervenant dans le cercle
- Représentant par section locale des syndicats de la santé et de l'action sociale
- Représentant de la coordination locale des associations de femmes
- Président des associations des guérisseurs traditionnels
- Directeurs régionaux de la santé et de l'action sociale sont membres de droit

Le conseil de gestion est chargé d'approuver les bilans et les budgets prévisionnels, à ce titre, il est l'organe habilité à introduire des changements dans la gestion du système.

Les PV des réunions doivent être transmis au préfet et aux directeurs régionaux.

o **Un comité de gestion** composé de :

- Président : le médecin chef
- Trésorier : Gestionnaire du CSRéf
- Secrétaire administratif : Le chef du Service de développement social
- Commissaire aux comptes : un représentant des ASACO (FELASCOM) et un représentant des collectivités territoriales
- Gérant DRC
- Anesthésiste
- Représentant des collectivités territoriales

Le comité de gestion doit faire un budget annuel et un compte d'exploitation pour le fonds des médicaments d'urgence et pour le fonds d'évacuation.

Le comité de gestion rend compte au conseil de gestion, il se tient sur convocation du médecin chef.

• **Au niveau de la commune** :

A ce niveau, les organes de gestion des ASACO sont maintenus mais renforcés par 2 représentants des mairies. Là, le maire et le chef de poste médical doivent être ampliateurs des PV de réunions surtout du conseil de gestion.

- **Rythme des réunions des organes :**

- Le conseil de gestion se réunit chaque six mois en session ordinaire et en session extraordinaire sur proposition du médecin chef.
- Le comité de gestion se réunit une fois par mois sur convocation de son président.

- **4.2.1.3 Cadre conceptuel de la référence/évacuation :**

Le cadre conceptuel en cours, validé en conseil de gestion, décrit le fonctionnement du système de référence/évacuation dans le district sanitaire de Fana et définit la gestion financière et comptable.

- **4.2.1.4 Equipements :**

- **Au niveau du district sanitaire :**

- **Bloc opératoire** : l'équipement SOU du bloc opératoire se résume essentiellement à : 2 boîtes de césarienne, une boîte de laparotomie. Il n'existe pas de dispositif de gaz (source d'oxygène).
- **Maternité du CSRéf** : à ce niveau l'équipement SOU comprend :
 - 4 boîtes d'accouchement
 - 2 boîtes d'épisiotomie
 - 1 boîte de curetage
 - 2 boîtes de forceps
 - 2 boîtes de ventouse obstétricale

- **Au niveau de la commune :**

Il s'agit ici des équipements suivants :

- **Boîte d'accouchement** : 14 des 17 CSCom disposent au moins d'une boîte d'accouchement. Les trois autres n'en possèdent pas.
- **Boîte d'épisiotomie** : sur les 17 CSCom, seul celui de Tingolé dispose d'une boîte d'épisiotomie.
- **Table d'accouchement** : 14 CSCom sur les 17 ont au moins une table d'accouchement.
- **Tensiomètre** : Seulement 5 CSCom ont un appareil à tension au niveau de la maternité.
- **Stéthoscope obstétrical** : Cet appareil existe dans 15 CSCom.
- **Montre réveil à la maternité** : 7 salles d'accouchement sont dotées de montre réveil.
- **Torche d'examen** : existe dans 9 CSCom sur les 17 centres.

- **Thermomètre médical** : seulement 2 CSCom disposent de thermomètre médical.
- **Source de lumière** : 11 CSCom ont une source de lumière.
- **Source d'eau potable** : 13 des CSCom disposent d'une source d'eau potable.
- **Dispositif de chauffe eau** : aucun des CSCom n'a un dispositif de chauffe eau.
- **RAC** : 15 CSCom ont un RAC.
- **Moto de stratégie avancée** : Tous les 17 CSCom ont au moins une moto fonctionnelle.

4.2.1.5 Infrastructures:

- **Au niveau du district sanitaire** : Il s'agit ici du bloc opératoire et de la maternité. Le bloc opératoire de Fana dispose de deux salles opératoires dont une seule est fonctionnelle.
- **Au niveau de la commune** : les 17 CSCom sont construits en matériaux durables. Si tous les CSCom ont une maternité avec une salle d'accouchement, seulement 5 disposent d'une salle de travail ; par contre 14 ont une salle de suites de couches.

4.2.2 Le processus d'offre des soins :

4.2.2.1 Fonctionnalité des organes de gestion :

En 2007, le Comité de gestion s'est réuni 11 fois sur 12 soit un taux de réalisation de 92%. Quant au Conseil de gestion, il s'est réuni une fois sur deux prévues soit 50%.

Le taux de recouvrement de la quote part des partenaires est un indicateur de la vitalité et la fonctionnalité des organes de gestion.

4.2.2.2 Fonctionnement du dispositif de prise en charge des parturientes:

a) Organisation du CSRéf pour la prise en charge des parturientes :

Lorsque le chef de poste médical du CSCom prend la décision d'évacuer, il informe le CSRéf par RAC pour demander l'ambulance. L'ambulance pré positionnée avec carburant joint le CSCom avec à son bord une infirmière ou une matrone. Au même moment l'équipe de prise en charge est informée pour disposition à prendre. Cette équipe se compose d'un médecin à tendance chirurgicale, d'un anesthésiste, d'un aide chirurgien, d'un garçon de salle.

La femme est examinée au CSCoM, la voie veineuse est prise.

A l'arrivée au CSRéf, la femme est réexaminée par la sage-femme et le médecin de permanence ; la conduite à tenir est décidée à l'issue de cet examen.

Ce dispositif permet d'assurer la continuité de la prise en charge des parturientes.

En dehors des horaires ouvrables le dispositif mis en place se résume comme suit :

- Une équipe de garde avec couchée à la maternité du CSRéf composée d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne et d'une matrone
- Le personnel de soutien assurant la garde quotidienne est composé d'un chauffeur et d'un garçon de salle.
- Une équipe de permanence composée d'un médecin, d'un anesthésiste, d'un aide-chirurgien et d'un technicien de laboratoire.

Le chauffeur de garde, sur instruction de la sage-femme de garde assure le transport des membres de l'équipe de permanence.

La durée moyenne observée en 2007 entre l'arrivée de la femme et le premier coup de bistouri est de 35 minutes.

Le médecin chef assure l'astreinte, de ce fait il apporte un appui à l'équipe aux besoins.

b) Organisation du transport des femmes par niveau :

○ **Du village au CSCoM :**

Dans le district sanitaire de Fana le transport entre village (ou domicile) et CSCoM est à la charge de la parturiente. Par ailleurs, il n'existe pas de mécanisme de remboursement dans aucune aire de santé.

○ **Du CSCoM au CSRéf :**

L'ambulance assure généralement le transport pour cette portion du circuit de la parturiente. Il arrive souvent que les parturientes résidentes à Fana ville empruntent leurs propres moyens de transport pour joindre directement le CSRéf.

c) Disponibilité des intrants :

○ **Les médicaments :**

Les kits sont constitués et disponibles, leur composition est conforme aux directives en terme de médicaments et de consommables.

Le nombre de kits estimé est fonction des césariennes attendues.

Ainsi de 2005 à 2007 sur une prévision de 323 kits, le CSRéf de Fana a été doté de 230 kits soit une couverture prévisionnelle de 71%.

Au même moment 351 parturientes étaient attendues pour prise en charge ; mais c'est 261 prises en charge qui ont été réalisées soit un taux de réalisation de 74%. La comparaison de la situation des kits disponibles avec le nombre de parturientes confirme la rupture de kits soulignée par le médecin chef. L'utilisation de médicaments du DRC sous forme de préfinancement a permis d'assurer la continuité de la prise en charge.

○ **Les intrants pour la transfusion sanguine:**

Il s'agit ici de :

- **Réactifs de laboratoire :**

Les réactifs pour le groupage, le rhésus, le dosage de l'hémoglobine, l'hématocrite, la sérologie VIH, HBS et syphilis n'ont pas connu de rupture pendant la période.

- **Les consommables :**

Ce sont les poches, les transfuseurs poches de sang pré positionnés au niveau du Laboratoire.

Les donneurs de sang sont triés parmi les parents de la parturiente après les différents tests de transfusion.

d) Mise en œuvre du système d'information sanitaire dans le dispositif de prise en charge des parturientes :

L'étude de la mise en œuvre du système d'information sanitaire à Fana a permis d'identifier beaucoup de difficultés pouvant se résumer comme suit :

- Tous les supports requis ne sont pas disponibles par niveau (cahier de RAC, cahier de bord d'ambulance, cahier de suivi du groupe électrogène, cahier de référence des CSCCom...)
- Les supports existants ne sont pas systématiquement utilisés : au niveau des CSCCom l'utilisation des partogrammes n'est pas systématique ; de même que la fiche de rétro-information au niveau du CSRéf.
- Les supports existants et utilisés ne sont pas toujours correctement renseignés.

4.2.3 Les résultats de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana :

5.2.3.1 Effectivité de la gratuité :

Aucune des 48 femmes césarisées au CSRéf de Fana et interrogées n'a bénéficié de la gratuité totale.

Elles affirment avoir contribué au financement des coûts de leur prise en charge pour différents motifs :

Tableau X : Répartition des bénéficiaires de la césarienne du CSRéf de Fana par rapport à la participation aux coûts de la prise en charge financière.

Désignations	Effectifs	Pourcentage
Transport	13	27
Médicaments pour le post opératoire	48	100
Médicaments opératoires	0	0
Acte chirurgical	0	0
Hospitalisation	0	0
Analyse de labo	0	0
Transfusion sanguine	0	0
Carburant groupe électrogène	0	0
Autres	0	0

On remarque que les médicaments non disponibles au CSRéf de la période post opératoire sont systématiquement à la charge de la bénéficiaire.

Sur les 48 bénéficiaires interrogées, 13 soit 27% ont affirmé avoir payé de l'argent pour leur transport.

4.2.3.2 Satisfaction des différentes parties du dispositif :

○ **Satisfaction des bénéficiaires :**

Les bénéficiaires ont été interrogées sur les points suivants :

- Les moyens de transport utilisés
- L'accueil au niveau du CSRéf
- Le traitement reçu au CSRéf
- Les conditions de séjour au CSRéf
- La disponibilité des agents
- Le temps de prise en charge

Les résultats suivants ont été enregistrés :

Tableau XI : Répartition des bénéficiaires de la césarienne du CSRéf de Fana selon le domaine de satisfaction.

Domaines de satisfaction	Effectifs					
	Satisfaits		Non satisfaits		Pas d'avis	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moyens de transport utilisés entre maison - CScOm	40	83	8	17	0	0
Moyens de transport utilisés entre CScOm - CSRéf	29	60	3	5	17	35
L'accueil au CSRéf	47	98	1	2	0	0
Le traitement reçu au CSRéf	46	96	2	4	0	0
Les conditions de séjour au CSRéf	48	100	0	0	0	0
La disponibilité des agents	48	100	0	0	0	0
Le temps de prise en charge	45	95	3	0	3	5

Les bénéficiaires sont satisfaites à 100% par rapport aux conditions de séjour au CSRéf ainsi que par rapport à la disponibilité des agents.

○ **Satisfaction des prestataires et des membres d'organes de gestion:**

La satisfaction des prestataires et des membres d'organes de gestion a été appréciée par rapport aux points suivants :

- L'organisation du système : elle comprend le dispositif mis en place, le protocole de prise en charge, la charge de travail, les conditions de travail, les mesures de motivation, l'équipement du CSRéf.
- Leur niveau d'implication : il s'agit de l'implication personnelle à la gestion du dispositif.
- La gestion du système : fait allusion au processus de planification, à la transparence dans la gestion.
- Les résultats obtenus : permet de voir leur opinion sur l'effet qu'a pu avoir le système.

Au total 20 interviews ont été réalisées dans ce cadre. Il s'agit de 15 agents de santé et 5 membres d'organes de gestion.

Les résultats suivants ont été enregistrés :

Tableau XII : Répartition des prestataires et des membres d'organes de gestion selon le domaine de satisfaction.

Domaines de satisfaction	Effectifs					
	Satisfaits		Non satisfaits		Pas d'avis	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Organisation du système	16	80	4	20	0	0
Niveau d'implication	13	65	5	25	2	10
Gestion du système	17	85	3	15	0	0
Résultats obtenus	16	80	0	0	4	20

Les prestataires sont satisfaits à 85% par rapport à la gestion du système et 65% par rapport au niveau d'implication.

4.2.3.3 Evolution des principaux indicateurs des soins obstétricaux:

Tableau XIII : Evolution des principaux indicateurs des soins obstétricaux de 2002 à 2007.

Activités	POURCENTAGE					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CPN3 (%)	38	29	17	18	26	29
Accouchements assistés (%)	31	26	30	37	44	66
Proportion de césariennes* (%)	1,97	3,47	3,22	5,73	4,41	7,13
CPON (%)	14	11	14	20	21	21
Références/évacuations (%)	33	28	42	52	57	49
BONC (%)	47	42	56	39	22	31
Mortalité maternelle hospitalière** (%)	ND	1	1	1,1	0,9	2,8
Complications obstétricales*** (%)	ND	2,1	1,9	2,3	6,9	21,4

Proportion de césariennes*: exprime le nombre de césariennes réalisées d'une période sur le nombre d'accouchements assistés dans le district pour la même période multiplié par 100.

Mortalité maternelle hospitalière**: exprimée en pourcentage, elle est le rapport entre le nombre de décès maternels sur les naissances vivantes enregistrées au même moment.

Complications obstétricales***: elles sont exprimées en pourcentage et sont obtenues par le rapport entre nombre de complications survenues sur nombre de naissances vivantes enregistrées au même moment.

Le test Z a été utilisé pour comparer les moyennes des césariennes réalisées avant et pendant la mise en œuvre de l'initiative.

$$Z_{\alpha} = \frac{|m_1 - m_2|}{S_d}$$

Où :

m_1 : est le nombre moyen de césariennes réalisées avant la gratuité

m_2 : nombre moyen de césariennes réalisées pendant la mise en œuvre de la gratuité.

S_d : écart – type de la différence des deux moyennes

$$S_d = \sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}$$

S_1^2 : variance de la moyenne de césariennes réalisées avant la gratuité

S_2^2 : variance de la moyenne de césariennes réalisées pendant la mise en œuvre de la gratuité.

n_1 : nombre total de césariennes réalisées avant la gratuité

n_2 : nombre total de césariennes réalisées pendant la mise en œuvre de la gratuité.

Après calculs intermédiaires, les différents résultats se trouvent consignés dans le tableau XIV.

Tableau XIV : Comparaison des moyennes de la réalisation de la césarienne avant et pendant la gratuité par le test Z.

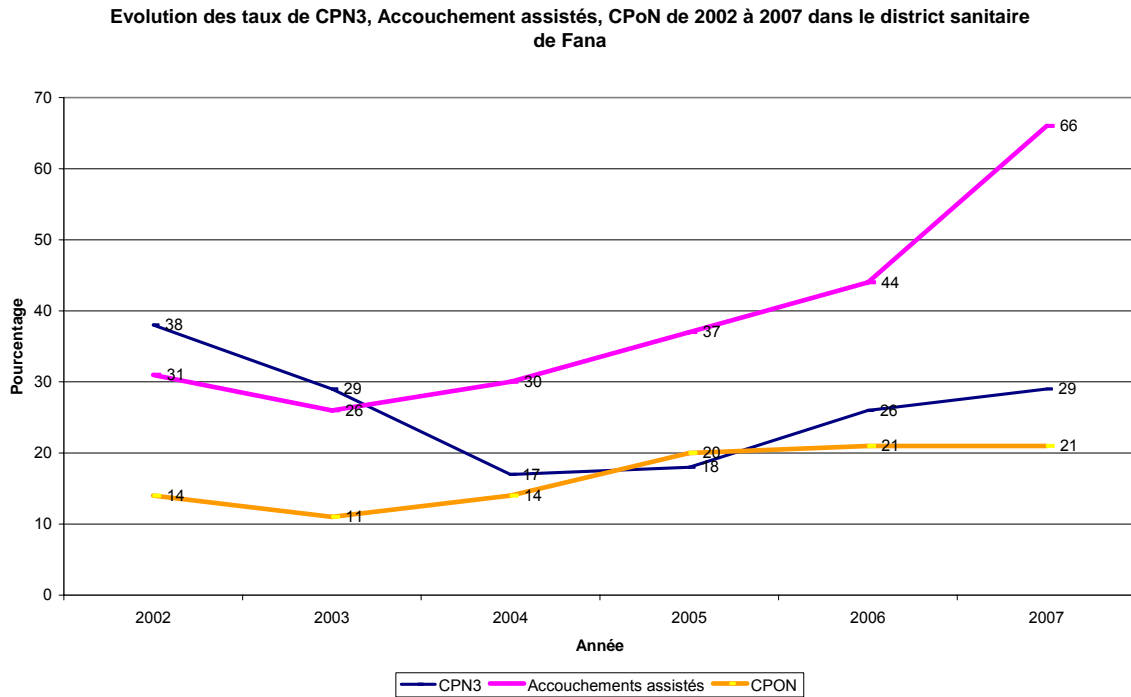
	Nombre total de césariennes réalisées	Nombre moyen de césariennes réalisées par période	Variance par période	Ecart - type de la différence entre les moyennes par période	Z calculé
Césariennes avant la mise en œuvre de la gratuité (2002-2004)	111	37	1,35	0,110	221,18
Césariennes pendant la mise en œuvre de la gratuité (2005-2007)	184	61,3	0,057		

Nous notons ici que la valeur de Z calculé (221,18) est nettement supérieure au $Z_{\alpha}=1,96$ où $\alpha=0,05$ (risque)

Donc nous pouvons déduire qu'avec un risque $\alpha=0,05$, la proportion de césariennes réalisées dans le district sanitaire de Fana est significativement supérieure pour la période de mise en œuvre de la gratuité (2005-2007) que la période précédente (2002-2004).

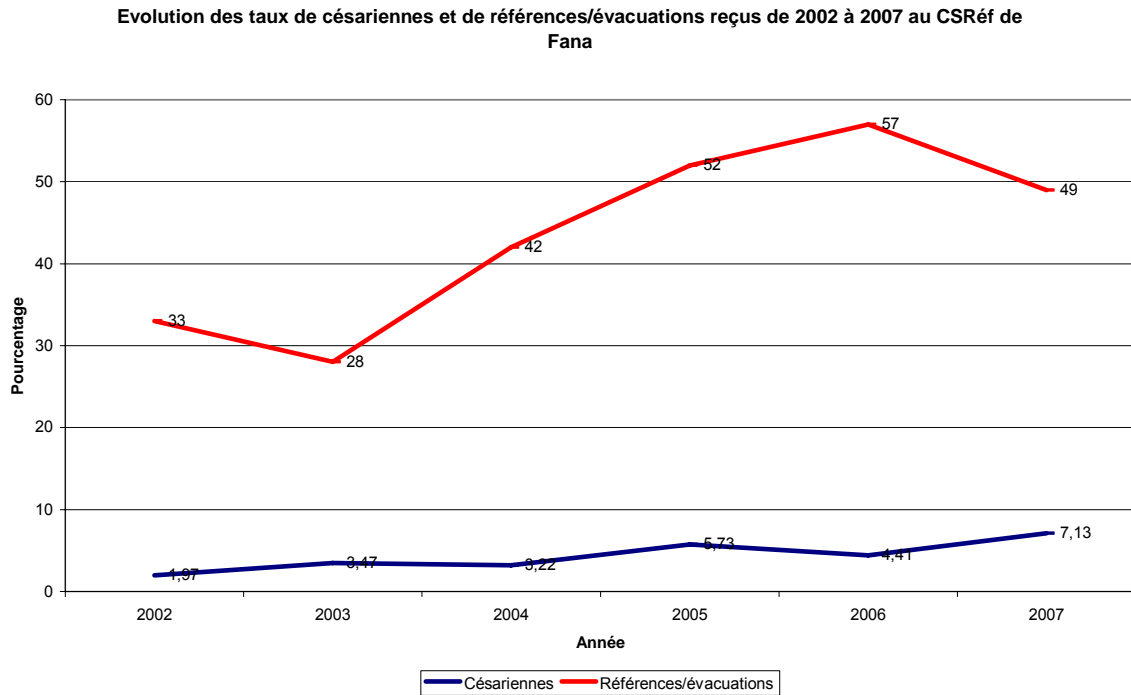
Dans l'ensemble nous remarquons que la plupart des indicateurs ont connu une relative amélioration pendant la gratuité de la césarienne qu'avant la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne.

Cette évolution relative est plus visible sur les graphiques qui suivent :



Graphique 4: Evolution des taux de CPN3, Accouchements assistés et CPoN dans le district sanitaire de Fana de 2002 à 2007.

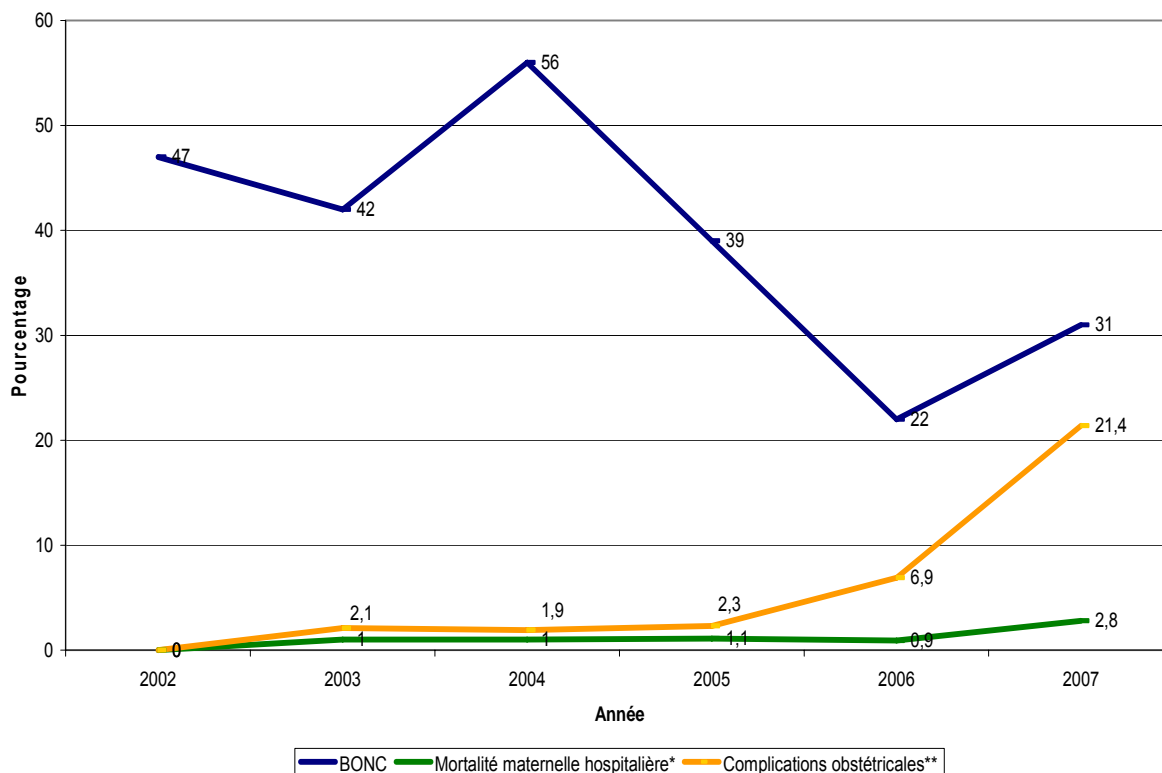
Pour ces trois indicateurs, on note une croissance à partir de 2005, année d'introduction de la stratégie césarienne gratuite.



Graphique 5 : Evolution des taux de césarienne et références/évacuation reçus de 2002 à 2007 au CSRéf de Fana.

Les activités de références/évacuations et de césariennes ont une tendance à la croissance depuis 2002, elles ont franchi le seuil de 50% à partir de 2005.

Evolution des BONC, mortalité maternelle hospitalière, taux de complication enregistrés au CSRef de Fana de 2002 à 2007



Graphique 6 : Evolution des taux de BONC, mortalité maternelle hospitalière et complications au CSRef de Fana de 2002 à 2007.

Les BONC ont oscillé de 2002 à 2004 entre 42 et 56% ; mais depuis 2005 cet indicateur a connu une décroissance

Quant aux taux de mortalité maternelle hospitalière et les complications, on note une croissance progressive pouvant s'expliquer par l'accroissement général des activités de périnatalité, où les cas sont de plus en plus dépistés.

4.3 APPRECIATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CESARIENNE GRATUITE

4.3.1 RESSOURCES :

Tableau XV : Appréciation des moyens de production selon les modalités, scores attendus et scores obtenus

Variables	Modalités	Scores attendus	Scores obtenus
Effectif du personnel du CSRéf par rapport aux normes	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • 80 - 99% • <80% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	2
Personnel du CSRéf formé en SOU	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50 – 80 % • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	1
Effectif du personnel des centres de santé périphériques par rapport aux normes	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • 80 - 99% • <80% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	2
Organes de gestion conformes aux textes	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Ambulance fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Groupe électrogène en bon état de marche	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
RAC fonctionnels dans les CSCom et CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50 – 80 % • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	2
Bloc opératoire du CSRéf fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	1
Salle d'accouchement du CSRéf fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Equipements du bloc conformes aux normes	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	1
Equipements de la maternité conformes aux normes	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	1
Existence de moyens de transport des parturientes entre village et CSCom (% de villages disposant d'un moyen de transport pour l'évacuation des parturientes)	<ul style="list-style-type: none"> • >80% • 50- 80% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	1
Score total obtenu			19

Selon les critères retenus, le score obtenu 19 se situe dans l'intervalle de [15-23].

Donc les moyens de production sont jugés peu suffisants.

4.3.2 PROCESSUS D'OFFRE DES SOINS

Tableau XVI : Appréciation du processus d'offre des soins selon les modalités, scores attendus et scores obtenus

Variables	Modalités	Scores attendus	Scores obtenus
Organe de suivi de la stratégie césarienne gratuite fonctionnel (% de réunions statutaires tenues)	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50- 80% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Cadre conceptuel élaboré et validé en conseil de gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Existence de mécanisme opérationnel pour la prise en charge des coûts récurrents (transport, ordonnance post opératoire)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	1
Transport sous assistance médicale	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • < 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Disponibilité de l'équipe de prise en charge des parturientes au CSRéf (24H/24)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Délai de prise en charge des parturientes	<ul style="list-style-type: none"> • < 10 min • 10-30 min • > 30 min 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	2
Proportion de bénéficiaires dont la PEC a été rapide au CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50- 80% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	2
Pourcentage de demandes d'ambulance satisfaites	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50- 80% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Pourcentage de besoins en Kits satisfaits	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • < 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Utilisation systématique de fiches de référence aux CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Utilisation systématique de fiches de rétro information au CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	1
Utilisation systématique de partogramme au CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Utilisation systématique de partogramme aux CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	1
Taux moyen de recouvrement de la quote part des partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50- 80% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	1
Taux moyen de disponibilité des kits	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50- 80% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	2
Taux de disponibilité des réactifs de labo pour la transfusion	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% • 50- 80% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	2
Score total obtenu			30

Selon les critères retenus, le score obtenu 30 se situe dans l'intervalle de [21-31].

Donc le processus d'offre des soins dans le district est jugé peu favorable.

4.3.3 RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CESARIENNE GRATUITE

Tableau XVII : Résultats de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite

Variables	Modalités	Scores attendus	Scores obtenus
Proportion de bénéficiaires ayant participé au financement des frais de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • 0% • >0% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	1
Proportion de bénéficiaires satisfaites de leur prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Proportion de prestataires satisfaits du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Proportion de membres d'organes de gestion satisfaits du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50% • < 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1 	2
Evolution du taux de références /évacuations des parturientes des CSCom au CSRéf avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Evolution du taux de CPN3 dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Evolution du taux d'accouchements assistés dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Evolution du taux d'accouchements eutociques au CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue • Stable • Augmente 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Evolution du taux de CPoN dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Evolution du taux de césariennes dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente • Stable • Diminue 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Evolution du taux de BONC dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue • Stable • Augmente 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	3
Evolution du taux de mortalité maternelle intra hospitalière dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue • Stable • Augmente 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	1
Evolution du taux de complications post césariennes dans le district avant et pendant la gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue • Stable • Augmente 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 	1
Total score obtenu			30

Selon les critères retenus, le score obtenu 30 se situe dans l'intervalle de [29 - 35].
Donc les résultats obtenus sont jugés satisfaisants.

4.3.4 MISE EN ŒUVRE DE LA CESARIENNE GRATUITE

Tableau XVIII : Appréciation de la mise en œuvre de la césarienne gratuite au CSRéf de Fana selon les différentes composantes.

Composantes	Scores		Appréciations
	Attendus	Obtenus	
Ressources	12 – 29	19	Peu suffisant
Processus d'offre des soins	16 – 39	30	Peu favorable
Résultats des soins	13 – 35	30	Satisfaisants
Score total obtenu	41- 103	79	

En somme, avec un score total obtenu de 79 points sur 103 possibles soit 76,69 % du total des points en jeu, la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana est jugée **peu satisfaisante** selon les critères retenus pour cette étude.

4.4 FORCES, FAIBLESSES DU DISPOSITIF

Cette étude nous a permis d'identifier les forces et faiblesses de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana.

4.4.1 Forces :

- **Disponibilité entière du personnel soignant au CSRéf :**

Une femme de 35 ans ayant bénéficié d'une césarienne au CSRéf de Fana a affirmé que: «pendant mes 12 jours d'hospitalisation au CSRéf lors de ma césarienne, les docteurs sont là nuit et jour et se sont bien occupés de moi.»

- **Accouchements toujours assistés par un personnel qualifié au CSRéf :**

Un membre du comité de gestion a dit : «nous avons organisé la maternité du CSRéf pour que tous les accouchements soient assistés par les sages-femmes ou les infirmières obstétriciennes, et cela depuis trois ans au moins.»

- **Prise en charge immédiate des urgences obstétricales :**

Toutes les bénéficiaires interrogées sur cette question ont affirmé la même chose ; à savoir que la prise en charge est immédiate. A ce sujet une bénéficiaire de la césarienne de 25 ans, venant de Béléko à 80 km de Fana et derrière le fleuve Bagoué nous a confié : « nous avons quitté Béléko à minuit. Je n'étais pas sûre de trouver les docteurs sur place à Fana ; mais j'ai été surprise à notre arrivée au CSRéf à environ 3 heures du matin de voir que les docteurs m'attendaient et j'ai été opérée immédiatement. Mon enfant et moi sommes sortis en bonne santé après 13 jours au CSRéf.»

4.4.2 Faiblesses :

- Faible implication des ASACO dans la gestion et la prise en charge du transport des urgences
- Faible taux de recouvrement de la contrepartie financière des communes, des ASACO
- Equipements du CSRéf insuffisants et inadéquats
- Mauvais état des pistes, surtout pendant l'hivernage
- Insuffisance dans la mise en œuvre du système d'information sanitaire (données manquantes, utilisation non systématique de tous les supports, mauvaise conservation des archives)

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La discussion des résultats de l'étude va porter sur les points suivants :

- l'atteinte des objectifs de l'étude, la qualité et la validité des résultats
- les moyens de production
- le processus d'offre des soins
- les résultats

5.1 Atteinte des objectifs, qualité et validité des résultats

La présente étude a permis d'évaluer la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana à travers les moyens de production des soins, le processus d'offre des soins et les principaux résultats.

Les données collectées ont permis de couvrir ces différents aspects.

En ce qui concerne la validité, l'étude a été transversale, descriptive et évaluative.

L'échantillonnage a été probabiliste pour les bénéficiaires (femmes césarisées au CSRéf de Fana en 2007), la technique utilisée étant le sondage aléatoire systématique. Cette technique garantit la représentativité de l'échantillon.

Le choix raisonné a été utilisé pour le personnel de santé et les membres des organes de gestion.

Certaines données nécessaires pour apprécier l'évolution des indicateurs avant et pendant la stratégie césarienne gratuite n'ont pas été disponibles de 2002 à 2007.

Les outils de collecte et les techniques utilisés sont en adéquation avec la méthode d'étude. Cet ensemble sous tend la qualité et la validité des résultats de l'étude.

5.2 Moyens de production :

Les moyens de production du CSRéf de Fana sont jugés peu satisfaisants ; en effet il y a des déficits qu'il faut améliorer. Ce sont entre autres :

+ De La formation du personnel en SOU :

La majorité du personnel interrogé a affirmé n'avoir reçu aucune formation en soins obstétricaux d'urgence. La maîtrise des SOU par le personnel permet de diminuer le taux de mortalité maternelle et néonatale.

Au Maroc, les prestataires ont été formés à utiliser de nouveaux protocoles pour traiter les urgences obstétricales. Des services complets ont été mis en place dans cinq hôpitaux ruraux, et 10 hôpitaux provinciaux ont amélioré la qualité des soins obstétricaux d'urgence, ce qui a permis d'augmenter sensiblement le nombre de femmes qui reçoivent des soins appropriés [27].

+ De l'effectif du personnel des centres de santé périphériques:

Les CSCom périphériques ont un déficit important au niveau de l'effectif du personnel. La plupart des CSCom est dirigée par un technicien de santé qui n'est pas le plus souvent formé en SOU ; par conséquent ne maîtrise pas les urgences obstétricales. Nous pouvons noter que sur les 14 CSCom fonctionnels seuls ceux de Ména, Marca Kounjo, Falako, Koni et Tingolé possèdent un médecin à leur niveau. Les CSCom sont le plus souvent composés d'un technicien de santé, d'une matrone et d'un vaccinateur. On n'a noté dans aucun des CSCom la présence d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne. Ce qui dénote une défaillance du plateau technique au niveau périphérique. Il faut également noter que certains CSCom ne disposent que d'un seul aide-soignant comme personnel médical (Kankoni, Bougoukouroula, Kotoula).

Dans l'État du Rajasthan, en Inde, avec le soutien de l'initiative UNFPA/AMDD, 83 centres de soins obstétricaux qui desservent environ 13 millions de personnes ont été rénovés. Cinquante-neuf équipes de professionnels de la santé ont été formées à fournir des soins obstétricaux d'urgence; et 12, à la prévention des infections.

Grâce à ces efforts, le nombre de femmes traitées pour des complications obstétricales a augmenté de 50 % en quatre ans, et l'Inde a lancé des interventions similaires dans d'autres Etats [28].

✚ De la fonctionnalité des RAC dans les CSCom et CSRéf :

Les CSCom communiquent grâce au réseau de radiocommunication. Sur la totalité des CSCom 13 disposent de RAC dont 5 (Diebé, Mena, Falako, Nangola et Dandougou) sont en mauvais état. Le système d'entretien de ces RAC est peu performant. Ce qui fait que le délai d'évacuation des urgences obstétricales devient assez long contraignant ainsi les parturientes à passer plus de temps dans les CSCom où le plateau technique n'est pas en mesure d'assurer une prise en charge adéquate.

Dogoré R. [29] dans son étude sur l'évaluation du système de référence/ évacuation des urgences obstétricales au Mali a montré que 79% des centres de santé possèdent un réseau RAC fonctionnel tandis que 51% possèdent un système de maintenance des RAC.

✚ De la fonctionnalité du bloc opératoire du CSRéf:

Le bloc opératoire est l'ensemble des locaux et des équipements nécessaires aux opérations chirurgicales ; il comprend au moins une salle d'opération, une surface de circulation pour le transfert des malades et des locaux destinés au stockage et à l'entretien du matériel. [30] En terme d'infrastructure le bloc opératoire du CSRéf de Fana ne compte qu'une seule salle d'opération fonctionnelle, donc fait face aux interventions septique et aseptique.

De même son niveau d'équipement n'est pas conforme aux normes. Certains équipements indispensables manquent : scialytique, aspirateur, matériel d'anesthésie, bistouri électrique, blouses opératoires, bottes, champs.... Ces conditions ne motivent guère le personnel médical du centre.

✚ Des moyens de transport utilisés entre village - CSCom et CSCom-CSRéf:

Cette étude nous a permis de savoir qu'il n'existe pas de dispositif de prise en charge du transport des parturientes du village au CSCom dans le district sanitaire de Fana. Il n'existe non plus aucun mécanisme de remboursement des frais de transport à ce niveau d'où la prise en charge financière du transport toujours entièrement à la charge des bénéficiaires.

Cet état de fait dénotant une insuffisance d'organisation des ASACO rend la gratuité non effective dans le district sanitaire de Fana.

L'absence de dispositif pour faire face au transport a obligé certaines parturientes à emprunter des moyens de transport souvent non indiqués.

Dans notre étude le moyen de transport le plus utilisé entre la maison et le CSCom a été la moto (50%). Il faut noter aussi que 8% et 4% des parturientes sont respectivement venues au CSCom à vélo et à pieds.

Keita H. [31] trouve que les engins à deux roues restent les moyens de transport les plus utilisés soit 53,4% dans le cadre de la référence des villages vers les CSCom dans le district sanitaire de Kolokani.

S'agissant de l'étape CSCom-CSRéf, sur l'ensemble des évacuations 79% étaient effectuées à bord de l'ambulance, les autres 21% étaient effectués respectivement par transport en commun, moto et véhicule loué.

Selon Macalou B. [32], les femmes sont évacuées vers l'hôpital régional de Kayes essentiellement à travers les moyens suivants : transport en commun (56,4%) et l'ambulance (40,6%). Quant à Sidibé I. [33], il trouve que 98,5% des femmes ont été évacuées au CSRéf de Bougouni par l'ambulance qui est disponible chaque fois quand le besoin se pose.

5.3 Processus d'offre des soins

+ De la rétro-information systématique au CSRéf :

Le CSRéf ne fait pas systématiquement de rétro-information par rapport aux cas référés/évacués. En général c'est le personnel des CSCom qui appelle par RAC le CSRéf pour connaître le sort des parturientes qu'il a référées ou évacuées. Ceci est un grand déficit dans le système de communication entre CSCom et CSRéf.

Keita H. [31] trouve que la rétro-information se fait sans doute à Kolokani du CSRéf vers les CSCom et des CSCom vers les villages et parmi tous les moyens de rétro information celui des parents reste le plus fréquent.

+ De l'utilisation systématique de Partogramme et la tenue correcte des supports:

Il existe au niveau de tous les CSCom des fiches de partogramme avec des déficits de remplissage ça et là. Au niveau du CSRéf il existe une mauvaise conservation et parfois un mauvais système d'enregistrement des supports.

Les supports existants et utilisés ne sont pas toujours correctement renseignés.

Les documents de référence correctement remplis permettent d'indiquer le motif de référence/évacuation, mais aussi de savoir quels sont les traitements déjà reçus par les parturientes. Ainsi un véritable feed-back pourra s'instaurer entre le CSRéf et les CSCom et permettra de corriger certaines erreurs.

✚ **De la disponibilité des kits :**

La disponibilité des kits est moins satisfaisante. Il a souvent été signalé des ruptures de kits même si ce phénomène demeure encore rare. Mais il faut surtout noter l'incomplétude des kits qui pose un grand problème au niveau du CSRéf.

✚ **De la disponibilité des réactifs de laboratoire pour la transfusion :**

Les poches de sang ne sont pas très souvent disponibles au niveau du CSRéf pour assurer la prise en charge des cas hémorragiques. Sur la totalité des décès maternels enregistrés en 2007, la grande partie était due à un tableau d'anémie. Un médecin d'un CSCCom m'a affirmé avoir perdu 3 parturientes en 2007 pour cette raison.

Sidibé I. [33] dans son étude a trouvé que le choc hypovolémique provoqué par les hémorragies aiguës et le choc septique après césarienne sont les causes les plus fréquemment rencontrées dans le district sanitaire de Bougouni.

5.4 Les résultats des soins au CSRéf de Fana:

✚ **De l'effectivité de la gratuité de la césarienne :**

Toutes les césarisées interrogées ont estimé avoir contribué au paiement des médicaments post opératoires. La gratuité ne concerne que la prise en charge des médicaments du pré et du per opératoire dans le district sanitaire de Fana, les médicaments du post opératoire sont à la charge de la famille de la parturiente. A coté de cette intervention financière dans le paiement des médicaments pour le postopératoire, il faudra également noter la prise en charge du transport du CSCCom au CSRéf. Ce transport revient très cher pour les populations lointaines. C'est le cas d'une femme de Mena à 114km de Fana qui m'a affirmé avoir préféré le transport en commun plutôt que l'ambulance pour la simple raison que le coût est fixé à 32 000CFA.

Ce problème lié au transport est un manque d'organisation. Une initiative est déjà mise en œuvre dans certaines localités du Mali comme Barouéli où les femmes payent des contributions modestes qui vont de 25 à 100 FCFA.

De même à Kadiolo, les contributions mensuelles sont modestes et les femmes sur propre initiative ont décidé de mettre fin aux manifestations populaires pour mieux renflouer leur caisse de solidarité. [34]

Des indicateurs des soins obstétricaux de 2002 à 2007 :

◇ **Consultations Pré Natales 3 (CPN3) :**

Nous pouvons remarquer que depuis l'avènement de la gratuité de la césarienne le taux de CPN3 ne fait qu'accroître. Le taux était de 17% en 2004 et il se retrouve en 2007 à 29%. Cela implique qu'il y a plus en plus de femmes qui se font consulter plus de trois fois pour vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risque.

Les femmes qui reçoivent des soins prénataux ont aussi une meilleure chance de bénéficier d'une assistance qualifiée durant l'accouchement.

Dans le monde en développement, plus de la moitié de toutes les femmes bénéficient maintenant d'au moins quatre visites prénatales durant leur grossesse (nombre recommandé par l'OMS), bien que les femmes les moins instruites soient très nettement sous-représentées. Celles qui ont suivi l'enseignement secondaire ont deux à trois fois plus de chances de recevoir des soins prénataux que les femmes sans éducation. Les femmes pauvres, d'autre part, ont beaucoup moins de chances de recevoir des soins prénataux, de même que tous les services de santé. [35]

◇ **Accouchements assistés :**

Le taux d'accouchements assistés variait de 31% en 2002, 26% en 2003, 30% en 2004, 37% en 2005 et atteignant ainsi son sommet en 2007 avec un taux de 66%. Assurer la présence d'assistants qualifiés à tous les accouchements est le seul moyen de garantir que toutes les femmes souffrant de complications pourront bénéficier de soins obstétricaux d'urgence.

Cette présence durant l'accouchement et le début du post-partum pourrait réduire de 16-33 % environ le nombre de décès dus à l'arrêt de l'accouchement, à une hémorragie, à la septicité et à l'éclampsie [36].

En Iran, par exemple, les sages-femmes rurales reçoivent une formation théorique et pratique pendant six mois et il leur est demandé d'avoir pris en charge au moins 20 accouchements avant d'obtenir leur homologation. Au Panama, la formation des sages-femmes travaillant dans les zones rurales et parmi les populations autochtones est prioritaire [37].

◇ **Césariennes :**

Le taux moyen de césarienne de 2002 à Juin 2005 avant la gratuité était de 3,60% et 5,77% pendant la gratuité. Les normes fixées par L'OMS sont de 5 à 15%. La comparaison est satisfaisante du fait de l'évolution de cet indicateur pendant la gratuité.

Les comparaisons sont par ailleurs délicates du fait des diverses approches méthodologiques qu'il s'agisse d'une étude en population (taux national ou taux d'un district sanitaire). C'est ainsi que l'enquête MOMA réalisée de décembre 1994 à juin 1996 dans 7 districts sanitaires de la sous région (Bamako, Nouakchott, Ouagadougou, Abidjan, Kaolack, Saint Louis) a rapporté des taux inférieurs aux normes fixées par l'OMS (5 à 15%) pour la prise en charge optimale des urgences obstétricales [38]. Le même constat s'est révélé dans certains pays pauvres comme le Mali, la Bolivie, le Guatemala, le Haïti où les taux nationaux sont respectivement 0,8%, 4,9%; 4,9% ; 1,6%.

Cependant les taux nationaux les plus élevés ont été rapportés par le Brésil et le Chili qui sont des pays dits en voie de développement.

◇ **Consultations Post Natales (CPoN) :**

Les taux de complications post natales sont de 14% en 2002, 11% en 2003 ; 30% en 2004 et 20% en 2005. Après la gratuité ce taux s'est vu accroître avec 21% en 2006 pour rester enfin stationnaire en 2007 (21%).

◇ **Références/ évacuations :**

Le taux de références/ évacuations était de l'ordre de 33% en 2002 ; 28% en 2003 ; 42% en 2004 ; 52% en 2005.

Après la gratuité ce taux s'est vu nettement augmenté avec 57% en 2006 pour chuter en 2007 avec un taux de 47%.

Selon Camara S. [39] les évacuations sanitaires sont exceptionnelles dans les pays développés car il existe toujours annexé à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence.

◇ **Besoins Obstétricaux Non Couverts (BONC) :**

Plus les BONC sont élevés, moins le système est performant. Dans notre contexte nous remarquons que la gratuité de la césarienne a contribué à faire diminuer les BONC dans le district sanitaire de Fana. Avant la gratuité le taux était de 47% en 2002, 42% en 2003, 56% en 2004 et 39% en 2005. Après la gratuité nous constatons que le taux de BONC a significativement diminué en 2006 avec un taux de 22% et de 21% en 2007.

◇ **Mortalité maternelle hospitalière :**

La mortalité maternelle hospitalière a été obtenue par le rapport de décès maternels sur les naissances vivantes enregistrées au même moment. Ce taux en 2002 reste indéterminé pour non enregistrement dans le support d'archivage. Ainsi nous avons obtenu avant la gratuité 1% en 2003, 1% en 2004 et 1,1% en 2005. Le taux a nettement baissé avec 0,9% en 2006. En 2007 ce taux a considérablement évolué avec 2,8%.

Ce taux élevé de mortalité maternelle hospitalière en 2007 s'explique par le fait qu'il y a eu une forte fréquentation du CSRéf pendant cette période d'où un taux élevé d'accouchements et de césariennes réalisés. En outre 12 des 22 décès sont dus à une anémie après un accouchement à domicile et singulièrement dans la ville de Fana (le CSRéf seul centre était inaccessible la nuit).

Il peut s'expliquer aussi par :

- l'augmentation du nombre de référées/ évacuées avec souvent un taux élevé de cas graves.
- La qualité de la prise en charge des patientes en périphérie. En effet, nombreux sont les centres de santé communautaires qui ne disposent pas de personnel formé sachant interpréter correctement le partogramme.
- Les retards à l'évacuation dus à l'absence de moyens financiers ou à une logistique défaillante (impossibilité d'appeler l'ambulance par manque de moyens de communication).

D'ailleurs ce dernier aspect a été démontré par : Correa P. et Coll [40] au Sénégal qui affirment que les évacuations tardives surtout pendant la saison pluvieuse ne font qu'augmenter le risque vital.

◇ **Complications obstétricales :**

Son taux a été obtenu par le rapport entre le nombre de complications obstétricales survenues et le nombre de naissances vivantes réalisées au même moment. Aucune trace dans les archives ne précise son taux en 2002.

Sinon avant la gratuité son taux oscillait entre 2,1% en 2003, 1,9% en 2004 et 2,3% en 2005. Après la gratuité de la césarienne ce taux a augmenté en 2006 avec 6,9%. En 2007 ce taux a véritablement évolué pour atteindre son sommet avec un taux sans égal de 21,4%. Ce taux élevé peut s'expliquer par l'affluence des femmes au CSRéf.

Samai O. et Coll [41] en Sierra Leone ont établi que l'amélioration des transports peut aider un grand nombre de femmes avec complications à être évacuées et à améliorer leur chance de survie.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'évaluer la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana. A son terme la mise en œuvre de la stratégie a été jugée peu satisfaisante. Cela se justifie par la non effectivité de la gratuité, l'insuffisance des moyens de productions des soins, l'insuffisance du processus d'offre des soins. Les principaux indicateurs de résultats ont connu une légère amélioration comparative entre période pré et pendant la stratégie. Cette amélioration serait-elle le seul fait de la stratégie césarienne gratuite ? D'autres interventions en cours ou ayant eu lieu dans le district sanitaire de Fana n'auront-elles pas agi ? Une étude multicentrique à visée évaluative permettra de répondre à ces interrogations.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons affirmer que la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite a contribué à améliorer les indicateurs du district sanitaire de Fana et mérite d'être pérennisée ; pour ce faire les insuffisances mises en évidence par cette étude ont fait l'objet de suggestions.

VI.SUGGESTIONS

8.1 Aux autorités sanitaires

- Doter suffisamment et constamment le CSRéf en matériels au niveau du bloc opératoire (bistouri électrique, aspirateur, scialytique)
- Mettre à la disposition du CSRéf des poches de sang pour la prise en charge des cas hémorragiques (formation des clubs de donneurs de sang)
- Promouvoir la création de mutuelles de santé pour améliorer l'accessibilité financière des femmes aux soins de santé
- Améliorer le niveau des fonds mis à la disposition des formations sanitaires de prise en charge pour le fonctionnement, les réparations/entretiens des ambulances dans le cadre de la référence/évacuation

8.2 Aux Personnels Socio-sanitaires:

- Améliorer la qualité des soins en post opératoire (formation et recyclage)
- Eduquer la population sur la pratique de la césarienne à travers les conférences, les causeries débats et les émissions sur les radio privées
- Remplir et tenir correctement les supports disponibles
- Assurer la disponibilité permanente de tous les éléments du kit de césarienne

8.3 A la population:

- Reconnaître les signes de danger et faire respecter le plan d'accouchement
- Fréquenter les CSCom pour un bon fonctionnement du système de référence/ évacuation
- Fréquenter les centres de consultation prénatale dès les premiers mois de la grossesse pour un meilleur suivi et un diagnostic précoce d'une complication pour une référence éventuelle à un niveau supérieur
- Avoir des initiatives communautaires concernant le système de transport et de communication pour les SOU
- Mettre en place un fonds communautaire pour les situations d'urgence (mutuelles, assurances, etc.) afin de réduire les retards.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WHO, UNICEF, UNFPA

Maternal mortality in 2000

WHO, Geneva, 2004

2. P. IMBERT, F. BERGER, N.S. DIALLO, C. CELLER, M. GOUMBALA, A.S. KA, et al.

Pronostic maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : étude prospective à l'hôpital principal de Dakar, Sénégal. Médecine tropicale 2003 ; 63 : 351-7.

3. OMS, UNICEF et UNFPA. 2003.

Mortalité maternelle en 2000: Évaluations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA. Genève: OMS.

4. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées. Cellule Planification et Statistique.

Enquête Démographique et Santé au Mali de 2001.

5. Ministère de la santé. Cellule planification et Statistique.

Enquête démographique et santé au Mali de 2006.

6. Direction nationale de la santé (DNS)

Présentation sur l'initiative de la gratuité de la césarienne

7. Direction nationale de la santé (DNS)

Guide sur l'initiative de la gratuité de la césarienne

8. Primature, secrétariat général du gouvernement.

Décret N°= 05-350/P-RM du 04 Août 2005 relatif à la prise en charge gratuite de la césarienne, 2p.

9. SISSOKO M.

Etude des facteurs pouvant contribuer à la gratuité de la césarienne pour la femme à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou en 2006.

MEMOIRE N° / IRSP /2006 Maîtrise en Santé Publique (Master of Public Health)

10. Présidence de la République du Mali portant loi d'orientation sur la santé

LOI N°02-049 du 22 juillet 2002

11. Jacques Q.

Dictionnaire médical, 4^{ème} édition, Masson

12. Diarra B.

Evaluation du système de référence/ évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de juillet 2005 à juin 2006. Thèse médecine Bamako

13. Fourn L., Takpara I., Mbainadjiel BS.

Consultations prénatales et issues défavorables de grossesse dans une maternité urbaine de Cotonou (Bénin).

14. Cahiers d'études et de recherches francophones/ Santé.

Volume 13, Numéro 1, 17-21, Janvier 2003, Etude originale. « Consulté le 15 janvier 2006 »

15. Aman B.

Etude des déterminants du niveau de mise en œuvre des soins obstétricaux d'urgence dans la zone sanitaire de Ouidah au Bénin.

Mémoire n° 014/IRSP/2006 Maîtrise en Santé Publique (Master of Public Health)

16. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées.

Cadre conceptuel de l'organisation du système de référence/évacuation au Mali « Publié par la Direction Nationale de la Santé Publique en août 2000. »

17. Sankaré I.

Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse médecine Bamako

18. Guindo G.

Les impacts d'une étude des besoins obstétricaux non couverts dans le cercle de Koutiala au Mali. Mémoire (Master en santé publique). Antwerpen, Belgique : Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, 2003,34p.Disponible sur : «[http: www.itg.be/uonn/pdf/Gabriel](http://www.itg.be/uonn/pdf/Gabriel)» (consulté le 12 janvier 2007)

19. Direction Nationale de la Planification du Ministère du Plan et de la Coopération Internationale. 1991.

Déclaration de la politique nationale de population au Mali.

20. Division de la Santé Familiale et Communautaire, Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité. 1997.

Module de formation en périnatalité. Bamako.

21. Division de la Santé Familiale et Communautaire, Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité. 1998.

Programme quinquennal de Santé de la reproduction.

22. Besoins obstétricaux non couverts.

Disponible sur : « [http:// www.itg.be/uonn/fr/home1b.html](http://www.itg.be/uonn/fr/home1b.html) » (consulté le 18 janvier 2008)

23. Thaddeus S. et Maine D. (1994)

Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine* 38 8 (1994), pp. 1091–1110.

24. Maine D. et Al.

Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services.
UNICEF/OMS/UNFPA 1997, P.25

25. Kandeh H.B.S., Leigh B., Kanu M.S., Kuteh M., Bangura J. et Seisay A.L, 1997

Improving emergency obstetric care at a district hospital, Makeni, Sierra Leone. *International journal of gynaecology and obstetric*, 1997; 59 (sup 2) S55-S65.

26. Essien E, Ifenne D., Sabitu K. , Musa A. , Ahti-Mu'azu M. et Adidu V.

International journal of gynaecology and obstetrics: emergencies in northern Nigeria-
Prevention of maternal mortality network.1997.

27. UNFPA 2004a

Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues. Brochure. New York: UNFPA.

28. UNFPA

2004b, p. 46; et UNFPA 2004a

29. Dogoré R.

Evaluation externe du système de référence/ évacuation des urgences obstétricales en cours
au Mali

30. Petit Larousse de la médecine.

2^{ème} édition Paris 2001 : 122-123

31. Keita H.

Relations fonctionnelles entre village, CSCom et CSRéf. Thèse médecine Bamako

32. Macalou B.

Les évacuations sanitaires obstétricales à l'hôpital régional de Kayes. Thèse médecine
Bamako

33. Sidibé I.

Les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de Bougouni. Etude
prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas. Thèse médecine Bamako

34. Bulletin du CREDOS

N°005, pages 9-10, Décembre 2004

35. OMS et UNICEF. 2003. Antenatal Care in Developing Countries: Promises,
Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels, and Differentials:
1990-2001. Genève et New York: OMS et UNICEF.

36. W. Graham, J. S. Bell et H. W. Bullough. 2001.

“Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries?” Pp. 97-129 de: Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence, par V. De Brouwere et W. Van Lerberghe. 2001. Studies in Health Services Organisation and Policy Series. No 17. Anvers: ITG Press.

37. UNFPA 2004b.

Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004, p. 45. New York: UNFPA.

38. A. Dumont, L. de Bernis, M.H. Bouvier-Colle, G. Bréart et le groupe MOMA.

Estimation du taux attendu de césarienne pour indications maternelles dans une population de femmes enceintes d’Afrique de l’Ouest (enquête MOMA). J Gynecol Obstet repord 2002 ; 31 : 107-112.

39. Camara S. (Epouse Kaba)

Evacuation sanitaire d’urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d’étude. Thèse méd. Abidjan 1986 ; N°7 :14

40. Correa P et Coll

Rapport final de l’étude sur la mortalité maternelle à Dakar (Sénégal)-causes et mesures à prendre pour l’améliorer -clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar (projet OMS- Fac de Médecine et de pharmacie de Dakar) 1980, 40 pages

41. Samai O. et Coll

Facilitating emergency obstetric care through transportation and communication, Bô. Sierra Leone. Prevention of maternal mortality network.

International journal of gynaecology and obstetric 1997. 59 (sup2) : S 147- S 164

VIII. ANNEXES

Questionnaire adressé au Médecin chef du CSRéf de Fana

N° de la fiche /___/

Date de l'enquête :

Nom de l'enquêteur :

1. A quelle date le Système de référence/évacuation a été lancé dans le district sanitaire de Fana ?

/___/___/___/

2. Date de début de la mise en œuvre de la SCG ? /___/___/___/

3. Date de début de la mise en place des kits césarienne ? /___/___/___/

4. Existe-t-il des organes de gestion au CSRéf ? Oui /___/ Non /___/

a. Si oui, citez-les avec leur attribut, la composition et la périodicité des réunions statutaires :

Organes	Attribut	Composition (effectif)	Périodicité des réunions statutaires

b. Y'a-t-il un organe de coordination des activités de mise en œuvre de la SCG ?

Oui /___/ Non /___/

Si oui, quel est le profil des membres ?

Comment se fait le suivi des activités de la SCG dans le district sanitaire de Fana?

.....

c. Existe-t-il un cadre de concertation entre l'équipe de prise en charge du CSRéf et l'Organe de gestion de la SCG ? Oui : /___/ Non : /___/

Si oui, quel est ce cadre ?

Y a-t-il eu des réunions dans ce cadre cette année ? Oui : /___/ Non : /___/

Si oui, combien ? /_____/

d. Est-il prévu un mécanisme d'évaluation des SCG dans le district ? Oui : /___/ Non :

/___/

- e. Comment jugez-vous vos rapports de collaboration ?.....
5. Existe-il une caisse de solidarité dans le district de Fana ? Oui /__/ Non /__/
- a. Si oui quels sont les partenaires en jeu pour son ravitaillement et la proportion de leur contribution et quels sont les aspects de la prise en charge de la césarienne couverts par cette caisse ?:.....
- b. Si non, qui paye les autres charges récurrentes de la prise en charge de la césarienne ?
.....
6. Existe-t-il des organisations villageoises pour la prise en charge des femmes enceintes et en couche ? Oui/___/ 2-Non/___/
7. Existe-il un cadre conceptuel ? Oui /__/ Non /__/
8. Si oui, a-t-il été validé ? Oui /__/ Non /__/
9. Existe-il un organigramme ? Oui /__/ Non /__/
10. Existe-il une fiche de poste pour tous les agents du CSRéf et des CSCom ? Oui /__/ Non /__/
11. Existe-t-il des ordinogrammes de prise en charge ? Oui /__/ Non /__/
- Si oui vérifier, pour chaque item.
12. Quels sont les moyens utilisés pour le transport des parturientes du village au CSCom ?
.....
13. Quels sont les moyens utilisés pour le transport des parturientes du CSCom au CSRéf?
.....
14. Le transport des parturientes par ambulance s'effectue-t-il toujours avec assistance d'un personnel qualifié ?
- Oui /___/ non /___/
- a. Si oui , précisez la catégorie de personnel :.....
15. Pourcentage de CSCom disposant d'un RAC fonctionnel les 12 derniers mois et pouvant joindre le CSRéf ? /___/ %
16. Pourcentage de CSCom que le CSRéf peut joindre par RAC ?/___/ %
17. Existe –il un contrat de maintenance pour :
- a. L'ambulance ? Oui /__/ Non /__/
- b. Les RAC ? Oui /__/ Non /__/
- c. Le Groupe électrogène? Oui /__/ Non /__/
- d. Autres équipements ? Oui /__/ Non /__/
18. Qui décide de la référence au niveau des CSCom ?
- a. Le CPM ? Oui /__/ Non /__/
- b. La responsable de la maternité ? Oui /__/ Non /__/
- c. Les membres d'ASACO ? Oui /__/ Non /__/

- d. Autres ? Oui /__/ Non /__/ si oui préciser :
19. L'effectif du personnel du CSRéf est-il suffisant ? Oui /__/ Non /__/
- a. Si non précisez le personnel manquant et leur effectif :
20. Tout le personnel a-t-il été formé aux SOU ? Oui /__/ Non /__/
- a. Si non quelle est la proportion du personnel formé aux SOU ? /_____/%
- b. Proportion de CSCCom avec personnel formé ? /_____/%
- c. A quand remonte la dernière formation en SOUB ? /_____/_____/_____/
21. Les nouveaux agents qui arrivent dans les formations sanitaires bénéficient-ils systématiquement d'une formation en SOU ? Oui /__/ Non /__/
22. Les ATR sont-elles impliquées dans le dispositif ? Oui/____/ 2-Non/____/
23. Au cours des 12 derniers mois, des supervisions ont-elles été organisées concernant :
1. Les SOUB (compétences techniques) : Oui /__/ Non /__/
 2. La référence et la contre référence des complications obstétricales : Oui /__/ Non /__/
 3. Le remplissage des partogrammes et fiches de référence : Oui /__/ Non /__/
 4. L'IEC dans le cadre de la périnatalité: Oui /__/ Non /__/
- Si oui, quelle est la proportion des CSCCom dont les agents ont été supervisés : /_____/%
24. La mise en œuvre de la SCG a-t-elle été déjà évaluée ? Oui /__/ Non /__/
- Si oui, Combien de fois ? /____/ et par qui ? /_____ /
25. Quel est le dispositif mis en place pour assurer la PEC des cas 24h/24 ?
-
26. Comment vérifiez-vous l'effectivité de ce dispositif ?
27. Quel est le délai moyen qui sépare l'arrivée de la parturiente et le premier coup de bistouri ?
- /____/ minutes.
28. La rétro information vers les CSCCom se fait-elle régulière ? Oui /____/ non /____/
- a. Qui est responsable de la rétro information ?
 - b. Quelles sont les voies utilisées pour acheminer les fiches de rétro information aux CSCCom ?
 - c. Quelle est la périodicité d'envoi des fiches de rétro information ?.....
29. Le remboursement se fait-il ? Oui /____/ non /____/
- a. Totalement : Oui /____/ non /____/
 - b. Régulièrement : Oui /____/ non /____/
 - c. A temps : Oui /____/ non /____/
 - d. Autres commentaires :
30. Trois principaux motifs de non satisfaction :

- 1.....
- 2.....
- 3.....

31. Trois principales forces /avantages

- 1.....
- 2.....
- 3.....

32. Trois principales faiblesses /difficultés

- 1.....
- 2.....
- 3.....

33. Trois principales suggestions :

- 1.....
- 2.....
- 3.....

34. Citez trois conditions de la pérennisation de la Stratégie Césarienne gratuite :

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Je vous remercie pour votre collaboration !

Questionnaire à l'intention des prestataires du district sanitaire de Fana

N° de la fiche / ___ /

Date de l'enquête :

Nom de l'enquêteur :

I. Qualification de l'agent enquêté :

Médecin généraliste / ___ /

IDE / ___ /

IDE à compétence obstétricale / ___ /

SF / ___ /

Technicien de santé / ___ /

Aide soignante / ___ /

Autres à spécifier : / ___ /

II. Opinions sur l'organisation du service

1. Avez-vous connaissance de l'existence d'un organigramme au CSRéf ? Oui / ___ / non / ___ /

2. Avez-vous connaissance de l'existence de fiche de poste au CSRéf ? Oui / ___ / non / ___ /

3. Quelles sont vos taches dans le dispositif de prise en charge des césariennes ?
.....

4. Existe-t-il des protocoles de prise en charge des parturientes au CSRéf ? Oui / ___ / Non / ___ /

Si oui, montrez –nous : Oui / ___ / Non / ___ /

5. Etes-vous satisfait de l'organisation mise en place au CSRéf ? Oui / ___ / non / ___ /

Pourquoi ?

6. Comment se fait la garde au CSRéf (décrire en personne, temps et lieu)?

7. L'équipe de garde est-elle avisée avant l'arrivée de la parturiente ? Oui / ___ / non / ___ /

8. L'équipe de prise en charge est-elle sur place avant l'arrivée de la parturiente ?

Oui / ___ / non / ___ /

Si non comment et dans quel délai moyen l'équipe de prise en charge est réunie ?

9. Etes- vous satisfait de votre collaboration avec les organes de gestion ? Oui / ___ / non / ___ /

Pourquoi ?

10. Etes-vous satisfait de votre collaboration avec les agents de la périphérie ? Oui / ___ / non / ___ /

11. Avez-vous reçu une formation dans le cadre des SOU ? Oui / ___ / non / ___ /

Si oui à quand date cette formation (si plusieurs formations reçues, la dernière) : / ___ / ___ / ___ /

12. Etes-vous associé aux réunions de suivi de la césarienne gratuite ? Oui / ___ / non / ___ /

Si oui, quelle est la périodicité de ces réunions ?

Si non, vous fait-on le feed-back ? Oui / ___ / non / ___ /

III. Opinions sur divers aspects

1. Etes-vous satisfait du niveau d'équipement de votre poste ? Oui /___/ non /___/

Si non, pouvez vous énumérer les équipements manquants ?

Etes-vous satisfait du niveau d'équipement du CSRéf ? Oui /___/ non /___/

Si non, pouvez vous énumérer les équipements manquants ?

2. Pensez-vous que l'effectif actuel du personnel du CSRéf est-il suffisant ? Oui /___/ non /___/

Si non, pouvez vous énumérer le personnel manquant ?

3. Quelles sont les complications obstétricales les plus fréquemment référées au CSRéf?

.....

Pensez-vous que toutes les références reçues au CSRéf sont justifiées ? Oui /___/ non /___/

Si non, quelle est, selon vous, la proportion de cas non justifiés :

Moins de 10% : /___/

10 à 25% : /___/

Plus de 25% : /___/

4. Pour les cas où la référence ne vous a pas paru justifié, qu'est-ce qui, selon vous, n'a pas permis la prise en charge de la complication obstétricale par le CSCCom ayant référé la patiente :

Insuffisance de compétence du personnel: /___/

Absence de partogramme : /___/

Absence de matériel adéquat : /___/

Absence de médicaments : /___/

Autres raisons à préciser : /___/

5. Le transport des parturientes du CSCCom au CSRéf se fait-il par quel moyen ?

6. Le transport des parturientes par ambulance se fait toujours avec assistance d'un personnel qualifié ? Oui /___/ non /___/

Si oui , précisez la catégorie de personnel :

7. La rétro information vers les CSCCom se fait-elle régulière ? Oui /___/ non /___/

8. Qui est responsable de la rétro information ?

9. Quelles sont les voies utilisées pour acheminer les fiches de rétro information aux CSCCom ?

.....

10. Quelle est la périodicité d'envoi des fiches de rétro information ?.....

11. Trois principaux motifs de non satisfaction :

1.

2.

3.

12. Trois principales forces /avantages

- 1.....
- 2.....
- 3.....

13. Trois principales faiblesses /difficultés

- 1.....
- 2.....
- 3.....

14. Trois principales suggestions :

- 1.....
- 2.....
- 3.....

15. Citez trois conditions de la pérennisation de la Stratégie Césarienne gratuite :

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Je vous remercie pour votre collaboration !

Questionnaire adressé aux membres des organes de gestion du CSRéf de Fana

N° de la fiche / ___ /

Date de l'enquête :

Nom de l'enquêteur :

IV. Qualification de l'agent enquêté :

Structure (Organe de gestion) dont il est membre : / _____ /

V. Organisation

35. Existe-t-il des organes de gestion au CSRéf ? Oui / ___ / Non / ___ /

a. Si oui, citez-les avec leur attribut, la composition et la périodicité des réunions statutaires :

Organes	Attribut	Composition (effectif)	Périodicité des réunions statutaires

b. Y'a-t-il un organe de coordination des activités de mise en œuvre de la SCG ?

Oui / ___ / Non / ___ /

Si oui, quel est le profil des membres ?

36. Existe-t-il une caisse de solidarité ? Oui/ ___ / 2-Non/ ___ /

a. Quelle est la date de sa mise en service : / ___ / ___ / ___ /

b. Quelles sont les sources d'approvisionnement de la caisse de solidarité et la clé de répartition ?

c. Quels sont les aspects de la prise en charge couverts par la caisse de solidarité ?

37. Qui assure la prise en charge du transport entre le village et le CSCom ?

38. Existe-t-il un plan opérationnel de la caisse de solidarité ? Oui/ ___ / Non/ ___ /

39. Ce plan a-t-il été validé en conseil de gestion Oui/ ___ / Non/ ___ /

40. Avez-vous une stratégie de sensibilisation auprès des populations cibles ? Oui/ ___ / Non/ ___ /

a. Si Oui, fonctionne-t-elle ? Oui/ ___ / Non/ ___ /

b. Bénéficiez-vous souvent des appuis provenant des partenaires extérieurs ?

Oui/ ___ / 2-Non/ ___ /

41. Etes-vous souvent confronté à des ruptures de kits ? Oui/ ___ / Non/ ___ /

42. Les membres du conseil de gestion sont-ils rémunérés? Oui/ ___ / Non/ ___ /

43. Quels sont généralement les motifs des réunions tenues ?

44. Etes-vous satisfait par rapport au mode de remboursement des frais engagés.

a. Respect du délai : oui / ___ / non / ___ /

b. Régularité oui / ___ / non / ___ /

Questionnaire à l'intention des femmes ayant bénéficié la césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana

N° de la fiche / ___ / ___ / ___ /

Commune de : Aire de santé de :

Village: Quartier :

Formation sanitaire fréquentée : Date d'admission :

Date de l'enquête : / ___ / ___ / 200.. Nom de l'enquêteur :

	1. Identification	Réponses
Q1	Age en années	/ _____ /
Q2	Niveau d'instruction	Jamais fréquenté / ___ / Primaire / ___ / Secondaire / ___ / Supérieur / ___ /
Q3	Profession
Q4	Statut matrimonial	Mariée / ___ / Célibataire / ___ / Veuve / ___ / divorcée / ___ /
Q5-	Antécédents obstétricaux : Nombre de grossesses nombre d'accouchements Nombre d'enfants : Nombre de césariennes dont celle gratuite	/ _____ / / _____ / / _____ / / _____ /
Q6	2. Motif de consultation au centre de santé	
	3. Accessibilité géographique	

Q7	Quel temps avez-vous mis pour arriver de votre maison au CSCom.	
Q8	En famille qui a pris la décision d'aller au CSCom ?	
Q8	<p>Quel moyen de déplacement avez-vous utilisé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • De la maison au CSCom • Du CSCom au CSRéf • Du CSRéf à l'hôpital 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Etes-vous satisfaite des conditions (confort, rapidité, coût) de transport ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • De la maison au CSCom • Du CSCom au CSRéf • Du CSRéf à l'hôpital 	<p>Oui /___/ Non /___/</p> <p>Oui /___/ Non /___/</p> <p>Oui /___/ Non /___/</p>
Q9	Trouvez-vous que le CSRéf est assez proche de chez vous ?	<p>Oui /___/</p> <p>Non /___/</p> <p>Sans opinion /___/</p>
Q10	Avez-vous eu facilement un moyen de transport pour aller au CSRéf ?	<p>Oui /___/</p> <p>Non /___/</p>
	4. Effectivité de la gratuité	
Q11	<p>Avez-vous payé les frais de transport pour arriver au :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CSCom • CSRéf • Hôpital : 	<p>Oui /___/ Non /___/</p> <p>Oui /___/ Non /___/</p> <p>Oui /___/ Non /___/</p>

Q12	<p>Avez-vous payé des frais pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acte chirurgical : • Anesthésie : • Soins post opératoire: • Hospitalisation • Soins au nouveau né • Transfusion sanguine • Analyse de labo : • Autres soins/services: <p>Si oui, vous a –t-on donné des reçus ?</p> <p>Si non, quelle est la source de financement de votre PEC ?</p>	<p>Montants FCFA:</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p> <p>Oui /___/ Non /___/ /_____/</p>
5. Accueil et qualité des soins et référence :		
Q13	<p>Une fois arrivée au CSRéf, combien de temps avez-vous attendu avant que l'on ne s'occupe de vous ?</p>	<p>On s'est occupé de moi dès mon arrivée /___/</p> <p>Peu de temps /___/</p> <p>Longtemps /___/</p> <p>Ne se souvient pas : /___/</p>
Q14	<p><u>Pour celles qui ont attendu</u></p> <p>Vous pensez que ce temps d'attente est :</p>	<p>Justifié /___/</p> <p>Non justifié /___/</p>
Q15	<p>Avez-vous été satisfaite de l'accueil ?</p>	<p>Oui /___/</p> <p>Non /___/</p> <p>Pourquoi ?</p>
Q16	<p>Le personnel vous a-t-il donné des explications sur votre maladie ?</p>	<p>Oui /___/</p> <p>Non /___/</p>

Q17	Combien de jours votre séjour au CSRéf a duré ?	/ _____ / jours
Q18	Avez-vous été satisfaite des soins reçus au CSRéf ?	Oui / ___ / Non / ___ / Dites pourquoi :
6. Référence / évacuation par le CSCom		
Q19	Comment êtes-vous arrivée au CSRéf	Directement / _____ / Sur référence / _____ /
Q20	Dans quelle structure vous a-t-on demandé de vous rendre ?	CSRéf de Fana / ___ / CSRéf de Dioïla / ___ / Hôpital de Ségou / ___ / Autre / ___ /
Q21	Vous a-t-on expliqué pourquoi il fallait que vous vous rendiez à cette structure de référence (motif de l'évacuation)? Si oui, quelle était la raison ?	Oui / ___ / Non / ___ / Manque de matériel au CSCom / ___ / Manque de médicaments au CSCom / ___ / Absence du personnel du CSCom / ___ / Votre diagnostic indique une PEC au CSRéf / ___ / Autre raison / _____ / Ne se souvient pas / ___ /
7. Disponibilité du personnel :		
Q22	Selon vous, en cas d'urgence, si une femme arrive dans le CSRéf	*On la reçoit pour la soigner quelle que soit l'heure / ___ / *On ne la reçoit que pendant les jours et les heures de travail normal / ___ / *Parfois il n'y a personne pour la recevoir même

		pendant les jours de travail normal /___/ *Ne sait pas /___/
Q23	Etes-vous satisfaite de la disponibilité du personnel ?	Oui /___/ Non /___/
	Citer trois principaux motifs de satisfaction :
	8. Autres préoccupations, suggestions	
Q24	Y a-t-il autre chose que vous aimeriez dire à propos du CSRéf?
Q25	Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes ou des accouchées qui auraient le même genre de problème de santé que ce vous ?	

IV. Continuité de l'offre de la césarienne de qualité

1. Catégories de personnel impliqué dans la garde au CSRéf et composition des équipes de garde.

Garde avec couchée à la maternité	Garde avec couchée au bloc opératoire	Permanence	Astreinte

2. Mécanisme mis en place pour regrouper l'équipe en cas de besoin :
3. Durée moyenne entre l'arrivée de la femme et le 1^{er} coup de bistouri : / _____ /minutes

V. Ressources matérielles (équipements) pour les SOU au CSRéf

Matériel	Quantité	
	Maternité	Bloc opératoire
Boîte d'accouchement		
Boîte d'épisiotomie		
Boîte de curetage		
Boîte d'AMIU		
Boîte de césarienne		
Boîte de laparotomie		
Forceps		
Ventouse obstétricale		
Table d'examen gynécologique		
Table d'accouchement		
Tensiomètre		
Stéthoscope médical		
Stéthoscope obstétrical		
Montre réveil		
Lampe d'examen		
Canules de Guedel		
Thermomètre médical		
Source d'oxygène		
Aspirateur (électrique ou le vide)		
Autoclave		
Poupinel		
Matériel de décontamination		

VI. Composition du kit césarienne :

N°	MEG (quantité)	Consommables (quantité)	Réactifs labo (quantité)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

VII. Mouvement des kits, consommables et réactifs:

Désignations	2005		2006		2007	
	Prévu	Reçu	Prévu	Reçu	Prévu	Reçu
MEG						
Consommables						
Réactifs de labo						
Nombre de parturientes prise en charge						

VI. Indications des césariennes réalisées au CSRéf

Indications		2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
AUTRES								

VII. Complications obstétricales enregistrées au CSRéf

Complications		2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
AUTRES								

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : AHMED

Prénom : BABA

Titre de la thèse : EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE CESARIENNE GRATUITE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE FANA AU MALI DE 2005 A 2007

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

Secteurs d'intérêt : Santé publique ; Gynéco-obstétrique

Résumé :

Au Mali le taux de mortalité maternelle reste toujours très élevé. L'EDS IV a estimé ce taux à 474 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce qui constitue un problème majeur de santé publique face auquel différentes stratégies ont été élaborées et mises en œuvres dont la stratégie de césarienne gratuite. Cette étude avait pour but d'évaluer la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana à travers ses différentes composantes que sont : les moyens de production des soins, le processus d'offre des soins et les résultats obtenus.

A l'issue de cette étude, les résultats ont été jugés peu satisfaisants selon notre méthode malgré une amélioration des principaux indicateurs. Cette étude nous a permis de dire que la césarienne n'est pas totalement gratuite dans le district sanitaire de Fana : les médicaments postopératoires restent à la charge des bénéficiaires et dans certains cas de transport au CSRéf.

Mots clés : Evaluation, gratuité de la césarienne, district sanitaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure