

Ministère de l'Éducation Nationale



REPUBLIQUE DU MALI *Un
Peuple- Un But- Une Foi*



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire : 2018/2019

Thèse N° :... /...

THESE

**EVALUATION DU SYSTEME DE
REFERENCE/EVACUATION DU
DISTRICT SANITAIRE DE
MARKALA**

Présentée et soutenue publiquement le... /... / 2019 devant la Faculté de
Médecine par

M. Souleymane SANOGO

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

JURY

Président : **Pr. DOUMBIA Djénéba DOUMBIA**
Membre : **Dr. Dramane FOMBA**
Co-directeur : **Dr. Ibrahim ONGOÏBA**
Directeur : **Pr. Moustapha TOURE**



**DEDICACES &
REMERCIEMENTS**

Dédicaces

Je dédie cette thèse... ✍

A ALLAH le Tout Puissant :

Oh ! Mon seigneur, Tu m'as fait trébucher pour me permettre de mieux apprécier ta grandeur.

Gloire à Toi ! Nous n'avons dû savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi L'Omniscient, Le Sage.

[Sourate 1 versé : 32.]

A ma très chère mère Fatoumata Sanogo :

Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice. Tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie.

Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. Je n'espère jamais te décevoir, ni trahir ta confiance et tes sacrifices.

Puisse Dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur. Amen.

A mon père Lamine Sanogo :

De tous les pères, tu es le meilleur.

Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme. En témoignage de toutes ces années de sacrifices, de sollicitudes, d'encouragement et de prières. Trouves dans ce travail le fruit de toutes tes peines et de tous de tes efforts.

En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mes respects, ma reconnaissance et mon profond amour.

Puisse Dieu vous préserver et vous procurer santé et bonheur. Amen.

A ma regrettée ainée Tata Sanogo :

Comment t'oublier ? ta bonté et ta douceur restent encore gravée dans ma mémoire. J'imagine quelle serait ta joie aujourd'hui. J'aurai voulu que tu assistes à l'aboutissement de ces années de dure labeur, Dieu en a décidé autrement.

Que Dieu t'accorde la paix éternelle et t'accueille dans son paradis. Amen.

A ma sœur et mes frères : Oumou, Modibo, Mamoutou dit Baba, Siriki, Bassekou et Issouf :

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement. Puisse nos fraternels liens se pérenniser et se consolider encore.

Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense gratitude pour tous les sacrifices consentis. Votre aide et votre générosité ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.

Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous assurer ma profonde et ma grande reconnaissance.

J'implore DIEU qu'il vous apporte bonheur, amour et que vos rêves se réalisent. Amen.

A mon grand frère Bassekou Sanogo

Je ne saurais traduire sur du papier l'affection que j'ai pour toi.

Je n'oublierai jamais ces merveilleux moments passé ensemble et le sacrifice que tu as fait pour moi.

Intelligent que tu es, j'implore Allah de te réserver un avenir meilleur. Amen.

A ma famille adoptive de Oumé (RCI) : famille Camara

Vous m'avez tendu les bras et accueilli chez vous, en m'hébergeant gratuitement dans votre maison. Vous m'avez intégré à votre famille et considéré comme vos propres enfants. Vous avez tout au long de mon séjour accepté toutes mes erreurs et autres comportements dûs à l'inexpérience de la vie. Ce soutien m'a permis de bien mener mes études sans difficultés majeurs. Toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

Qu'Allah vous accorde longue vie dans la bonne santé ! Amen.

A mes amis de Oumé :

Quoique je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai pour vous.

Je vous remercie, pour votre soutien et vos encouragements et je vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble.

Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserver du mal, vous combler de santé et de bonheur. Je vous aime très fort...

A mes enseignants de l'EPP Brozan 2, du lycée moderne de Oumé et de la faculté de médecine et d'odontomatologie de Bamako :

Merci pour la qualité de la formation que vous m'avez dispensée. Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma formation. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie. Amen.

Je ne regretterai jamais d'avoir été vos élèves, la formation et l'éducation que vous m'avez données vont au-delà de tout cadre médical. Merci.

A mes amis du primaire et du secondaire :

Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie pleine de réussite, de santé et de bonheur... Amen.

A mon ami et frère Iriquié Fabrice :

La fratrie n'est pas seulement héréditaire : tu m'as toujours soutenu. Jamais un simple merci ne suffira à te témoigner ma reconnaissance.

Qu'Allah te guide pareillement frère ! Amen.

A Sadio Ly

Vous avez contribué à la confection de ce travail.

Que DIEU Vous guide dans la vie ! Amen

A Dr Tiemoko Dembélé

Tu as été mon premier mentor dans cette vie fac

Trouves dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance

Puisse ALLAH t'accorde longue vie ! Amen

Au grand frère Abou Traore

En toi j'ai compris le sens réel de la fraternité

Ta présence n'a point fait défaut à chaque fois que j'en ai eu besoin

Je te dédie cette thèse

Puisse ALLAH accorde sante longévité à toi et notre frère Yacoub ! Amen

A ma cousine virtuelle Nabintou Cissé :

Toi qui m'as toujours soutenu et encouragé. Voilà le jour que tu as attendu plus impatiemment que moi et sera l'occasion de partager une joie avec ta complicité habituelle.

J'ai le grand plaisir de te dédier ce modeste travail

Que Dieu t'apporte bonheur et satisfaction et des jumeaux adorables. Amen.

A mes grands amis et collègues :

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent.

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements et votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.

Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles... Amen.

A ma famille tutrice de Markala : famille Famanta.

Vous avez été pour moi une seconde famille et je n'oublierai jamais tous ces bons moments passés ensemble. Je vous dédie ce travail et je vous remercie pour l'estime et l'affection que vous m'avez accordée durant tout mon séjour !

A L'ÆÆMCI et la LIEEMA :

Vous m'avez forgé une éducation purement musulmane

Jazakallahu khayran!!!

A L'UEMEX :

Tel un père fier de son fils, tu es le fils avec lequel je me vante. Sois toujours l'espoir des étudiants maliens de l'extérieur.

A la 9eme promotion du numerus clausus :

Qui font partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse et leurs grands cœurs.

Qu'elles trouvent ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma reconnaissance pour leur infatigable soutien.

Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur. Amen.

À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer ;

À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail ;

À tous ceux qui ont choisi cette pénible tâche de soulager les malades et diminuer leurs souffrances.

Merci beaucoup.

Remerciements

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

Au corps professoral de la FMOS :

Ce travail est avant tout le vôtre. Merci pour la qualité de l'enseignement.

A mes encadreurs : Dr Fomba D, Dr Kanthé D, Dr Koné O, Dr Boua Cissé et Dr Traore I :

Chers maitres, vous êtes et serez des modèles pour nous. Votre rigueur scientifique, votre humanisme et votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait du CS Réf de Markala un pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante et de votre dévouement. Je ne vous en remercierai jamais assez.

Votre contribution à ma formation a été capitale.

Ce travail est aussi le fruit de votre assistance.

Aux sages-femmes, infirmières et aides-soignantes du CS Réf de Markala :

Merci pour votre collaboration et vos conseils.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical du CS Réf de Markala ;

A tous mes aînés de la F.M.P.O.S : Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Daoud Diarrassouba :

Cher aîné merci pour la correction littéraire que tu as apporté à ce travail



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Président du jury :

Professeur DOUMBIA Djeneba DOUMBIA

- ✧ **Membre de la société française d'anesthésie- réanimation**
- ✧ **Membre de la société d'anesthesie-reanimation d'Afrique noire francophone(SARANF)**
- ✧ **Membre de la société d'anesthésie- réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU-MALI)**
- ✧ **Membre fondatrice de la société de télémédecine du Mali**
- ✧ **Maitre de conférence en anesthésie- réanimation a la FMOS**
- ✧ **Spécialiste en anesthésie- réanimation et en médecine d'urgence et de catastrophe**
- ✧ **Chef de service des urgences médico-chirurgicales du CHU du point G**

Cher Maître,

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

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

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

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

A notre Maître et juge

Docteur Dramane FOMBA

- ✧ **Médecin chef du district sanitaire de Markala**
- ✧ **Chef de service de Gynécologie-obstétrique du CSRef de Markala**
- ✧ **Gynécologue-Obstétricien**

Cher maître,

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

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

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

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux,

Que le Tout Puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants.

Que Dieu réalise vos vœux ! Amen

A notre maitre et co-directeur de thèse

Docteur Ibrahim ONGOIBA

- ✧ **Maitres assistant à la FMOS**
- ✧ **Praticien hospitalier**
- ✧ **Gynécologue-obstétricien**

Cher Maître !

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

A vos côtés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un modèle à imiter.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour le sacrifice consenti pour nous et pour tout le soutien et la confiance que vous avez eus à notre égard.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Que le bon Dieu vous prête santé et la paix du cœur. Amine

A notre maitre directeur de thèse

Professeur Moustapha TOURE

- ✧ **Gynécologue obstétricien**
- ✧ **Chef de Service de Gynécologie de l'hôpital du Mali**
- ✧ **Maître de Conférences à la FMOS**
- ✧ **Membre du comité de pilotage pour la recherche MGF OMS/Génève**
- ✧ **Secrétaire général de l'Union Professionnelle des Gynécologues Obstétriciens (UPIGO)**
- ✧ **Officier de l'Ordre National du Mali**

Cher Maître

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

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

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

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



SIGLES & ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO	: association de santé communautaire
ASC	: agent de sante communautaire
BCF	: bruit du cœur fœtal
BGR	: bassin généralement rétréci
CFU	: comité des femmes utilisatrices des services de santé
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPN	: consultation prénatale
CROCEP	: comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODSS
CS Com	: centre de santé communautaire
CSRéf	: centre de santé de référence
DCI	: dénomination commune internationale
DRS	: direction régionale de la sante
DTC	: directeur technique de centre
EDS	: enquête démographique et de santé
FELASCOM	: fédération locale des associations de santé communautaire
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FSEG	: faculté des Sciences Economiques et de Gestion
GATPA	: gestion active de la troisième période de l'accouchement
GESYRE	: gestion du système de référence
HTA	: hypertension artérielle
IO	: infirmière obstétricienne
MN	: mort-né
OMS	: organisation mondiale de la santé
PDSC	: plan du développement sanitaire du cercle
PEC	: prise en charge
PMA	: paquet minimum d'activité
PNP/SR	: politique, normes et procédures en santé de la reproduction
PO	: plan opérationnel
PRODSS	: programme de développement socio sanitaire
PRSSD	: projet de renforcement du système de santé décentralisé
PTME	: prévention de la transmission mère enfant
PV	: procès-verbal
RAC	: réseau administratif de communication
SENN	: soins essentiels au nouveau-né
SF	: sage-femme
SLDSES	: service local du développement social et de l'économie solidaire
SONU	: soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	: soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	: soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet
TGN	: technique du groupe nominal
VIH	: virus immunodéficience humaine



**TABLES DES
ILLUSTRATIONS**

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

<u>Tableau I</u> : Soins réalisés aux patientes et aux nouveaux nés en SONUB et SONUC	13
<u>Tableau II</u> : Liste des centres de santé du district de Markala en 2017	19
<u>Tableau III</u> : Personnel du district sanitaire de Markala	20
<u>Tableau IV</u> : Personnel du CS Réf.....	22
<u>Tableau V</u> : récapitulatif des cibles de l'étude	27
<u>Tableau VI</u> : aspects opérationnels des variables avec les modalités et les scores maximum	28
<u>Tableau VII</u> : Cibles, techniques et outils de collecte des données	34
<u>Tableau VIII</u> : Aires de sante de provenance des femmes évacuées, césarisées au CSréf de Markala en 2017.....	39
<u>Tableau IX</u> : Effectif du personnel technique par qualification à la maternité du CSRéf de Markala en 2017.....	45
<u>Tableau X</u> : Effectif du personnel technique par qualification dans les CS Com.....	45
<u>Tableau XI</u> : Récapitulatif des contributions des ASACO à la caisse de solidarité de la référence/évacuation du district sanitaire de Markala en 2017	46
<u>Tableau XII</u> : Récapitulatif des contributions des collectivités décentralisées (mairies) à la caisse de solidarité de la référence /évacuation de Markala en 2017.....	47
<u>Tableau XIII</u> : Dépenses effectuées dans le cadre de la référence/ évacuation du district sanitaire de Markala en 2017	48
<u>Tableau XIV</u> : Nature des complications post-opératoires survenues chez les césarisées du CSRef de Markala en 2017.	53
<u>Tableau XV</u> : Issue des femmes referées évacuées au CS Réf de Markala en 2017 au terme du processus	54
<u>Tableau XVI</u> : Etat des nouveau-nés issus des mères évacuées prises en charge en fonction de la présence de BDCF au premier examen au CS Réf de Markala en 2017	56
<u>Tableau XVII</u> : Synthèse des indicateurs utilisés pour apprécier la performance du système de référence /évacuation du district sanitaire de Markala en 2017	57

Liste des figures

Figure 1 : Carte sanitaire du district de Markala	18
Figure 2 : Récapitulatif de l'âge des femmes évacuées au CS Réf de Markala 2017.....	38
Figure 3 : Récapitulatif de la durée d'évacuation des parturientes au CSRéf de Markala.....	42
Figure 4 : Répartition des parturientes évacuées en fonction des moyens de transport.	43
Figure 5 : Qualification des agents à bord de l'ambulance.	44
Figure 6 : récapitulatif des motifs d'évacuation des femmes évacuées.....	50
Figure 7 : récapitulatif des voies d'accouchement des femmes évacuées au CS Réf de Markala en 2017.....	51
Figure 8 : Récapitulatif des femmes évacuées césarisées en fonction du type césarienne en 2017.....	52
Figure 9 : Récapitulatif des complications post-opératoires survenues chez les césarisées au CSRéf de Markala en 2017.	53
Figure 10 : Etat des nouveau-nés au CS Réf de Markala en 2017 au terme du processus d'évacuation	54
Figure 11 : Récapitulatif fonction de l'aspect des morts nés au CS Réf de Markala en 2017	55



TABLES DES MATIERES

TABLE DES MATIERES_Toc6820573

INTRODUCTION	1
I. PROBLEMATIQUE	3
1.1. Enoncé du problème	3
1.2. Objectifs.....	8
1.2.1. Objectif général.....	8
1.2.2. Objectifs spécifiques	8
II. GENRALITES	10
2.1- Définition des concepts	10
2.2- Revue documentaire	13
III. CADRE D’ETUDE	16
3.1. Aperçu historique	16
3.2. Informations générales sur le district :	17
3.3. Présentation du district sanitaire de Markala :.....	18
3.4. Présentation du CSRef de Markala.....	21
IV. METHODE	26
4.1. Population d’étude.....	26
4.2. Echantillonnage	26
4.3- Critères d’inclusion et de non inclusion	28
4.5. Techniques et outils de collecte	34
4.6. Sources des données	34
4.7. Contrôle de qualité des données :	35
4.8. Aspects éthiques :	35
4.9. Limites du travail :	36
4.10. Difficultés rencontrées.....	36
V. RESULTATS	37
5.1. Description de l’échantillon.....	37
5.2. Mécanisme de fonctionnement du système (organisation du système) :.....	40
5.3. Ressources nécessaires au fonctionnement du système (humaine, matérielle)	45
5.4. Contribution des différents acteurs (ressource financière)	46
5.5. Mécanisme de coordination et de suivi de la caisse de solidarité :	48

5.6. Impact de la référence-évacuation sur l’amélioration de la santé maternelle et infantile	50
5.7. Niveau de performance du système de référence évacuation du district sanitaire de Markala.....	57
5.8. Synthèse des entretiens réalisés auprès des acteurs et des bénéficiaires (aspects qualitatifs).....	58
VI. DISCUSSIONS	64
6.1. Atteinte des objectifs	64
6.2. Qualité et validité des résultats	65
6.3. Comparaison des résultats	66
VII. CONCLUSION	72
7.1. Les points forts :	72
7.2. Points à améliorer :	73
VIII. RECOMMANDATIONS/SUGGESTIONS	76
IX. REFERENCES	80
X. ANNEXES	84
Outils de collecte des données.....	84
Fiche signalétique	94
Serment d’Hippocrate.....	95



INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le développement de toute nation, de toute communauté, passe par celui du noyau familial qui repose sur la santé des individus particulièrement celle de la mère et de l'enfant. En effet, les politiques de santé dans la plupart des pays développés et ceux en développement en particulier accordent une place de choix à la santé de la mère et de l'enfant à travers des plans, des programmes et des projets de développement.

La naissance d'un enfant est source de bonheur et d'épanouissement de la famille et de la société. Il s'agit d'un processus qui commence depuis la conception de la grossesse et se termine par l'accouchement.

Toutefois, l'évolution de la grossesse est un processus physiologique qui est souvent accompagné de troubles dont l'intensité est très variable et nécessite des soins particuliers pour la bonne croissance du produit de conception.

« La grossesse est considérée physiologique si elle évolue jusqu'à terme sans provoquer chez la mère d'altération notable de l'état général, de troubles, tout en assurant le bon développement du produit de conception.

Elle est considérée comme pathologique, lorsqu'elle entraîne des manifestations anormales chez la mère et le fœtus, particulièrement celles qui aboutissent à la mort du fœtus in utéro dont l'expulsion est la mortinaissance » [1]

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

Le décès d'une femme peut aussi avoir un impact considérable sur la communauté par la perte d'un membre important de la vie communautaire [2].

La mortinaissance reste un tabou dans de nombreuses régions du monde. Les femmes qui subissent une mortinaissance doivent pouvoir faire le deuil de leur enfant et briser le silence d'un chagrin caché [2]. « Un bébé qui meurt avant sa naissance n'est pas moins aimé et chéri, le chagrin et la douleur des parents ne sont pas moins atroces et prolongés ».

Malgré leur nombre, les mortinaissances sont relativement négligées. Sa gravité n'est pas appréciée par le personnel de la même manière qu'un décès maternel, infantile et néonatal.

Le but de ce travail, est de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et de mortinaissance surtout les mort-nés frais dans le district de Markala en évaluant la performance de son système de référence/évacuation. Dans l'espoir que les résultats de cette évaluation susciteront une plus grande mobilisation des communautés afin de renforcer l'efficacité et l'efficience du système dans contexte de gratuité de la césarienne. Le présent travail s'articule autour des points suivants :

- La problématique ;
- Le cadre d'étude ;
- La méthode d'étude ;
- Les résultats ;
- Les discussions et les recommandations.



PROBLEMATIQUE

I. PROBLEMATIQUE

1.1. Enoncé du problème

Chaque année environ 585000 femmes dans le monde meurent d'une complication liée à la grossesse et à l'accouchement [3].

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

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

Les taux de mortalité maternelle sont environ 100 fois plus élevés dans les pays en développement que dans les régions industrialisées [3]. Bien que la plupart des pays développés affichent aujourd'hui des taux de mortalité maternelle très faibles (exemple : environ 3/100 000 au Canada, selon Santé Canada, 2003), les pays en développement eux se retrouvent toujours avec des taux dépassant souvent 1 000 décès maternels par 100 000 naissances vivantes [3].

Pour l'année 2015, on a estimé à 303 000 le nombre de décès maternels dans le monde. La majeure partie de ces décès se sont produits dans les pays à revenu faible et la plupart aurait pu être évité.

Les décès maternels ne sont qu'une partie du problème. La morbidité maternelle est aussi une conséquence importante des complications obstétricales. Bien que la majorité des femmes qui ont une complication liée à la grossesse s'en sortent bien, certaines d'entre elles restent avec des conditions incapacitantes [6].

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

Les déterminants de la mortalité maternelle sont multiples. McCarthy et Maine ont été parmi les premiers à proposer un cadre conceptuel global pour analyser ces facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle. Ils ont analysé les cadres couramment utilisés dans le passé, la littérature sur la mortalité maternelle et les interventions dans le domaine pour développer ce nouveau cadre intégré. Ils ont conclu que tous les déterminants de la mortalité maternelle agissent par une séquence de trois déterminants intermédiaires [7] :

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

Les interventions doivent donc, selon eux, s'adresser à un de ces déterminants pour être efficaces [7].

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

La mortalité maternelle est de plus en plus reconnue comme un problème de santé majeur au niveau mondial. La campagne Safe Motherhood, lancée en 1987 lors d'une conférence à Nairobi, au Kenya, fut la première initiative d'envergure internationale à mettre la mortalité maternelle au premier plan. [8]

En 2000, les Nations Unies ont adopté la Déclaration du Millénaire qui met de l'avant huit objectifs généraux à atteindre pour améliorer les conditions de vie de la population mondiale. La réduction de la mortalité maternelle figure parmi ces

objectifs, avec une cible précise à réduire de 75% la mortalité maternelle d'ici 2015 [9].

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

Les interventions et les stratégies spécifiques mises en place pour la réduction de la mortalité maternelle sont variées. Elles peuvent être catégorisées selon les trois déterminants généraux évoqués ci-haut par McCarthy et Maine [7] :

- Le premier groupe d'interventions vise à réduire la probabilité d'une grossesse, surtout dans les endroits où le taux de fertilité est élevé. Se situent dans ce groupe les programmes de :
 - planification familiale ;
 - d'éducation sexuelle dans les communautés et avec les adolescents ;
 - et de promotion des méthodes contraceptives.
- Le deuxième groupe d'interventions cherche à réduire la probabilité qu'une femme enceinte ait une complication sérieuse liée à sa grossesse. On y retrouve entre autres les programmes promouvant le suivi prénatal dans le but de prédire et prévenir les complications.
- Le troisième groupe d'interventions comporte celles qui visent à diminuer la probabilité qu'une femme avec une complication liée à la grossesse en meurt. Ces interventions portent sur les soins obstétricaux d'urgence.

Depuis longtemps, une grande partie des interventions en santé maternelle ont cherché à réduire le nombre de complications obstétricales chez les femmes enceintes [7]. L'activité privilégiée fut la promotion du suivi prénatal. Selon MERGER le suivi prénatal est une occasion propice pour créer des liens entre les femmes et le système de soins et pour mieux planifier l'accouchement. [10]

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

Des études démontrent que 9 décès sur 10 pourraient être évités grâce à ces traitements médicaux déjà bien connus [11].

Malheureusement, une grande proportion des femmes dans les pays en développement n'a pas accès ou a difficilement accès à ces services [6].

Pour ces raisons, la communauté internationale se concentre davantage sur les interventions qui visent la qualité et l'accès aux soins obstétricaux tel que résumé par Maine et al [6] « cette approche repose sur un certain nombre de prémisses :

- une partie des femmes enceintes développeront des complications obstétricales;
- on ne peut ni prédire, ni prévenir la majorité de ces complications;
- les femmes qui présentent des complications devraient donc recevoir rapidement les soins obstétricaux d'urgence qui leurs sauveront la vie et préviendront la morbidité à long terme.

Au Mali, des progrès importants ont été enregistrés entre EDS IV et V.

Le taux de mortalité maternelle a passé 464 à 368 pour 100000 naissances vivantes, et le taux de mortalité infanto-juvénile de 191 à 95 décès sur 1000 naissances vivantes [12,13]. Malheureusement dans ce document de référence nationale, contrairement aux décès maternels, néonataux, infanto-juvéniles, aucune mention n'est faite aux mort-nés.

Dans la région de Ségou et dans le district sanitaire de Markala, la même tendance est observée. A titre d'exemple le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 262 à 116 décès pour 1000 naissances vivantes dans la région [14].

Selon les études de la série Lancet [15], les auteurs de cette série ont fait remarquer que les mesures permettant de réduire la mortalité sont souvent les mêmes que celles qui permettent de réduire la mortalité chez les mères et les enfants à savoir:

- les soins obstétricaux d'urgence complets ;
- le dépistage et le traitement de la syphilis ;
- la détection et le suivi des retards de croissance fœtale ;
- la détection et le traitement de l'hypertension pendant la grossesse ;
- l'identification et le déclenchement au-delà de 41 semaines de gestation ;
- la prévention du paludisme ;
- la supplémentation en acide folique avant la conception ;
- la détection et la gestion du diabète pendant la grossesse.

En plus, le renforcement des services de planification familiale sauverait également des vies en réduisant le nombre de grossesses non désirées, en particulier parmi les femmes à haut risque [15].

Le Mali et ses partenaires techniques et financiers ont fourni des efforts importants ces dernières années, par rapport aux deux interventions majeures qui prennent en compte celles suscitées. Il s'agit de la consultation prénatale recentrée et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). En outre, d'autres interventions non moins importantes sont en cours dans le pays. Il s'agit entre autres, de la médicalisation des centres de santé communautaire, la formation du personnel en PNP/SR en SENN et en GATPA, la gratuité de la césarienne, la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) et l'organisation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales dont il est question dans cette évaluation. Toutes ces interventions sont en cours dans la région de Ségou et dans le district sanitaire de Markala.

Malgré toutes ces interventions les décès maternels, néonataux et la mortinaissance surtout les mort-nés frais restent d'actualité dans le district sanitaire de Markala. Nous nous sommes donc posés des questions suivantes :

- Quel était le niveau de performance du système de référence / évacuation du district sanitaire de Markala en 2017 ? ;
- Ce système de référence/ évacuation couvre-t-il les besoins socio-sanitaires actuels des communautés du district sanitaire de Markala ?

Premièrement, le souci de répondre à ces questions posées nous a conduit à faire cette évaluation afin de connaître le niveau de performance et les dysfonctionnements du système et d’y proposer des solutions correctrices ;

Deuxièmement, le district sanitaire de Markala à l’instar des autres de la région couverte par le PRSSD a élaboré une vision qualité qui s’énonce comme suit : « *Offrir des soins et des services de qualité de façon efficace à toutes et à tous* ». La présente évaluation s’inscrit dans la matérialisation de cette vision de la qualité pour améliorer les indicateurs sanitaires du district surtout ceux de la santé maternelle et infantile.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Evaluer la performance du système de référence/ évacuation du district sanitaire de Markala du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2017 soit une année.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire le fonctionnement et le mécanisme de participation communautaire au financement et à la gestion du système de référence évacuation du district sanitaire de Markala ;
- Apprécier la disponibilité des ressources nécessaires au fonctionnement du système de référence/ évacuation du district sanitaire de Markala ;

- Apprécier l'efficacité du mécanisme de financement et le niveau de contribution des différents acteurs à la caisse de solidarité dans le cadre de la référence/évacuation du district sanitaire de Markala ;
- Apprécier le mécanisme de coordination et de suivi de la caisse de solidarité mise en place dans le cadre la référence/évacuation du district sanitaire de Markala ;
- Apprécier l'impact de la référence/évacuation sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans le district sanitaire de Markala.



GENERALITES

II. GENERALITES

2.1- Définition des concepts

- ❖ **Evaluation** : c'est une procédure qui vise à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes pour que des différents acteurs concernés qui peuvent avoir des champs de jugement différents soient en mesure de prendre position et de construire un jugement pouvant se traduire en actions.
- ❖ **Système de référence** : c'est l'ensemble des ressources organisées et mis en place pour assurer une prise en charge rapide et adéquate des urgences obstétricales en agissant efficacement sur les trois retards (communauté ; distance/cout/état des routes et organisation des services).
- ❖ **Référence SAGO** : concerne 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.

Par définition une femme non suivie en CPN ne peut être référée, elle est évacuée

- ❖ **Référence justifiée** : la référence est dite justifiée si le centre de santé qui réfère ne dispose pas de plateau technique adéquat pour prendre en charge un problème obstétrical.
- ❖ **Référence opportune** : une référence est opportune si elle est réalisée à temps c'est-à-dire dans un délai de moins de 4 heures pour les urgences obstétricales.
- ❖ **Référence adéquate** : une référence est adéquate lorsque les modalités de la référence ont été correctes : prise en charge correct, information donnée aux patients et lieu de référence correcte.

- ❖ **Contre référence** : c'est le processus mis en place pour assurer la retro information d'un centre de santé ayant reçu un malade pour des soins plus spécifiques vers le centre de santé ayant adressé le malade.
- ❖ **Fiche de retro information** : elle doit évoquer la genèse du transfert, le diagnostic retenu, les soins reçus, la suite du traitement et les recommandations par rapport aux insuffisances relevées lors de la prise en charge au niveau de la structure périphérique.
- ❖ **Evacuation obstétricale** : C'est le transfert d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation. L'évacuation concerne une parturiente ou une gestante évacuée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation selon la SAGO (Dakar 1998).

Le processus d'évacuation passe par les étapes suivantes :

- La préparation de l'urgence par le centre qui réfère (utilisation de la fiche de référence, information de la patiente et ses parents, abord veineux) ;
 - L'acheminement de la patiente (véhicule médicalisé, accompagné d'un agent et soins médicaux en cours de transport) ;
 - La réception de la patiente à la maternité de référence.
- ❖ **Urgences obstétricales** : ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestres de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42ème jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme et ou du fœtus.

Les principales urgences obstétricales selon les normes internationales sont :

- ❖ **Hémorragies** : selon l’OMS, les hémorragies sont des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml. Mais des pertes moindres peuvent être dangereuses chez une femme enceinte.
- ❖ **Avortement** : c’est une interruption de grossesse avant le terme théorique de 180 jours soit 28 semaines d’aménorrhée. Ce sont les complications d’avortements provoqués qui sont le plus souvent fâcheuses.
- ❖ **Prééclampsie/éclampsie** :
 - ✧ **Prééclampsie** : c’est la survenue d’une hypertension artérielle avec protéinurie et/ou œdème des membres inférieurs entre la 20ème semaine d’aménorrhée et le 42ème jour des suites de couches chez une femme enceinte sans antécédents d’HTA.
 - ✧ **Eclampsie** : c’est un syndrome vasculo-rénal caractérisé par un état convulsif survenant par accès à répétition suivi d’un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail d’accouchement ou plus rarement les suites de couches.
 - ✧ **Travail dystocique/prolongé** : c’est une anomalie de l’accouchement dû aux présentations irrégulières, aux rétrécissements pelviens, la dystocie dynamique (anomalie de la contraction utérine, anomalie de la dilatation cervicale) [15].
 - ✧ **Les maladies intercurrentes** : sont entre autres : l’anémie, le paludisme et la drépanocytose.
- ❖ **Soins obstétricaux et néonataux d’urgence (SONU)** : ils constituent les soins obstétricaux essentiels destinés à prendre en charge les complications inattendues et urgentes liées à la grossesse.

Les soins obstétricaux et néonataux d’urgence (SONU) sont classés en deux catégories :

les soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) et les soins obstétricaux et néonataux complets (SONUC).

Seul le CSRef est une structure SONUC tandis que certains Cscm sont des structures SONUB.

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

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

2.2- Revue documentaire

➤ **GOITA B [16]**. Evaluation de la référence / évacuation du district sanitaire de Macina.

Dans son étude, la tranche d'âge de 14-24 ans a représenté 47%, avec des âges extrêmes de 14 ans et 45 ans. L'âge moyen était de 26 ans. Le taux de césarienne était 49,45% chez les nullipares, suivi respectivement par les multipares et les grandes multipares avec 48,48% et 46,15%. Les parturientes à 78% ont été transportées des CSCom au CSRéf par ambulance.

Les ASACO à 54% n'étaient pas à jour dans le paiement du quote part de la caisse de solidarité. Les mairies à 79% n'étaient pas à jour dans le paiement de la quote part de la caisse de solidarité.

↳ **DIALLO M L [17]**. Evaluation du système de référence/évacuation du cercle de Baroueli.

La tranche d'âge de 25-34 ans a représenté 36,78%. L'âge moyen était de 24 ans, avec pour des extrêmes de 14 et 48 ans. A l'issue de la référence/évacuation, les enfants vivants ont représenté 77,66%. Les morts nés frais et macères ont représenté une proportion non négligeable soient 10,93%. Les complications postopératoires ont été observées dans 7,92% des cas. Les parturientes évacuées du CSCCom-CSRéf par l'ambulance ont représenté 597 cas sur un effectif de 620, soit une fréquence de 96,29%. 99,20% des parturientes étaient évacuées par l'ambulance gratuitement. 45,97% des femmes de l'étude ont été évacuées au CSRéf en moins d'une heure.

↳ **THIAM O [18]**. La problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : exemple du centre hospitalier de Ndioum.

Dans leur étude, l'âge moyen des patientes était de 26,6 ans avec des extrêmes de 15 et 47 ans. La tranche d'âge de 20-24 ans était la plus représentée. Plus d'une patiente sur 5 (22%) était une adolescente. Les patientes âgées de plus de 35 ans représentaient 21,8% des cas. L'évacuation était assurée par une ambulance chez 283 patientes soit 69%. Cent dix-huit patientes étaient venues par leur propre moyen soit 28,9% et 6 patientes étaient reçues à l'issue d'un transport en commun soit 1,4%. La mère était vivante et bien portante dans 401 cas, soit 98% des cas. Parmi les patientes vivantes, 14 cas présentaient une morbidité. Cependant, il a enregistré 8 cas de décès soit 2% des cas.

↳ **MAIGA A [19]**. Evaluation de la référence contre référence de l'hôpital de zone Klouekanme -Toviklin- Lalo.

Dans son étude, 85% des femmes référées sont venues à bords d'autres moyens à l'hôpital (Véhicule et taxi moto).

Sur les 6 femmes enquêtées à l'hôpital, une seule femme a utilisé l'ambulance lors de sa référence et les 5 autres sont venues à Moto. 37,4% des femmes reçues

pour urgences obstétricales ont subi une césarienne et 31,1% ont accouché par voie basse.

La proportion des mort-nés était de 21,4% chez les femmes reçues pour une urgence obstétricale à l'hôpital de zone.

Au niveau des villages, il n'existe aucune organisation en place pour assurer le transport des femmes en cas de difficultés d'accouchement vers les centres de santé.

↳ **MAGUIRAGA F [20]**. Evaluer la performance du système de référence et de contre référence des urgences obstétricales de la zone sanitaire de DAA en 2008. Compte tenu de nos critères d'évaluation, le système de référence et contre référence des urgences obstétricales de la zone sanitaire de DAA avait un score de 110 sur 186 soit 59,1%, ce qui correspond à un niveau pas performant. Les CS avaient du personnel qualifié conforme aux normes pour assurer la garde. 55% du personnel des formations sanitaires périphériques sont des aides-soignants donc du personnel non qualifié.

↳ **THERA T [21]**, Problématique du système de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako.

Au cours de son étude, 50,60% des patientes étaient évacués par ambulance contre 48,90% par taxi. Les patientes étaient accompagnées par un agent de santé dans l'ambulance dans 15,40 % et 84,60% des patientes n'étaient pas accompagnées. 86,70% des patientes avaient un abord veineux au moment de la référence. Seul le CSRéf avait payé régulièrement sa quotepart au moment de l'étude.



CADRE D'ETUDE

III. CADRE D'ETUDE

3.1. Aperçu historique

3.1.1. Historique de la ville de Markala

La création de Diamarabougou actuel chef-lieu de la commune, et de celle du village de Kirango, remontent au royaume Bambara de Ségou. Selon les informations, quand le roi N'golo Diarra, l'ancien « Fama » accéda au trône, il fit installer chacun de ces fils dans les contrées les plus prospères de l'époque. Alors son fils M'pè Diarra fut placé à Kirango. Il sera appelé « Kirango M'pè ».

Un chasseur du nom de Diamourou Bouaré qui aurait fait escale pour se reposer avant de continuer son chemin serait le fondateur de Diamarabougou.

Au cours de la période suivante, des études préliminaires d'aménagement du delta du fleuve Niger eurent lieu. Ces études envisageaient la construction d'un ouvrage de dérivation à la hauteur du village de Sansanding.

Ensuite des études plus détaillées de 1932 prouvèrent que ce site était inapproprié et en 1934, les travaux du barrage commencèrent à Markala qui semblait être le site approprié.

L'administration coloniale créa ainsi une cité administrative, des infrastructures socio – sanitaires, éducatives et culturelles. C'est ainsi que la cité ouvrière fut ainsi née.

3.1.2. Historique du District sanitaire de Markala

Le constat de l'immensité du cercle du Ségou qui comptait environ 40 aires de santé a poussé les autorités sanitaires à faire une analyse en faveur de la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale. Les résultats ont prouvé qu'il serait difficile de faire une couverture efficace des CSCom par le système de référence et évacuation. Suite à cette analyse et dans le but de réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale, les autorités sanitaires de la région ont pris la décision de diviser le district sanitaire du cercle de Ségou en zone sanitaires « A » et « B ».

C'est de cette division qu'est née le zone sanitaire « B » de Markala appelée actuellement District Sanitaire de Markala qui compte actuellement 18 CSCom tous fonctionnels.

3.2. Informations générales sur le district :

Le district Sanitaire de Markala couvre une superficie de 7 686 km². Il est situé à 35 km de la ville de Ségou sur l'axe Ségou – Niono. Il est limité :

- Au Nord par le district de Niono ;
- Au Sud et à l'Ouest par le district de Ségou ;
- À l'Est par le district de Macina.

Le climat est caractérisé par une saison sèche accompagnée de l'harmattan et une saison de pluie avec des hauteurs d'eau qui varient entre 500 et 800 mm en moyenne par an.

Les aménagements agricoles ont favorisé la constitution des marécages aux bords des cultures inondées.

Sa population est de 323 648 habitants (en 2017) avec une densité de 42 hbts/km².

Cette population est composée en grande partie de Bambara, Bozo, Peulh, Dogon, Sarakolé, Miyanka et senoufo.

L'économie du district repose en grande partie sur les produits agro pastoraux et la pêche. Les aménagements agricoles sont la principale base économique sur laquelle repose la production agricole dans la zone de l'office du Niger.

Les produits locaux commercialisés sont surtout le riz, le mil, les ovins, les caprins, les bovins et les produits de la pêche.

A ceux-ci, il faut ajouter la présence de quelques commerçants illégalement repartis qui assurent la disponibilité des denrées de première nécessité dans le district.

Il existe trois grandes foires qui favorisent les échanges commerciaux entre les différentes localités du district.

Le district compte 10 communes toutes rurales réparties entre 4 arrondissements. Tous les principaux partis politiques y sont représentés.

3.3. Présentation du district sanitaire de Markala :

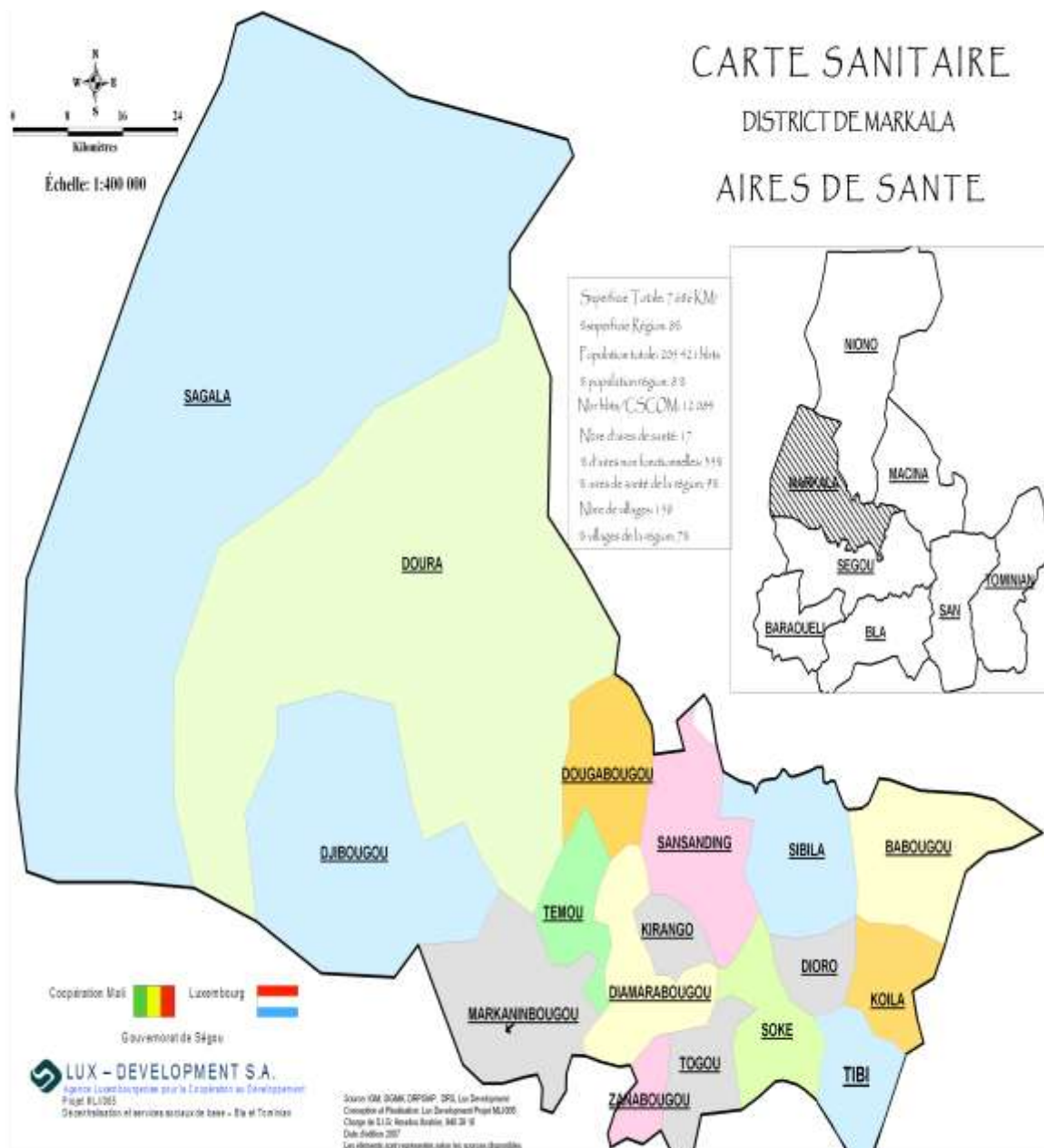


Figure 1 : Carte sanitaire du district de Markala

Le district a été créé en 2004 et son premier plan opérationnel a été mis en œuvre en 2005.

Il existe 18 aires de santé toutes tenues chacune par un personnel qualifié. Le PMA est réalisé dans toutes les 18 aires de santé. Parmi elles, 18 ont des Centres de Santé Communautaires (CSCoM) construits en matériaux durables et un seul est en banco (Zanabougou). Sur l'ensemble des 18 CSCoM, 50% soit 9 sont tenus par des médecins et trois (3) par un technicien supérieur de santé. Ces CSCoM sont renforcés par 150 agents de santé communautaires (ASC) répartis entre 150 sites ASC à travers tout le district sanitaire.

Débutée en fin 2006, la mise en œuvre de **la Référence/Evacuation a été effective le 22 Février 2007.**

Le district est à son deuxième PDSC avec une prévision de 19 CSCoM.

Tableau II : Liste des centres de santé du district de Markala en 2017

Aires de santé	Distance CSCoM CSRéf en Km	Population en 2017	Fonctionnelle
Babougou	42	13535	X
Diamarabougou	2	43103	X
Dioro	31	34720	X
Djibougou	45	5162	X
Dougabougou	22	31921	X
Doura	45	17060	X
Kirango	1	18741	X
Koila	47	12948	X
Komola-Zanfina	25	7609	X
Markanibougou	35	13992	X
Sagala	198	8000	X
Sansanding	15	20861	X
Sibila	35	23336	X
Soké	26	18039	X
Témou	20	8077	X
Tiby	46	11700	X
Togou	20	13153	X
Zanabougou	19	6112	X
Total	674	308069	X

La carte sanitaire du district de Markala se compose de 18 aires de santé fonctionnelles en 2017 pour une population estimée à 308069 habitants.

Les distances entre les CSCom et le CSRéf varient de 1 à 198 km avec une moyenne de 38 km. Toutes les aires de santé dont la population est supérieure à 10000 habitants se trouvent dans un rayon de 45 km du centre de santé de référence. La population totale de ces aires de santé représente environ 89% de la population totale du district sanitaire.

La prise en compte de ces paramètres dans le calcul des coûts doit contribuer à baisser la quotepart à payer des différents contributeurs à la caisse de solidarité.

Tableau III : Personnel du district sanitaire de Markala

Structures	Médecin	Assistants	Techn sup	Techn Hygiène	Sage Femme	Tecn labo	Techn Santé	IO	Aide Soigné	Matrone	Gérant
CSRéf	9	3	3	2	5	2	6	3	7	2	3
Babougou	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Diamarabougou	1	0	0	0	0	0	3	1	1	1	1
Dioro	1	0	1	0	1	1	1	1	2	2	2
Djibougou	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Dougabougou	1	0	0	0	2	0	1	1	3	2	1
Doura	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	1
Kirango	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
Koïla	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Komola – Zanfina	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
Markanibougou	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
Sagala	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
Sansanding	1	0	0	0	1	0	1	0	2	2	1
Sibila	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Soké	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1
Témou	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
Tiby	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Togou	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Zanabougou	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
TOTAL	17	3	8	2	10	7	18	12	27	24	22

Sur 18 CS Com fonctionnels tous tenus par un personnel qualifié, 9 sont tenus par des médecins soit 50% de couverture pour l'ensemble du district.

3.4. Présentation du CSRef de Markala

3.4.1. Aperçu général

a) Historique de la hiérarchie

Créé avant même l'accession de notre pays a la souveraineté nationale, l'hôpital secondaire de Markala dans le cercle de Segou, a eu des prestations de qualité avec des chinois qui sont arrivés en 1968.

Les médecins chefs suivants s'y se sont succédés :

- Dr Amadou Konaté (1972- 1979)
- Dr Bakary Coulibaly (1979-1982)
- Dr Mamadou A Kané (1982-1990)
- Dr Niara Bengaly (1990- 1997)
- Dr Siriman Fainké (1999-2010)
- Dr Boubacar O Touré (2010-2016)
- Dr Dramane Fomba (de 2016 à nos jours)

b) Infrastructures et logistiques :

❖ Le CSRéf regroupe :

✓ Un service de gestion administrative qui comprend :

- Un bureau des entrées ;
- Une direction ;
- Un service social.

✓ Des services techniques constitués par :

- un service de chirurgie générale ;
- **un service de Gynécologie-Obstétrique ;**
- un service de médecine ;
- un service de pédiatrie ;

- un service d'ophtalmologie ;
- une unité d'anesthésie/ réanimation avec deux bloc opératoire ;
- une unité d'oto-rhino-laryngologie ;
- un laboratoire d'analyse médicale fonctionnel 24h/24 ;
- un dépôt de médicaments essentiels en DCI fonctionnel 24h/24 ;
- une unité d'imagerie (radiologie et échographie) ;
- une unité d'acupuncture et une morgue ;
- une unité de PEV

✓ Des ressources logistiques :

Le district dispose de :

- Deux véhicules de supervision (tous à l'état passable) ;
- Deux ambulances dont une médicalisée assurent le transport des femmes évacuées des structures périphériques ;
- Un système de communication assuré par les téléphones portables ;
- Et une unité informatique assure la collecte des données dans le cadre du système local d'information sanitaire.

c) Personnel :

Tableau IV : Personnel du CS Réf

QUALIFICATIONS	NOMBRES
MEDECINS	9
ASSISTANTS MEDICAUX	3
TECHNICIEN SUPERIEURS	3
TECHNICIEN D'HYGIENE	2
SAGE-FEMME	4
TECHNICIENS DE LABO	2
TECHNICIENS DE SANTE	6
INFIRMIERES OBSTETRICIENNES	3
AIDE-SOIGNANT	7
MATRONES	2
GERANTS	3
CHAUFFEURS	2

3.4.2 Description du service de gynécologie obstétrique

a) Création

La création du service de Gynécologie-Obstétrique existe depuis l'hôpital secondaire.

b) situation géographique

Le service de gynécologie se trouve dans au Nord-Est du CSRef. Il limité au Nord par l'unité d'anesthésie-réanimation à l'Ouest par le service de l'urologie et au sud par le parking des ambulances.

c) infrastructures :

Le service est composé d'un bâtiment principal et d'une annexe à savoir :

- ❖ Le bâtiment principal : il comprend :
 - ✓ Une salle d'accouchement avec deux box ;
 - ✓ Deux salles d'hospitalisation équipées respectivement chacune de 3 et 6 lits ;
 - ✓ Une salle d'observation avec trois lits ;
 - ✓ Le bureau du médecin responsable de la maternité ;
 - ✓ Une salle de garde ;
 - ✓ Une salle de pansement ;
 - ✓ Une salle des stagiaires ;
 - ✓ Trois toilettes.
- ❖ L'annexe : elle comprend :
 - ✓ Une salle de consultation externe ;
 - ✓ Une salle de consultation prénatale ;
 - ✓ Une salle de planification familiale ;
 - ✓ Une salle d'hospitalisation constituée de 12 lits ;
 - ✓ Trois salles VIP ;
 - ✓ Une salle des internes ;
 - ✓ La salle d'échographie ;

✓ Trois toilettes.

d) Personnel : il comprend :

- un gynécologue-obstétricien, chef de service ;
- deux médecins généralistes ;
- sept (7) sages-femmes ;
- trois (3) infirmières obstétriciennes ;
- une matrone ;
- et un étudiant faisant fonction d'interne

e) Fonctionnement :

Le service fonctionne comme suit :

- Les programmes opératoires sont effectués les Mardis et les Jeudis ;
- Le staff est quotidien et a lieu tous les jours ouvrables à partir de 08 H 30 min réunissant les internes et le personnel du service et dirigé par un médecin ;
Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés durant la garde ;
- La visite aux malades hospitalisées est quotidienne et elle est effectuée par les médecins, les étudiants, les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes ;
- La sage-femme maitresse supervise les soins et s'occupe des statistiques.

Elle s'occupe également des registres d'entrée et de sortie.

- La consultation externe est quotidienne et elle est effectuée par le gynécologue-obstétricien et les médecin généralistes ;
- La permanence est assurée tous les jours par une équipe de garde composée de : un médecin, une sage-femme, un étudiant faisant fonction d'interne et une infirmière obstétricienne ;
- Les consultations prénatales se font du Lundi au Jeudi (4 jours) ;

- Les séances de planning familial se tiennent tous les jours ouvrables ;
- Les activités de sante publique sont menées de façon circonstancielle.
- La consultation post natale se fait tous les jours ouvrables par l'équipe de garde ou par le médecin en cas de nécessité.
- Le programme élargi de vaccination est effectif dans tout le district sanitaire de Markala à travers la présence d'agent dans tous les CS Com

Le programme de vaccination est coordonné par l'unité PEV du CS Réf



METHODOLOGIE

IV. METHODE

4.1. Population d'étude

4.1.1. Cibles primaires

Les cibles primaires ont été :

- Les parturientes évacuées au centre de santé de référence de Markala ;
- Les directeurs techniques des centres de santé communautaire enquêtés ;
- L'équipe cadre du district sanitaire de Markala.

4.1.2. Cibles secondaires

Les cibles secondaires ont été :

- Les maires des communes des CSCCom enquêtés ;
- Le responsable du comité de gestion de la caisse de solidarité au niveau district ;
- Les présidents des ASACO des CSCCom enquêtés ;
- Les maris ou les accompagnants(es) des femmes évacuées ;
- Les groupements ou associations de femmes des CSCCom enquêtés.

4.2. Echantillonnage

4.2.1. Méthode d'échantillonnage :

Nous avons combiné deux méthodes : la probabiliste et non la probabiliste.

4.2.2. Techniques d'échantillonnage :

a) Technique du tirage aléatoire :

Nous avons utilisé pour la méthode probabiliste la technique du tirage aléatoire simple sans remise pour le choix des CSCCom à enquêter, dix (10) centres de santé communautaire sur dix-huit soit environ 56% des centres.

Nous avons utilisé pour la méthode non probabiliste : deux (2) techniques, le choix raisonné et la technique par commodité.

b) Choix raisonné

Le choix raisonné : il a été utilisé pour s'entretenir avec les maires, les présidents des ASACO, les directeurs techniques des centres de santé, les maris ou les accompagnants (es) des femmes évacuées, le président de la caisse de solidarité et l'équipe cadre du district

c) Technique par commodité

La technique par commodité : il a été utilisée pour recenser les dossiers des femmes évacuées qui sont arrivées au CSRéf de Markala.

Nous avons pris les dossiers des 300 premières femmes enregistrées dans le registre SONU. La même technique par commodité a permis de choisir les femmes ayant bénéficiées des services du système référence évacuation en 2017 et qui se trouvaient au chef-lieu du CSCom ou à défaut, celles qui étaient plus proches. Les mêmes critères ont été appliqués pour les choix des groupements ou associations de femme. Les directeurs techniques des centres (DTC) ont été mis à contribution pour informer les cibles qui se trouvaient dans leur aire de santé avant notre arrivée.

4.2.3. Taille de l'échantillon**Tableau V** : récapitulatif des cibles de l'étude

Cibles	Nombre
Cibles primaires	
Les patientes référées/ évacuées	300
Les directeurs techniques des centres de santé enquêtés	10
L'équipe cadre du district sanitaire de Markala	9
Total	319
Cibles secondaires	
Les maires des communes des CSCom enquêtés	5
Président du comité de gestion de la caisse de solidarité	1
Les présidents des ASACO des CSCom enquêtés	8
Les maris ou les accompagnants (es) des femmes référées évacuées ;	16
Les patientes bénéficiaires du système en 2017	16
Les groupements ou associations de femmes des CSCom enquêtés.	8
Total	54

Au total, 319 personnes pour la cible primaire et 54 personnes pour la cible secondaire ont été touchées pour l'évaluation.

4.3- Critères d'inclusion et de non inclusion

4.3.1- Critères d'inclusion

Ont été incluses toutes les femmes enceintes référées ou évacuées admises au CSRéf de Markala en 2017 pour des raisons obstétricales.

4.3.2 - Critères de non inclusion

N'ont été incluses dans l'étude, les femmes enceintes qui n'ont pas été référées ou évacuées et les femmes enceintes qui ne souffraient d'aucune pathologie obstétricale.

4.4. Opérationnalisation des variables :

Tableau VI : aspects opérationnels des variables avec les modalités et les scores maximum

Variables	Modalités		Score maximum
	Paramètres	Cotation	
Personnel qualifié	Existence d'un (e) gynécologue obstétricien (e)	2	12
	Pas de gynécologue obstétricien (e)	0	
	Existence d'au moins 2 médecins à compétence chirurgie	2	
	Moins de 2 médecins à compétence chirurgie	0	
	Existence de 3 sages-femmes	2	
	Moins de 3 sages-femmes	0	
	Existence de 4 Infirmières Obstétriciennes	2	
	Moins de 4 Infirmières Obstétriciennes	0	
	Existence de 2 infirmiers (es) anesthésiste	2	
	Moins de 2 infirmiers (es) anesthésiste	0	
	Existence de 2 techniciens (es) sup labo	2	
	Moins de 2 techniciens (es) sup labo	0	
Formation du personnel du CS Réf	80% et plus du personnel qualifié formé en SONU	2	8
	Moins de 80% du personnel qualifié formé en SONU	0	
	80% et plus du personnel qualifié formé en SEEN	2	
	Moins de 80% du personnel qualifié formé en SEEN	0	
	80% et plus du personnel qualifié formé en PNP/SR	2	
	80% et plus du personnel qualifié formé en PNP/SR	0	
	Moins de 80% du personnel qualifié formé en PNP/SR	2	
	Deux cadres et plus formés en échographie obstétricale	0	
Moins de deux cadres formés en échographie obstétricale	0		

Existence personnel de soutien	Existence de 2 chauffeurs d'ambulance	2	
	Moins de 2 chauffeurs d'ambulance	0	
	Existence de 2 techniciens (es) de surface	2	6
	Moins de 2 techniciens (es) de surface	0	
	Existence de 2 brancardiers (ères)	2	
	Moins de 2 brancardiers(ères)	0	
Qualité de l'infrastructure	Existence d'au moins 2 blocs opératoires fonctionnels	2	
	Existence d'un seul bloc opératoire fonctionnel	0	
	Existence d'un seul bloc opératoire fonctionnel	2	
	Existence d'un boc spécifique pour les cas obstétricaux	0	
	Pas de bloc spécifique pour les cas obstétricaux	2	
	Existence d'un bureau climatisé pour les responsables de la maternité	0	
	Pas de bureau climatisés pour tous les responsables de la maternité	2	
	Existence d'une salle de garde pour les SF à la maternité	0	
	Pas de salle de garde pour les SF à la maternité	2	
	Existence d'une salle de garde pour les chauffeurs à la maternité	2	18
	Pas de salle de garde pour les chauffeurs à la maternité	0	
	Existence d'une ristourne pour la garde	2	
	Pas de ristourne pour la garde	0	
	Existence d'une salle de réveille avec oxygène	2	
	Pas de salle de réveille avec oxygène	0	
	Locaux propres à la maternité	2	
	Locaux peu propre	0	
	Existence d'un incinérateur fonctionnel	2	
Pas d'incinérateur fonctionnel	0		
Disponibilité du Matériel/ Equipement	Existence d'au moins 2 boîtes de césarienne	2	
	Moins de 2 boîtes de césarienne	0	
	Existence d'au moins 2 boîtes de laparotomie	2	
	Moins de 2 boîtes de laparotomie	0	
	Existence de 3 boîte d'accouchement	2	
	Moins de 3 boîtes d'accouchement	0	
	Existence 2 appareils d'aspiration manuelle intra-utérine	2	
	Moins de 2 appareils d'aspiration manuelle intra-utérine	0	
	Existence d'au moins 2 paires de forceps en bon état	2	
	Moins de 2 forceps en bon état	0	
	Existence d'au moins 2 ventouses en bon état	2	22
	Moins de 2 ventouses en bon état	0	
	Existence d'au moins 2 tables opératoires en bon état	2	
	Moins de 2 tables opératoires en bon état en bon état	0	
	Existence de matériel de réanimation du nouveau-né	2	
	Pas de matériel de réanimation du nouveau-né	0	
	Existence au moins d'une table chauffante	2	
	Pas de table chauffante	0	
	Existence d'un appareil échographique	2	
	Pas d'appareil échographique	0	
50% et plus des DTC sont médecins	2		

Qualité du personnel au CS Com	Moins de 50% des DTC sont médecin	2	
	50% et plus des CSC om disposent d'au moins une SF ou IO	0	
	Moins de 50% des CS Com disposent d'au moins une SF ou IO	2	
	80% et du personnel qualifié formé en SONU	0	8
	Moins de 80% du personnel qualifié formé en SONU	2	
	80% et plus des CS Com disposent d'au moins 2 agents qualifié	0	
	Moins de 80% des CS Com disposent d'au moins 2 agents qualifié	2	
Fonctionnalité d'un système de communication	Existence de Rac fonctionnels dans tous les CS Com	2	
	Pas de Rac fonctionnels dans tous les CS Com	0	
	Existence de Rac fonctionnels à la maternité	2	
	Pas de Rac fonctionnels à la maternité	0	
	Existence d'un téléphone fixe à la maternité	2	
	Pas de téléphone fixe à la maternité	0	10
	Disponibilité d'un réseau téléphonique dans toutes les aires de santé	2	
	Pas de réseau téléphonique dans toutes les aires de santé	0	
	Tous les DTC sont dotés d'un forfait mensuel pour l'achat de crédit par l'ASACO	2	
	Pas de forfait mensuel pour l'achat de crédit	0	
Satisfaction des bénéficiaires	80% des mères évacuées sont satisfaites de la qualité des services	2	
	Moins de 80% des mères évacuées sont satisfaites de la qualité des services	0	4
	80% des maris/accompagnants (es) des évacuées sont satisfaits de la qualité des services	2	
	Moins de 80% des maris/ accompagnants (es) des césariées sont satisfaits de la qualité des services	0	
Transport des parturientes	Existence de 2 ambulances tout terrain	2	
	Moins de 2 ambulances tout terrain	0	
	95% et plus des femmes évacuées par ambulance	2	
	Moins de 95% des femmes évacuées par ambulance	0	
	50% et plus des évacuations faites dans un délai de moins 2 heures	2	
	Moins de 50% des évacuations faites dans un délai de moins 2 heures	0	12
	100% des agents à bord sont qualifiés	2	
	Moins de 100% des agents à bord sont qualifiés	0	
Disponibilité des Consommables	Durée moyenne de transport inférieure à 2 heures	2	
	Durée moyenne de transport supérieure à 2 heures	0	
	Pas de rupture de Kit de césarienne simple	2	
	Rupture de kit césarienne simple	0	
	Pas de rupture de Kit de césarienne compliquée	2	
	Rupture de Kit de césarienne compliquée	0	
	Disponibilité permanente de l'oxygène	2	
	Rupture d'oxygène	0	10
	Existence permanente de sang	2	
	Rupture de sang	0	
Existence d'associations de donateurs bénévoles de sang	2		
Pas d'associations de donateurs bénévoles de sang	0		

Qualité de la Prise en charge	90% et plus des parturientes PEC dans un délai de moins de 5 mn	2	
	Moins de 90% des parturientes PEC dans un délai de moins de 5 mn	0	
	100% des parturientes prises en charge par un personnel qualifié	2	
	Moins de 100% des parturientes prise charge par un personnel non qualifié	0	
	80% et plus des césariennes simples réalisées à moins de 45 mn	2	
	Moins de 80% des césariennes simples réalisées à moins de 45 mn	0	10
	50% et plus des césariennes compliquées réalisées à moins d'une heure	2	
	Moins de 50% des césariennes compliquées réalisées à moins d'une heure	0	
	50% et plus des cas d'éclampsie PEC sauvés	2	
	Moins de 50% des cas d'éclampsie PEC sauvés	0	
Etat de la mère	Moins de 1% de césarisées décédées	2	
	1% et plus de césarisées décédées	0	
	Moins de 10% de césarisées avec une complication	2	
	10% et plus de césarisées avec une complication	0	8
	Moins de 10% des césarisées simples transfusées	2	
	10% et plus des césarisées transfusées	0	
	Moins de 5% des césarisées avec séquelles	2	
	5% et plus des césarisées avec séquelles	0	
Etat de l'enfant	Plus de 95% des nouveaux nés (NN) vivants	2	
	5% et plus mort-nés	0	
	Moins de 10% des nouveau-nés réanimés	2	
	10% et plus des nouveau-nés réanimés	0	8
	99% des fœtus avec BCF nés vivants	2	
	Plus de 1% des fœtus avec BCF mort-nés	0	
	Moins de 50% des mort-nés frais	2	
	50% et plus des mort-nés frais	0	
Paiement des quotes parts	80% et plus des quotes parts des mairies payées	2	
	Moins de 80% des quotes parts des mairies payées	0	
	80% et plus des quotes parts des ASACO payées	2	6
	Moins de 80% des quotes parts des ASACO payées	0	
	80% et plus des quotes parts du Conseil cercle payées	2	
	Moins de 80% des quotes parts du Conseil cercle payées	0	
Fonctionnalité du comité de gestion	80% des réunions du comité de gestion tenues	2	
	Moins de 80% des réunions du comité de gestion tenues	0	
	80% des réunions du comité de gestion tenues avec PV	2	
	Moins de 80% des réunions du comité de gestion tenues avec PV	0	
	50% et plus des recommandations des réunions du comité exécutées	2	
	Moins de 50% des recommandations des réunions du comité exécutées	0	12
	Tenue au moins d'une réunion extraordinaire du comité tenue	2	
	Aucune réunion extraordinaire du comité tenue	0	
	Disponibilité du document du cadre conceptuel	2	
	Cadre conceptuel non disponible	0	
	Cadre conceptuel révisé moins de 5 ans	2	

	Cadre conceptuel révisé plus de 5 ans	0	
Effectivité de l'audit des décès maternels	Existence d'un comité d'audit formel (notes de service)	2	
	Pas de comité d'audit formel	0	
	100% des décès maternels audités en 2017	2	
	Tous les décès non audités	0	
	Disponibilité de rapports de tous les audits	2	10
	Tous les rapports non disponibles	0	
	Tous les rapports envoyés à la DRS	2	
	Tous les rapports non envoyés à la DRS	0	
	50% et plus des recommandations de l'audit mises en œuvre	2	
	Moins de 50% des recommandations de l'audit mises en œuvre	0	
Tenue des réunions de staff	Tenue régulière des réunions hebdomadaires de staff	2	
	Pas de tenue des réunions hebdomadaires de staff	0	
	Staff tenu sur des dossiers obstétricaux	2	
	Staff tenu sans dossiers obstétricaux	0	
	L'équipe qui a gardé participe au staff	2	
	L'équipe qui a gardé ne participe pas staff	0	
	Les divers concernant le personnel de la maternité sont traités au staff	2	
	Pas de divers au cours du staff	0	
Tenure des supports	Disponibilité du registre SONU	2	
	Registre SONU non disponible	0	
	Registre SONU bien archivé	2	
	Registre SONU mal archivé	0	
	Registre SONU correctement rempli	2	
	Registre SONU pas correctement rempli	0	
	Disponibilité du registre bloc	2	
	Registre bloc non disponible	0	
	Registre bloc bien archivé	2	
	Registre bloc mal archivé	0	18
	Registre bloc correctement rempli	2	
	Registre bloc pas correctement rempli	0	
	Disponibilité des dossiers obstétricaux	2	
	Dossiers obstétricaux non disponibles	0	
	Dossiers obstétricaux bien arrangés mensuellement	2	
	Dossiers obstétricaux pas arrangés mensuellement	0	
	Dossiers obstétricaux correctement remplis	2	
	Dossiers obstétricaux pas correctement remplis	0	
Organisation du service	Disponibilité d'un organigramme à la maternité	2	
	Pas d'organigramme à la maternité	0	
	Disponibilité des fiches de description des tâches par écrit	2	
	Pas de fiches description des tâches par écrit	0	
	Fiches de description des tâches affichées	2	
	Fiches de description des tâches non affichées	0	
	Fiche technique GATPA affichée dans la salle d'accouchement	2	
	Fiche technique GATPA non affichée dans la salle d'accouchement	0	
	Fiche technique surveillance du post-partum affichée dans la salle des accouchées	2	

	Fiche technique surveillance du post-partum non affichée dans la salle des accouchées	0	
	Disponibilité du nouveau partogramme	2	22
	Pas de nouveau partogramme	0	
	Nouveau partogramme utilisé à la maternité	2	
	Nouveau partogramme non utilisé à la maternité	0	
	Garde couchée des sages-femmes et IO à la maternité	2	
	Pas de garde couchée à la maternité	0	
	80% et plus de listes mensuelles de garde de 2017 disponibles	2	
	Moins de 80% de listes mensuelles de garde disponibles	0	
	Garde couchée des anesthésistes	2	
	Pas de garde couchée des anesthésistes	0	
	Garde couchée des laborantins (es)	2	
	Pas de garde couchée des laborantins (es)	0	
Gestion financière de la caisse	Disponibilité d'un cahier de recettes	2	
	Pas de cahier de recettes	0	
	Disponibilité d'un cahier de dépenses	2	
	Pas de cahier de dépenses	0	
	Les 2 cahiers sont correctement tenus	2	10
	Les 2 cahiers sont incorrectement tenus	0	
	Existence des factures d'achat de carburant	2	
	Pas de factures d'achat de carburant	0	
	La caisse n'a pas de crédits impayés	2	
	La caisse a des crédits impayés	0	

Nous avons défini les scores suivants pour apprécier la performance du système de référence/évacuation du district sanitaire de Markala. Il s'agit :

- *Le score de moins de 50% des points, le système est jugé moins performant ;*
- *Le score entre 50 et 75% des points, le système est jugé peu performant ;*
- *Le score entre 75 et 100% des points, le système est jugé performant.*

4.5. Techniques et outils de collecte

Tableau VII : Cibles, techniques et outils de collecte des données

Cibles	Techniques de collecte	Outils de collecte
Dossiers des patientes référées ou évacuées au CSRéf de Markala en 2017	Exploitation documentaire	Fiche d'exploitation documentaire
Les maires des communes de Markala	Entretien	Guide d'entretien
Présidents des ASACO du district sanitaire de Markala	Entretien	Guide d'entretien
Directeurs techniques de centres (DTC)	Entretien	Guide d'entretien
Parturientes bénéficiaires du système en 2017	Entretien	Guide d'entretien
Maris ou les accompagnants (es) des patientes référées ou évacuées en 2017 au CSRéf de Markala	Entretien	Guide d'entretien
Président du comité de gestion de la caisse de solidarité de Markala	Entretien	Guide d'entretien
Groupements ou associations de femmes	Focus groupe	Guide de focus groupe
Equipe cadre du district sanitaire de Markala	Technique du groupe nominal (TGN)	Guide de TGN
Matériels , équipements et infrastructures	Observation	Grille d'observation

4.6. Sources des données

Toutes les sources de données ont été exploitées. Parfois la triangulation a été faite pour améliorer la qualité des données.

Il s'agit entre autres :

- du registre SONU du CSRéf ;
- des dossiers obstétricaux ;
- du registre du bloc opératoire ;
- des cahiers à bord des ambulances ;
- des cahiers de référence évacuation des CSCom ;
- des supports de gestion des ASACO ;
- des rapports de formation et de supervision.
- des fiches de gestion des de césariennes et consommables

4.7. Contrôle de qualité des données :

Les fiches de collecte ont été vérifiées quotidiennement. Les corrections ont été faites. Les questions ont été codifiées pour faciliter la saisie et l'analyse des données.

Cette saisie a été faite sur le logiciel épi-info 2002 version 3.5.1 avec la production des tableaux de fréquence simple et des tableaux croisés.

Les tableaux ainsi produits ont été exportés sur l'Excel 2007 pour les mettre en forme avant de les transférer sur le Word 2007 pour la production du rapport d'évaluation.

4.8. Aspects éthiques :

Les aspects éthiques ont été pris en compte dans l'évaluation. Elle s'est déroulée dans le respect de la personne dans toutes ses dimensions humaines.

A cet effet :

- Les responsables des structures sanitaires ont été mis à contribution pour informer les cibles concernées avant notre arrivée.
- Les interviews ont toujours commencé par les salutations d'usage. Ensuite les objectifs et le but de l'évaluation ont été clairement expliqués aux interlocuteurs afin d'avoir leur consentement éclairé.
- Les enquêtés/es étaient libres de participer et de répondre ou pas aux questions posées. En cas de non réponse, aucun jugement de valeur n'a été fait par rapport à leur attitude.
- A la fin de l'interview, chaque enquêté/e a été remercié pour sa participation de qualité qui nous aidera à mieux comprendre notre système de référence/évacuation.

L'exploitation documentaire a été faite dans le respect des règles de la confidentialité. A ce propos, au cours de la collecte et du traitement des données, aucune indication dans les outils de collecte ne permettait d'identifier un individu de l'échantillon par un tiers.

4.9. Limites du travail :

Nous sommes conscients que la présente évaluation ne prend pas en compte de façon intégrale tous les aspects du système de référence/évacuation du district sanitaire de Markala.

Les ressources limitées ne nous ont pas permis d'évaluer la référence/évacuation sur les deux (2) ou les trois (3) dernières années. Ce qui nous aurait permis de mieux comprendre les dysfonctionnements du système et nous guider par rapport aux stratégies à mettre en œuvre pour relancer le système.

La même contrainte de ressources a fait que nous n'avons pas pu inclure tous les CSCom du district dans notre échantillonnage pour plus de précision de nos résultats.

4.10. Difficultés rencontrées

a) La première difficulté à laquelle nous avons été confronté est la non-conformité du document de référence, c'est-à-dire le cadre conceptuel de la référence/évacuation au niveau de l'équipe cadre de Markala. Ce document qui date de 2005, n'est plus en phase avec les réalités vécues sur le terrain.

b) Ensuite, d'autres difficultés ont été rencontrées dont entre autres :

- l'insuffisance dans le remplissage du registre SONU au niveau du CSRéf ;
- l'insécurité dans une partie du district a fait qu'un CSCom n'a pas pu faire partie de notre échantillon.



RESULTATS

V. RESULTATS

5.1. Description de l'échantillon

5.1.1. Caractéristiques générales de l'échantillon

Au terme de l'enquête nous avons touché directement à 73 personnes et 300 dossiers des patientes évacuées au CS Réf de Markala

a) Cibles primaires :

Les cibles primaires touchées par l'enquête sont réparties comme suite, il s'agit de :

- 300 dossiers recensés des parturientes évacuées au centre de santé de référence de Markala, ces parturientes étaient venues de partout du district sanitaire et parfois des districts sanitaires voisins.
- 10 directeurs techniques des centres de santé enquêtés en raison d'un DTC par centré. Il s'agit des DTC des CSCom de Sansanding, de Dougabougou, de Babougou, de Sibila, de Koïla, de Doura, de Togou, de Dioro, de Komola_Zanfina et de Temou ;
- 9 membres de l'équipe cadre ont été enquêtés.

b) Cibles secondaires

Les cibles secondaires touchées par l'enquête sont réparties comme suite, il s'agit de :

- 5 maires des communes rurales de Markala, de Sansanding, de Dougabougou, de Sibila et de Dioro ;
- 8 présidents des ASACO enquêtés dont (une présidente) : il s'agit, des présidents des ASACO de Sansanding, de Komola-Zanfina, de Diamarabougou, de Dougabougou, de Temou, de Babougou, de Sibila et de Koïla ;

- 16 maris ou accompagnants (es) des femmes référées/évacuées dont huit (8) maris et huit (8) accompagnantes toutes des belles-mères des femmes évacuées.
- 16 patientes bénéficiaires du système en 2017 ;
- 8 groupements ou associations de femmes des CSCom enquêtés dont un groupement ou une association par aire de santé ;
- 1 président du comité de gestion de la caisse de solidarité.

5.1.2. Caractéristiques sociales et démographiques des femmes évacuées

a) Age

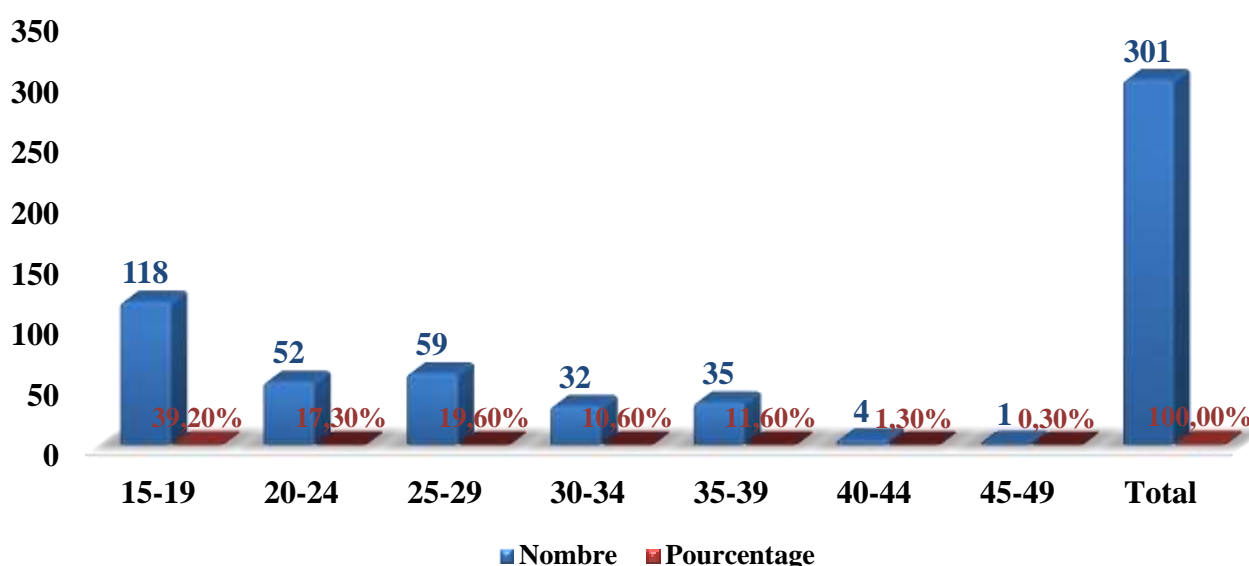


Figure 2 : Récapitulatif de l'âge des femmes évacuées au CS Réf de Markala 2017

L'âge moyen des femmes évacuées était de 25 ans \pm 7 avec des âges extrêmes de 15 à 46 ans. Les mères jeunes c'est-à-dire celles qui ont moins de 20 ans représentent environ **40%** des femmes de notre échantillon.

Le contexte socioculturel et même économique peut être une explication à cet état de fait. Le mariage précoce est une réalité dans certaines localités du district sanitaire de Markala.

b) Provenance**Tableau VIII** : Aires de sante de provenance des femmes évacuées, césarisées au CSréf de Markala en 2017

Aires de santé	Population totale	Evacuées	Césarisées	Pourcentage
Babougou	13535	26	13	50,00
Diamarabougou	43103	30	13	43,33
Dioro	34720	5	3	60,00
Djibougou	5162	20	10	50,00
Dougabougou	31921	50	21	42,00
Doura	17060	10	10	100,00
Kirango	18741	12	3	25,00
Koïla	12948	7	4	57,14
Komola Zanfina	7609	16	7	43,75
Markanibougou	43103	8	5	62,50
Sakala	8000	0	0	0
Sansanding	20861	28	20	71,43
Sibila	23336	21	21	100,00
Soké	18039	33	9	27,27
Témou	8077	14	7	50,00
Tiby	11700	2	0	0
Togou	13153	5	1	20,00
Zanabougou	6112	5	0	0
Hors district sanitaire		9	7	77,78
Total	308069	301	131	43,52

Les femmes évacuées viennent de partout du district sanitaire de Markala.

Dans notre étude, seules les aires de santé de Tiby, Zanabougou et Sagala n'ont pas eu de femmes césarisées. **43,52% des femmes évacuées ont été césarisées.**

5.2. Mécanisme de fonctionnement du système (organisation du système) :

5.2.1 Organisation de l'évacuation et de la prise en charge :

La référence/évacuation de Markala fonctionne avec un certain nombre d'éléments inter-reliés et interdépendants. Ce système fonctionne avec un ensemble d'éléments qui sont :

- la prise de décision d'évacuer ou de référer ;
- l'information entre les différents niveaux ;
- le transport des parturientes ;
- la réception des parturientes ;
- la prise en charge et le retour des parturientes après guérison.

L'ensemble de ces éléments inter-reliés est soutenu par une caisse de solidarité.

a) La prise de décision :

La prise de décision d'évacuer ou référer est le point de départ du système. Le CSCCom évacue sur décision du DTC ou sur celle de la sage-femme en cas d'absence de ce dernier tout en remplissant la fiche d'évacuation et le partogramme.

b) L'information entre les différents niveaux :

La communication, se fait par message RAC et téléphone dans les aires disposant de réseau téléphonique dans lequel message on précise la nature de la pathologie, l'aire de santé de provenance de la parturiente.

Le message RAC (ou téléphonique) est consigné dans un cahier de message en précisant l'heure d'appel, l'identité de l'appelant et sa provenance.

Au CSRéf l'agent de garde (sage-femme, infirmière obstétricienne) remplit le cahier de RAC et informe le médecin de garde du contenu du message pour les dispositions à prendre.

c) Le transport des parturientes

Ainsi le processus de transport se déclenche en fonction du niveau qui réfère la patiente.

Le transport de la femme du village au CSCom est assuré par les communautés par l'utilisation des moyens adaptés. Les coûts afférents à ce transport sont à la charge de la communauté dont est issue la femme évacuée

Du niveau CSCom au CSRéf, le transport est assuré par l'ambulance avec une équipe à bord composée d'un chauffeur, un personnel qualifié accompagnant (sage-femme, infirmière obstétricienne) et au maximum deux accompagnants du malade munis de leur trousse (couverture et habits). Les aires non fonctionnelles sont gérées comme des CSCom par le DTC le plus proche.

En cas de nécessité de la deuxième référence c'est dire du CSRéf à l'hôpital de Segou, le même dispositif existe. Il faut signaler que l'ambulance contient un kit de transport (médicaments et consommables) qui est utilisé par le personnel accompagnateur en cas de besoins.

La 2^{ème} référence c'est dire du CSRéf à l'hôpital, la décision est prise par le médecin responsable de la maternité en collaboration avec le médecin chef du district sanitaire.

d) La réception des parturientes et la prise en charge

Une fois arrivée au CS Réf, la parturiente est directement accueillie à la maternité où un examen obstétrical est effectué par la sage-femme appuyée par le médecin de garde.

En cas d'indication d'une intervention chirurgicale, la parturiente est immédiatement conduite au bloc opératoire où les dispositions sont déjà prises (préparation de la salle avec le Kit de césarienne).

Au terme de la prise en charge chirurgicale de l'évacuée, le médecin analyse et transmet le dossier de la parturiente au chargé SIS qui fait la retro-information au

DTC et prépare le monitoring. Ce dernier informe l'ASACO et /ou la mutuelle sur l'issue de la prise en charge de la parturiente.

En cas de référence, le DTC réfère les cas à froid au centre de santé de référence de Markala. Il précise sur la fiche de référence, le motif, le traitement administré et les difficultés rencontrées à son niveau dans la prise en charge. La parturiente référée munie de la fiche de référence ne paye plus le ticket de consultation au niveau du centre de santé de référence.

Au terme du processus de la prise en charge de la parturiente, le médecin traitant établit une fiche de retro information qui est transmise au DTC du CSCom concerné. Les fiches de rétro information sont discutées lors des réunions mensuelles de monitoring.

5.2.2 Durée de l'évacuation

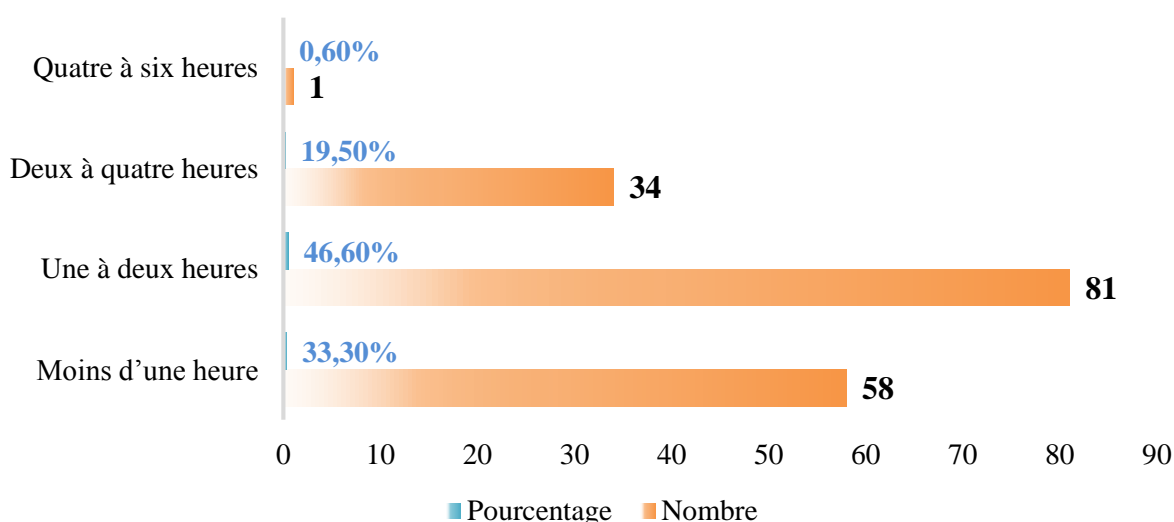


Figure 3 : Récapitulatif de la durée d'évacuation des parturientes au CSRéf de Markala.

L'évacuation des parturientes a duré plus d'une heure dans 46,60%. Ce temps peut paraître raisonnable au vu de l'état des routes et surtout pendant certaines périodes de l'année (hivernage). Cependant pour certains motifs d'évacuation comme l'hémorragie, l'éclampsie et la rupture utérine, cette durée peut compromettre la vie de la femme et/ou de son fœtus.

5.2.3 Moyen de transport

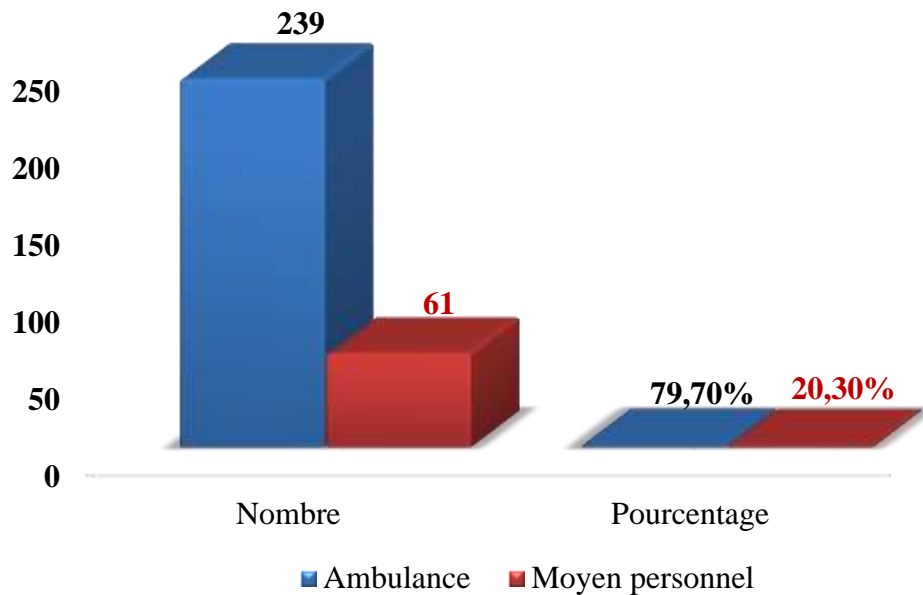


Figure 4 : Répartition des parturientes évacuées en fonction des moyens de transport.

Le transport d'environ **80%** des femmes évacuées au CSRéf de Markala a été assuré par l'ambulance et **20%** par les moyens personnels.

Ces résultats montrent un certain dysfonctionnement du système, car toutes les évacuations obstétricales devraient être faites par l'ambulance du CSRéf.

D'une part, les moyens personnels utilisés ne sont pas adaptés au transport des cas obstétricaux et d'autre part, les couts de transport ont été directement payés par la famille de la parturiente.

5.2.4 qualification des agents à bord de l'ambulance

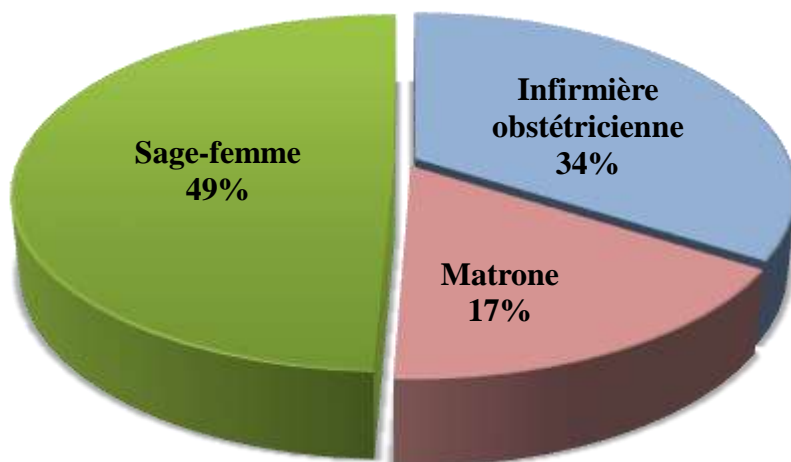


Figure 5 : Qualification des agents à bord de l'ambulance.

Les sages-femmes ont accompagné **49%** des femmes évacuées au CSRéf de Markala en 2017 et les matrones ont accompagné environ **17%** des femmes évacuées.

Cette situation mérite d'être améliorée car les matrones n'ont pas la compétence requise pour assurer la sécurité des patientes durant l'évacuation.

En outre, la maternité du CSRéf de Markala dispose de personnel qualifié (sages-femmes, infirmières obstétriciennes) et en nombre suffisant pour jouer ce rôle.

5.3. Ressources nécessaires au fonctionnement du système (humaine, matérielle)

5.3.1. Personnel technique/qualification au CS Réf

Tableau IX : Effectif du personnel technique par qualification à la maternité du CS Réf de Markala en 2017

Qualification du personnel	Nombre
Gynécologue	1
Médecin à compétence chirurgicale	2
Sage-femme	4
Infirmière obstétricienne	3
Infirmier d'état	3
Infirmier anesthésiste	3
Technicien laboratoire	3
Total	19

La maternité du CS Réf de Markala dispose du personnel qualifié pour assurer la prise en charge des femmes évacuées/ référées. La présence d'un gynécologue est un plus pour ce district sanitaire.

5.3.2. Personnel technique/qualification aux CS Com

Tableau X : Effectif du personnel technique par qualification dans les CS Com

Qualification personnel	Nombre	Pourcentage
Médecin	9	13,24
Sage-femme	5	7,35
Infirmière obstétricienne	14	20,59
Infirmier d'Etat	5	7,35
Technicien de santé	9	13,24
Matrone	26	38,24
Personnel qualifié	42	61,76
Total	68	100

Le personnel technique qualifié dans les structures périphériques représente **61,76%** de l'effectif. A ce niveau l'accent doit être mis sur la formation continue,

le suivi et la supervision pour renforcer la compétence de ces agents pour des références/ évacuations de qualité.

5.4. Contribution des différents acteurs (ressource financière)

5.4.1. Contribution des ASACO

Tableau XI : Récapitulatif des contributions des ASACO à la caisse de solidarité de la référence/évacuation du district sanitaire de Markala en 2017

ASACO	Montant à payer	Montant Payé	Reliquat	Taux de recouvrement
Babougou	220000	220000	0	100
Dioro	220000	220000	0	100
Koïla	220000	220000	0	100
Tiby	220000	220000	0	100
Soké	220000	220000	0	100
Togou	220000	0	220000	0
Zanabougou	220000	0	220000	0
Diamarabougou	220000	121000	99000	55%
Kirango	220000	70000	150000	31,81%
Sibila	220000	0	220000	0
Sansanding	220000	220000	9	100
Komola zanfina	220000	220000	0	100
Dougabougou	220000	220000	0	100
Témou	220000	220000	0	100
Doura	220000	0	220000	0
Markanibougou	220000	114000	106000	51,81
Djibougou	220000	0	220000	0
Sakala	220000	0	220000	0
Total	3960000	2285000	1675000	57,70

La contribution des ASACO à la caisse de solidarité pour la référence/ évacuation s'élevait au 31 décembre 2017 à 2285000 f CFA soit **57,70%** du taux de

recouvrement. Au cours de 2017 six (6) Asaco sur 18 soit **33,33%** n'ont pas contribué à la caisse de référence évacuation.

Cette situation mérite une réflexion et même une action d'urgence si nous voulons pérenniser les acquis car cette caisse est le principal support du système de référence/ évacuation. Les ASACO qui sont sensées gérer la santé de leur communauté doivent s'impliquer en payant leurs quottes parts.

5.4.2. Contributions des collectivités décentralisées

Tableau XII : Récapitulatif des contributions des collectivités décentralisées (mairies) à la caisse de solidarité de la référence /évacuation de Markala en 2017

Collectivités	Montant prévu	Montant payé	Reliquat	Taux de Recouvrement
Dioro	220000	220000	0	100
Karakoumassa	220000	0	220000	0
Togou	220000	0	220000	0
Markala	220000	220000	0	100
Dougabougou	220000	0	220000	0
Koumandougou	220000	0	220000	0
Sansanding	220000	100000	120000	0
Sibila	220000	100000	120000	0
Banguidadougou	220000	0	220000	0
Belen	220000	0	220000	0
Conseil de cercle	220000	0	220000	0
Total	2420000	640000	1780000	26,45

La contribution des mairies à la caisse de solidarité pour la référence/ évacuation s'élevait au 31 décembre 2017 à 640000 F CFA soit **26,45%** du taux de recouvrement. Au cours de 2017 sept (7) collectivités sur 11 soit **63,63%** n'ont pas contribué à la caisse de solidarité. Les raisons les plus souvent évoquées sont le manque d'argent.

Cette situation amène à se demander si le paiement de la quotepart est réellement une priorité pour les collectivités au vu de sa pertinence.

5.4.3. Dépenses effectuées

Tableau XIII : Dépenses effectuées dans le cadre de la référence/ évacuation du district sanitaire de Markala en 2017

Catégories des dépenses	Montant	Pourcentage
Carburant	2216000F	63,61
Motivation des agents accompagnateurs	554000F	15,90
Motivation des chauffeurs	554000F	15,90
Réparation des ambulances	100000	2,87
Contribution du CSRéf à la référence évacuation	60000F	1,7
Total	3484000	100

Les dépenses totales occasionnées par l'évacuation des parturientes s'élevaient à 3 484 000 F CFA, le carburant représente **63,61%** des dépenses et la motivation du personnel **31,8%**. Il faut signaler que les grosses réparations des ambulances sont assurées par l'Etat.

L'analyse de ces différents tableaux financiers montre un déficit théorique de 559 000 F CFA. Ce déficit a été minimisé par le fait que 20% des évacuées sont venues par leurs propres moyens. Ces cas n'ont occasionné aucune dépense à la caisse de solidarité.

5.5. Mécanisme de coordination et de suivi de la caisse de solidarité :

La coordination et le suivi du système de référence/évacuation sont assurés par les organes de gestion qui sont :

- l'assemblée générale ;
- le conseil de gestion ;
- le comité de gestion de la caisse de solidarité de la référence/évacuation ;
- le comité technique ;
- et le comité de suivi.

5.5.1. Assemblée générale :

Elle est composée de toutes les associations de santé communautaire du district sanitaire, de toutes les collectivités décentralisées, de la FELASCOM et de l'équipe cadre du district. Elle se réunit en session ordinaire une fois par an pour adopter le bilan annuel de la caisse de solidarité. Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président.

5.5.2. Conseil de gestion :

Il est le même que celui chargé de la gestion du CSRéf. Il se réunit mensuellement pour sa réunion ordinaire, il peut faire des réunions extraordinaires au besoin. Il est composé d'un président, d'un trésorier, d'un secrétaire administratif et de 2 commissaires aux comptes.

Les membres de droit sont : le préfet du cercle, le président du conseil de cercle, le Médecin chef, le chef du service du développement social et de l'économie solidaire et le président de la FELASCOM.

5.5.3. Comité technique :

Il assure la gestion technique de la référence/évacuation. Il est composé du médecin chef, du chef de SLDSES, de l'équipe technique du bloc opératoire, de la sage-femme maitresse, du technicien sanitaire et du technicien du laboratoire.

Au cours de l'évaluation, nous avons constaté qu'aucun de ces organes ne fonctionnait à souhait. Au cours de l'année 2017, seule une assemblée générale a été tenue, les autres organes n'ont tenu aucune réunion.

5.6. Impact de la référence-évacuation sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile

5.6.1 Motif d'évacuation des femmes évacuées

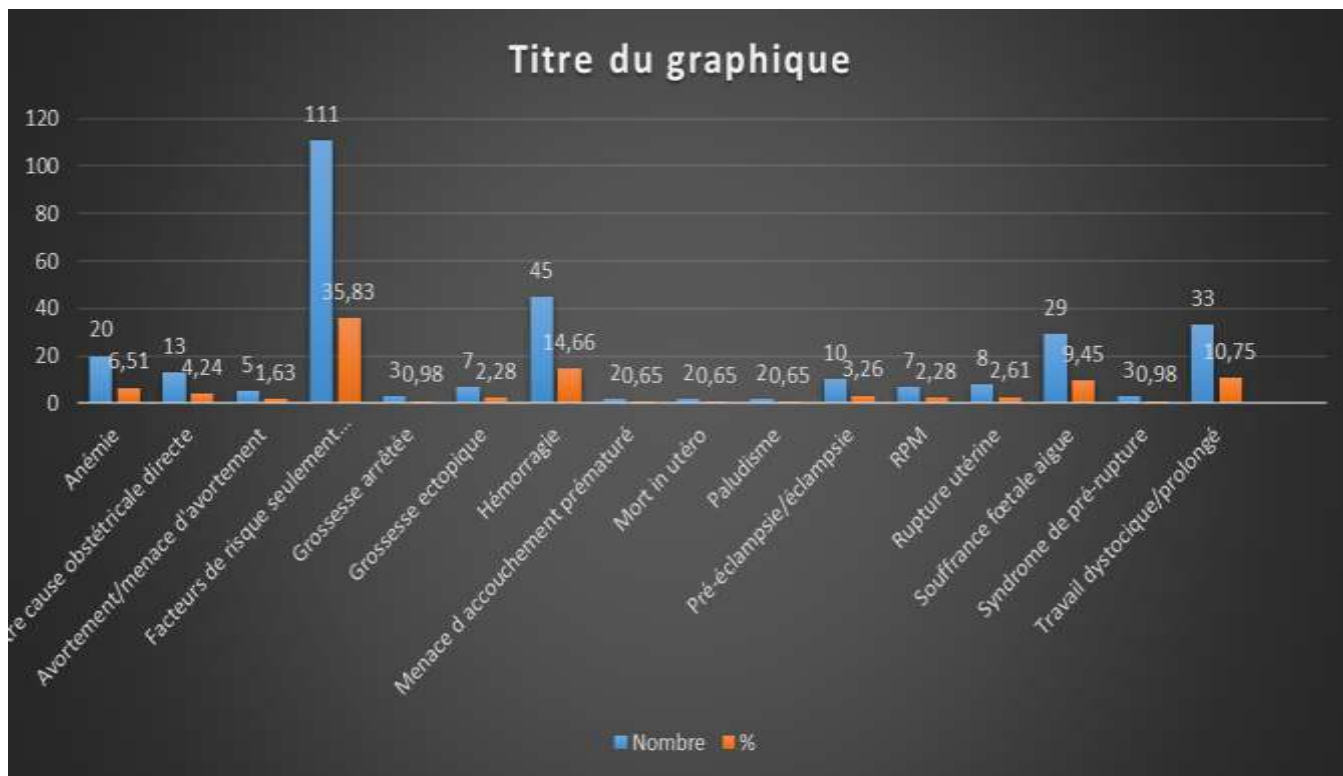


Figure 6 : récapitulatif des motifs d'évacuation des femmes évacuées.

Les motifs d'évacuation sont divers et justifiés, la présence du seul facteur de risque a représenté **35, 83%**.

Cela dénote la compétence technique et une certaine vigilance du personnel du CS Com

5.6.2. Etat de santé des mères évacuées référées au CSRéf de Markala :

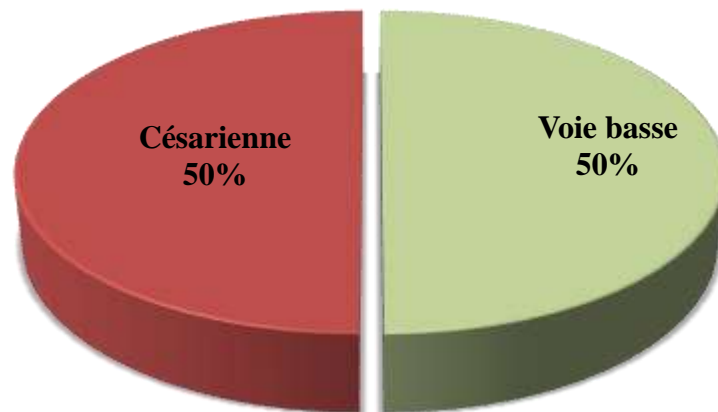


Figure 7 : récapitulatif des voies d'accouchement des femmes évacuées au CS Réf de Markala en 2017

Environ une proportion de 50% des femmes évacuées ont été césarisées au CS Réf de Markala. Les autres parturientes ont accouché par la voie basse. Ces résultats montrent le niveau de compétence du personnel de la maternité du CS Réf qui a fait accoucher la moitié des évacuées par voie basse.

5.6.3 Types de césariennes

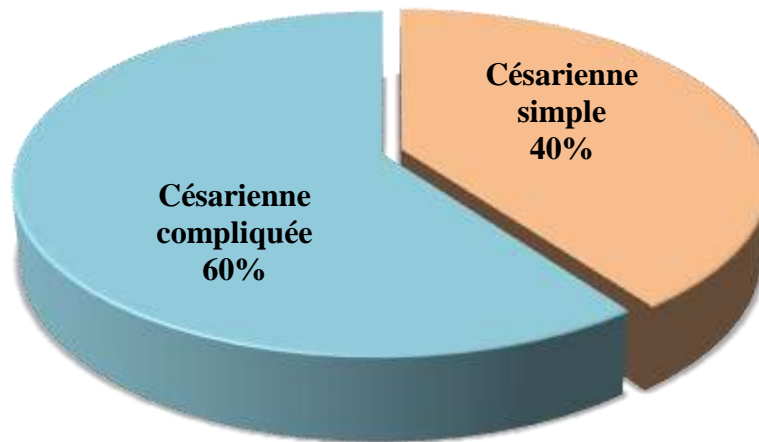


Figure 8 : Récapitulatif des femmes évacuées césarisées en fonction du type césarienne en 2017

Au total 131/ 300 femmes évacuées ont été césarisées soit **43,66%**.

Les césariennes compliquées ont représenté **60,30%**.

La prédominance des césariennes compliquées pourrait s'expliquer par les différents niveaux de retard dans le processus d'évacuation des urgences obstétricales.

5.6.4. Complications post opératoires

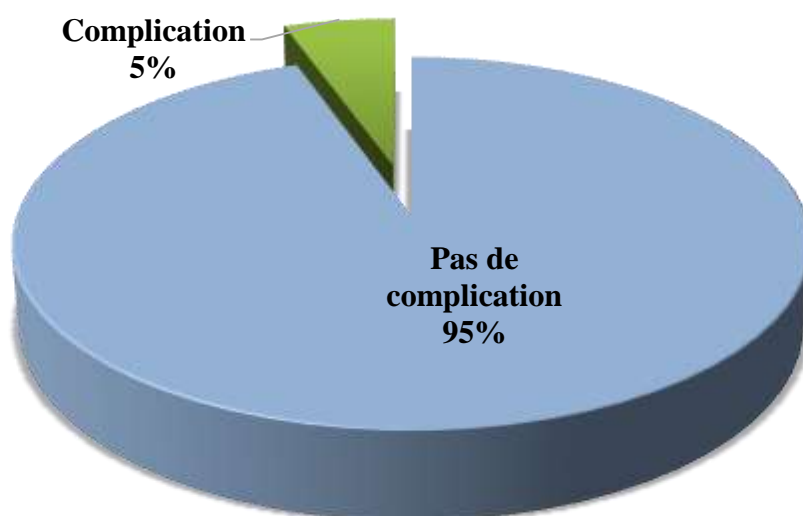


Figure 9 : Récapitulatif des complications post-opératoires survenues chez les césariées au CSRéf de Markala en 2017.

Le nombre de complications post césariennes enregistrées au CSRéf de Markala est de sept (7) soit **5,40%** des césariées. Ce chiffre dénote une certaine qualité de la prise en charge chirurgicale des parturientes évacuées au CSRéf de Markala malgré l'existence des différents retards.

5.6.5 Natures des complications post opératoires

Tableau XIV : Nature des complications post-opératoires survenues chez les césariées du CSRef de Markala en 2017.

Nature de complications	Nombre	Pourcentage
Anémie	1	0,60%
Hémorragie	6	04,60%
Aucune complication	124	94 ,6%
Total	131	100,00%

L'hémorragie a été la complication postopératoire la plus fréquente avec environ **4,6%** des césariées. Cet état de fait doit interpeler le personnel de la maternité à renforcer la surveillance des césariées.

5.6.6 Etats des mères

Tableau XV : Issue des femmes referées évacuées au CS Réf de Markala en 2017 au terme du processus

Etat des mères	Nombre	Pourcentage
Décédées	2	0,70%
Vivantes	298	99,30%
Total	300	100,00%

La maternité du CS Réf de Markala a enregistré deux (2) cas décès maternels au cours de l'année 2017 soit **0,66%**.

Certes, « un seul décès maternel est de trop » mais nous pensons que ce taux de décès intra-hospitalier montre la qualité dans la prise en charge des évacuées vue que plus de 60% des cas de césarienne étaient compliqués.

5.6.7. Etat de santé des nouveau-nés issus des mères évacuées du district de Markala en 2017

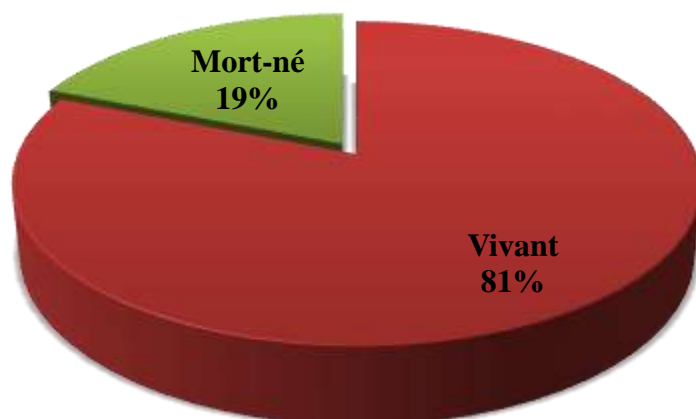


Figure 10 : Etat des nouveau-nés au CS Réf de Markala en 2017 au terme du processus d'évacuation

Au total **81%** des nouveau-nés étaient vivant contre **19%** de mort-nés.

Nous pensons que la proportion des mort-nés est élevée au vu de toutes les activités menées (formation en SONU, GATPA, SENN, monitorages, supervisions) dans le district dans le domaine de la santé maternelle.

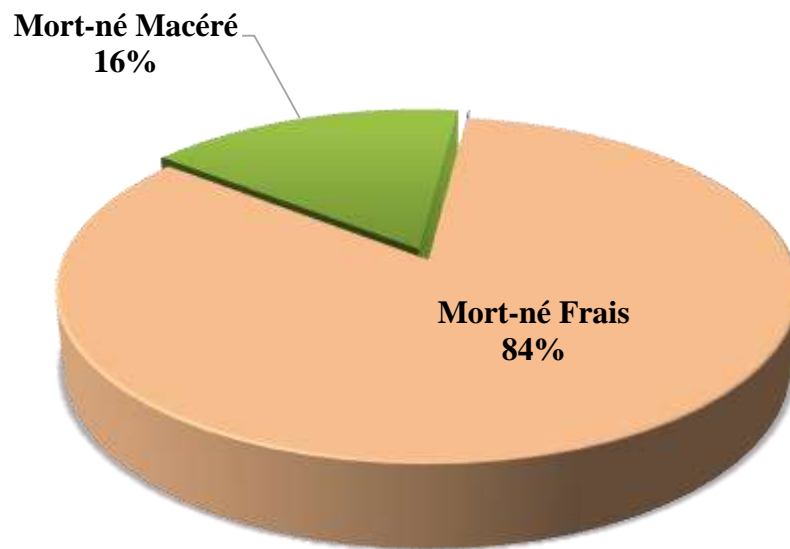


Figure 11 : Récapitulatif fonction de l'aspect des morts nés au CS Réf de Markala en 2017

Les mort-né frais ont représenté **84%**. Cette situation pourrait s'expliquer par les différents retards qu'accusent le processus d'évacuation des urgences obstétricales.

5.6.8 Présence de BDCF à l'admission et état des nouveau-nés :

Tableau XVI : Etat des nouveau-nés issus des mères évacuées prises en charge en fonction de la présence de BDCF au premier examen au CS Réf de Markala en 2017

Etat nouveaux nés	Présence de BCF		
	Non	Oui	Pourcentage
Mort-né	41 (89,1%)	8 (3,8%)	50 (19%)
Vivant	5 (10,9%)	205 (96,2%)	216 (81%)
Total	46 (100%)	213 (100%)	266 (100%)

$\text{Khi}^2 = 179$; $\text{p} = 0,000$

Nous avons trouvé un lien statistique significatif entre la présence de BCF et la naissance vivante, (le $\text{Kh}^2=179$ et $\text{p}=000$). La majorité des mères qui sont rentrées avec BCF ont donné naissance à un fœtus vivant soit **96,2%** contre **3,8%** de mort-nés.

Ces deux résultats nous permettent de conclure qu'il y avait une certaine qualité dans la prise en charge des parturientes au niveau du bloc opératoire du CSRéf de Markala en 2017. Le niveau de satisfaction des femmes évacuées va dans le même sens car elles étaient toutes satisfaites de la qualité des soins reçus.

5.7. NIVEAU DE PERFORMANCE DU SYSTEME DE REFERENCE EVACUATION DU DISTRICT SANITAIRE DE MARKALA

Tableau XVII : Synthèse des indicateurs utilisés pour apprécier la performance du système de référence /évacuation du district sanitaire de Markala en 2017

Indicateurs	Score obtenu	Score possible	Pourcentage
Disponibilité du personnel qualifié au CSRéf	10	12	83,33
Formation du personnel CSRéf	6	8	75,00
Disponibilité du personnel de soutien CSRéf	6	6	100,00
Disponibilité du Matériel/ Equipement	16	22	72,73
Qualité des infrastructures du CSRéf	10	18	55,56
Qualité du personnel au CSCCom	4	8	50,00
Satisfaction des bénéficiaires	8	8	100,00
Effectivité du transport des patientes	4	12	33,33
Disponibilité des consommables	4	10	40,00
Qualité de la prise en charge	6	10	60,00
Etat de la mère	8	8	100,00
Etat de l'enfant	0	8	0,00
Païement des quote parts	0	6	0,00
Fonctionnalité du comité de gestion	2	12	16,67
Effectivité d'audit des décès maternels	10	10	100,00
Tenue des réunions de staff	8	8	100,00
Tenues des supports	10	18	55,56
Organisation du service	12	22	54,55
Effectivité du système de communication	4	10	40,00
Gestion financière de la caisse	8	10	80,00
Total	136	226	61,18

A titre de rappel, les critères définis dans le protocole par l'équipe d'évaluation pour apprécier la performance du système de référence/ évacuation du district sanitaire de Markala se présentent comme suit :

- Le score de moins de 50% des points, le système est jugé moins performant ;
- le score entre 50 et 75% des points, le système est jugé peu performant ;
- Le score entre 75 et 100% des points, le système est jugé performant.

Les résultats obtenus donnent un total de 136 points sur 226 possibles, ce qui correspond à 61,18% des points. Cela amène à conclure que le système de référence /évacuation du district sanitaire de Markala est peu performant au regard de nos critères d'évaluation.

5.8. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS RÉALISÉS AUPRES DES ACTEURS ET DES BÉNÉFICIAIRES (ASPECTS QUALITATIFS)

5.8.1. Entretien avec les maires

Au total, cinq maires des communes rurales ont été interviewés, il s'agit des maires de Markala, de Sansanding, de Dougabougou, de Sibila et de Dioro. Ces maires connaissent tous sans exception le système de référence/ évacuation, c'est à dire ses objectifs, son mécanisme de fonctionnement et ses cibles. Ils affirment avoir pris en compte dans leur plan de développement sanitaire économique et culturel (PDSEC), la construction des centres de santé communautaire et leur équipement ainsi que le recrutement du personnel qualifié (médecin, sage-femme et infirmière obstétricienne). Ces maires ont fait des propositions suivantes pour la bonne marche du système :

- la poursuite de la sensibilisation des communautés pour qu'elles adhèrent davantage au système ;
- la poursuite de la sensibilisation des communautés pour le paiement des impôts et taxes de développement locales ;
- la dotation des structures périphériques en personnel qualifié en assurant leur formation continue ;
- la sensibilisation des communautés pour l'abandon des accouchements à domicile et pour le recours précoce aux services de santé ;
- le paiement effectif des quotes parts par tous les intervenants y compris collectivités décentralisées.

5.8.2. Entretien avec les présidents des ASACO :

Les présidents des ASACO rencontrés au cours de l'enquête sont au nombre de huit (8) soit 100%. Ces responsables connaissent tous leurs rôles et responsabilités dans le fonctionnement du système, à savoir la mobilisation sociale en faveur du système et le paiement des quotes parts. En outre, ils apprécient tous sans exception la contribution de ce système à l'amélioration de la santé des populations.

En ce qui concerne le paiement des quotes parts, certaines ASACO ont payé en intégralité, par contre d'autres n'ont rien payé. La principale raison évoquée du non-paiement est le faible niveau de recouvrement de coût au niveau des CSCOM.

Ils affirment que dans les aires de santé aucun dispositif n'est mis en place pour assurer le transport des femmes en difficulté d'accouchement des villages aux centres de santé. Les coûts liés au transport de ce circuit sont assurés par les familles des parturientes.

Ces responsables ont fait des propositions suivantes pour la bonne marche du système, il s'agit de :

- la poursuite de la sensibilisation des communautés par rapport la référence évacuation ;
- le paiement régulier par tous les contributeurs au système y compris les ASACO ;
- la prise de sanctions à l'encontre des mauvais payeurs de la quote part ;
- la diffusion dans les radios locales, les noms des bons et des mauvais payeurs de la quote part.

5.8.3. Entretien avec les maris ou les accompagnants (es) des femmes évacuées :

Les maris ou les accompagnants des femmes évacuées ont été aussi touchés par l'enquête. Il s'agit de huit (8) maris et de huit (8) accompagnantes. Les maris et

les accompagnantes ont tous apprécié la qualité de la prise en charge des parturientes tant au niveau des CSCom qu'au CSRéf. Ils ont confirmé que ces femmes étaient venues aux CSCom par moto, par charrettes ou à pieds. Certaines de ces femmes ont été évacuées des CSCom au CSRéf de Markala par l'ambulance par contre d'autres l'ont été par leur propre moyen. Celles qui n'ont pas pu bénéficier de l'ambulance ont utilisé le plus souvent des motos avec paiement par leur famille des frais y afférents. La principale raison de la non utilisation de l'ambulance pour évacuer ces femmes est le non-paiement de la quotepart par leur ASACO à la caisse de solidarité.

Ces interlocuteurs ont fait des propositions d'amélioration du système qui sont entre autres :

- la dotation de tous les CSCom en moto ambulance ;
- la mise en place des caisses de solidarité au niveau des villages pour assurer le carburant et l'entretien de la moto-ambulance
- l'implication des leaders communautaires dans le paiement des quottes parts à la cette caisse de solidarité pour la référence /évacuation des urgences obstétricales.

5.8.4. Entretiens avec les femmes évacuées :

Les anciennes bénéficiaires du système ont été rencontrées au cours de l'enquête. Il ressort de ces entretiens, la variété de catégories de personnes qui prennent les décisions de recourir au CSCom en cas de travail. Il s'agit des belles-mères, des beaux pères, des époux et des mères.

Dans aucun cas, la femme elle-même n'a été impliquée dans la prise de décision. Ces femmes dans leur majorité, affirment être restées à la maison entre six (6) et 24 heures après le début du travail avant que la décision de recourir au centre de santé ne soit prise. Dans la même logique, l'intervalle de temps entre leur arrivée aux CSCom et l'évacuation au CSRéf est compris entre six (6) à 12 heures.

Les principaux moyens de transport de ces femmes des villages au CSCom ont été les motos, les charrettes et certaines sont venues à pied.

Elles ont toutes affirmé être satisfaites de la qualité de leur prise en charge. Ces bénéficiaires du système ont fait des propositions pour assurer le transport des femmes en difficulté d'accouchement des villages au CSCom, il s'agit de :

- la dotation de tous les CSCom en moto ambulance ;
- la mise en place des caisses de solidarité au niveau des villages pour assurer le carburant et la motivation du conducteur ;
- l'implication des groupements et associations de femmes dans la mobilisation sociale autour de cette caisse et sa gestion.

5.8.5. Entretiens avec les groupements ou associations des femmes :

Au total huit (8) groupements ou associations des femmes ont été rencontrés au cours de l'enquête en raison d'un groupement ou association par aire de santé.

Les membres de ces organisations connaissent le système de référence/ évacuation de leur district sanitaire, à savoir ses objectifs, les cibles et son mécanisme de fonctionnement. Les membres de ces organisations ou leurs familles ont déjà bénéficié des services du système.

Ils ont apprécié à sa juste valeur ses biens faits du système pour les femmes dans le district sanitaire de Markala.

Il ressort des différents entretiens que ces femmes sont prêtes à accompagner le système en termes d'appui au paiement de la quote part de référence /évacuation et la sensibilisation des femmes à l'utilisation des services de santé.

5.8.6. Entretiens avec les Directeurs techniques des centres de santé (DTC) :

Les directeurs techniques des huit (8) CSCom de l'échantillon ont été tous enquêtés parmi eux, il y a cinq (5) médecins. L'enquête a consisté à s'entretenir avec eux mais aussi à vérifier la disponibilité de certains supports et la qualité de

leur remplissage. L'enquête a révélé que certains TDC ne disposaient pas de cahier de référence /évacuation et chez ceux qui en disposaient, ces supports n'étaient pas correctement renseignés en général.

Ils ont affirmé que le seul moyen de communication à leur disposition au niveau de ces structures en cas de référence/ évacuation est le téléphone.

En outre, ils ont affirmé que les crédits téléphoniques utilisés pour communiquer en cas de référence/ évacuation sont à leur charge.

Ces DTC ont affirmé aussi à l'unanimité qu'ils n'ont participé à aucune réunion du monitoring de la référence /évacuation en 2017. Selon eux, ils ne reçoivent pas régulièrement et à temps les fiches de rétro-information des femmes référées ou évacuées à Markala.

Ils affirment également que le personnel de leur CSCom n'est pas formé sur le module des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.

5.8.7. Entretiens avec l'équipe cadre (TGN) :

Nous avons fait la technique du groupe nominal avec l'équipe cadre du district dont la question nominale était : *selon vous, comment la performance du système de référence/ évacuation de Markala peut être améliorée ?*

Au terme du processus de la technique du groupe nominal, le consensus a été fait au tour des points suivants :

- mise en place d'une association de donateurs bénévoles de sang dans le district sanitaire de Markala ;
- réduction du délai entre la prise de décision et la réalisation de la césarienne par l'organisation du service ;
- dotation de tous les CSCom en personnels qualifiés (sage-femme et infirmière obstétricienne) ;

- renforcement de la communication pour le changement de comportement en faveur de la référence /évacuation du district de Markala ;
- dotation de toutes les maternités des CSCom et celle du CSRéf en téléphone de la flotte.



**COMMENTAIRES
& DISCUSSION**

VI. DISCUSSIONS

Les discussions s'articulent autour des points suivants :

- l'atteinte des objectifs de l'étude ;
- la qualité et la validité des résultats ;
- la comparaison des résultats avec d'autres études.

6.1. ATTEINTE DES OBJECTIFS

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la performance du système de référence/ évacuation des urgences obstétricales du district sanitaire de Markala du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2017.

Au terme de l'évaluation les principaux résultats sont les suivants :

- le faible niveau de participation communautaire au financement et à la gestion du système (une seule réunion de restitution tenue en 2017) ;
- le faible niveau de mobilisation sociale au tour de la référence/ évacuation dans le district sanitaire de Markala ;
- le disponibilité du personnel qualifié et en nombre suffisant pour assurer la prise en charge des femmes référées ou évacuées ;
- la disponibilité du matériel et équipement minimum pour assurer la prise en charge des femmes enceintes référées ou évacuées au CSRef de Markala
- le faible niveau de contribution des acteurs à la caisse de solidarité avec moins de 50% du taux de recouvrement des différents contributeurs ;
- l'absence de contribution financière à la caisse de solidarité pour la référence/ évacuation en 2017 pour certaines ASACO et communes ;
- le faible niveau de fonctionnement du comité de gestion de la caisse de solidarité pour la référence/ évacuation ;

- la faible proportion de décès des femmes référées ou évacuées en 2017 au CSRéf de Markala ;
- la proportion élevée de mort-né surtout les mort-nés frais au CSRéf de Markala en 2017.

Le système de référence/ évacuation du district sanitaire de Markala a été jugé peu performant au regard des critères fixés.

6.2. QUALITE ET VALIDITE DES RESULTATS

Ce volet aborde surtout le cadre d'étude et de l'échantillonnage. La présente évaluation a été faite dans le district sanitaire de Markala, l'un des trois districts couverts par le PRSSD dans la région de Ségou. Notre choix de ce district s'explique par la raison suivante :

Le souci de sortir de la routine du monitoring des caisses de solidarité et faire de l'évaluation des systèmes de référence/ évacuation des districts sanitaires couverts par le PRSSD une véritable recherche action/opérationnelle.

A cet effet, des dispositions ont été prises pour minimiser les biais d'information et de sélection. Il s'agit, entre autres de :

- la combinaison de deux méthodes d'échantillonnage : la méthode aléatoire et la non aléatoire ;
- la taille de l'échantillon suffisamment grande des femmes évacuées au CSRéf de Markala en 2017 ;
- les dispositions prises pour que nous prenons le temps nécessaire pour expliquer clairement le but et les objectifs de l'enquête aux enquêtés pour avoir leur consentement éclairé ne ce reste que verbal.

6.3. COMPARAISON DES RESULTATS

6.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes évacuées

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes était de 25 ans \pm 7 avec des âges extrêmes de 15 à 46 ans

GOITAB [16], dans son étude sur l'évaluation de la référence/ évacuation de Macina a trouvé que l'âge moyen des femmes était de 26 ans avec des âges extrêmes de 14 ans et 45 ans.

DIALLO M L [17], dans son étude sur l'évaluation du système de référence/évacuation du cercle de Baroueli a trouvé la même tendance avec respectivement 24 ans comme âge moyen avec des extrêmes de 14 et 48 ans.

Ces résultats montrent que certaines réalités socioculturelles ne varient pas fondamentalement d'une région à une autre au Mali. Il s'agit surtout du mariage précoce avec comme conséquence les grossesses précoces.

6.3.2. Mécanisme de fonctionnement (organisation du système)

Dans le système de référence /évacuation, le mécanisme mis en place pour le transport des parturientes soutenu par la caisse de solidarité est un déterminant important de l'efficacité du système.

Dans notre étude, le transport d'environ 80% des femmes évacuées au CSRéf de Markala a été assuré par l'ambulance et 20% par les moyens personnels.

THIAM O [18], dans son étude sur la problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise a trouvé que l'évacuation de 69% des patientes était assurée par l'ambulance, 28,9% par leur propre moyen et 1,4% par transport en commun.

Certes, il n'existe pas une grande différence entre les proportions évacuées par différents moyens de transport mais dans notre étude le transport en commun n'a pas été utilisé par les parturientes.

Ces résultats montrent un certain dysfonctionnement dans les deux systèmes d'évacuation des urgences obstétricales car l'ambulance reste le moyen idéal.

Dans la nôtre étude toutes les femmes évacuées par l'ambulance ont été accompagnées par un personnel de santé. Tout le personnel n'était pas qualifié car les matrones ont accompagné environ 17% des cas.

THERA T [21], dans son étude a trouvé que seulement 15,40% des patientes étaient accompagnées par un agent de santé dans l'ambulance.

Ces chiffres confirment le dysfonctionnement dans le transport des évacuées indépendamment des pays dans la sous-région car de nos jours toute évacuation des urgences obstétricales doit être accompagnée par un personnel qualifié.

Dans notre présente étude, l'évacuation de la majorité des parturientes a duré plus d'une heure soient 46,60%.

DIALLO M L [17], dans son étude sur l'évaluation du système de référence/évacuation du cercle de Baroueli a trouvé que 45,97% des femmes ont été évacuées au CSRéf à moins d'une heure.

L'état des pistes rurales pourrait expliquer cette différence surtout pendant certaines périodes de l'année.

Notre étude, seul le circuit CSCom CSRéf qui est organisé et soutenu par la caisse de solidarité assure le transport des femmes.

MAÏGA A [19]. Dans son étude a affirmé qu'il n'existait aucune organisation mise en place pour assurer le transport des femmes en cas de difficultés d'accouchement vers les centres de santé. Les familles prenaient en charge les frais de transport du village centres de santé ou vers l'hôpital

Ces constats pourraient s'expliquer par les années de réalisation des deux (2) études. La présente couvre l'année 2017 et celle de MAÏGA en 2007 et à cette date, la référence n'était pas encore bien organisée dans la sous-région.

6.3.3. Ressources nécessaires au fonctionnement du système (humaine et matérielle)

Dans notre étude, la maternité du CSRéf de Markala disposait du personnel qualifié pour assurer la prise en charge des femmes évacuées référées.

L'équipe se compose d'un gynécologue, deux (2) médecins à compétence chirurgicale, de quatre (4) sages-femmes et de trois (3) infirmières obstétriciennes. En plus, le personnel technique qualifié dans les structures périphériques représente 61,76% de l'effectif.

MAÏGA A [19], dans son étude a trouvé que les centres de santé avaient du personnel qualifié conforme aux normes pour assurer la garde mais 55% du personnel des formations sanitaires périphériques étaient des aides-soignants donc du personnel non qualifié.

La différence dans la qualification du personnel dans les deux (2) études pourrait s'expliquer par deux raisons :

- Premièrement, le temps écoulé entre les deux études, celle de MAÏGA a été réalisée en 2007 au Bénin et la nôtre en 2017 au Mali. Durant ce temps beaucoup de choses ont changé dans le domaine socio sanitaire au Bénin. ;
- Deuxièmement, au Mali des efforts importants ont été fournis par tous les acteurs (trices) dans la dotation en personnel qualifié des structures socio-sanitaires notamment des CSCom.

A titre d'exemple tous les CSCom du district sanitaire de Markala sont tenus à ce jour par un personnel qualifié.

Dans les deux (2) évaluations, il ressort que le minimum de matériel et équipement existe pour assurer la prise en charge des urgences obstétricales.

6.3.4. Contribution des différents acteurs (ressource financière) :

Dans notre évaluation, la contribution des ASACO à la caisse de solidarité pour la référence/ évacuation s'élevait au 31 décembre 2017 à 2285000 F CFA soit 57,70% du taux de recouvrement et celle des mairies à la même date à 640000 F CFA soit 26,45% du taux de recouvrement

GOITA B [16], dans son étude sur l'évaluation de la référence /évacuation de Macina rapporte que les ASACO dans 54% n'étaient pas à jour dans le paiement du quote part à la caisse de solidarité et les mairies dans 79%.

Ces chiffres montrent à suffisance que le financement de la caisse de solidarité dans le cadre de la référence évacuation pose problème dans les deux districts sanitaires. Certes les mairies ont moins contribué à la caisse dans les deux districts mais le taux de recouvrement des ASACO n'est pas aussi à hauteur de souhait. Cette situation mérite une action urgente si nous voulons pérenniser le système de référence /évacuation du district sanitaire de Markala.

6.3.5. Etat de santé de mères évacuées au CSRéf de Markala :

Dans notre étude, les cas de complications post césariennes enregistrés au CSRéf de Markala étaient de 5,40%.

DIALLO M L [17], dans son étude a rapporté que les complications post opératoires ont été observées dans 7,92% des cas.

Dans les deux (2) études, la proportion des complications postopératoires reste raisonnable au regard de l'environnement socio-économique des districts sanitaires. Ces chiffres dénotent une certaine qualité dans la prise en charge des urgences obstétricales.

Dans notre étude, la maternité du CSRéf de Markala a enregistré deux (2) décès maternels au cours de l'année 2017 soient 0,7% des femmes évacuées.

THIAM O [18], dans son étude a rapporté 8 cas de décès maternels soit 2% des femmes évacuées.

Certes, « un seul décès maternel est de trop » mais dans la situation socioéconomique actuelle du district sanitaire de Markala, ce taux est acceptable et confirme la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales. L'un des déterminants de cette qualité dans la prise en charge est l'existence du personnel qualifié à la maternité avec un gynécologue, deux (2) médecins à compétence chirurgicale, des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes en nombre suffisant.

6.3.6. Etat de santé des nouveau-nés des mères évacuées du district de Markala en 2017

Dans notre étude la proportion de mort-nés était de 18,90% des naissances. En outre, la proportion des mort-nés frais était inquiétante avec 83,70%.

DIALLO M L [17], dans son étude a trouvé que l'issue de la référence/évacuation, les enfants vivants ont représenté 77,66% et les mort-nés frais et macérés ont représenté 10,93%.

Dans les deux études, certes la mortinaissance est élevée mais elle est encore plus préoccupante dans notre étude avec une proportion inquiétante des morts-nés frais.

Ces chiffres corroborent avec certains indicateurs du processus d'évacuation notamment la durée du transport des CSCom aux CSRéf.

Si dans le district de Baroueli 45,97% des femmes ont été évacuées au CSRéf en moins d'une heure, à Markala 46,60% l'ont été à plus d'une heure.

En effet, ces durées peuvent être relativement raisonnables au regard de l'état des pistes rurales dans ces deux (2) districts mais associées aux autres niveaux de retard, elles peuvent être fatales pour le fœtus.

MAÏGA A [19], dans son étude a rapporté une proportion de 21,4% des mort-nés chez les femmes reçues pour une urgence obstétricale à hôpital de zone de Klouekanme -Toviklin- Lalo (Bénin).

La tendance élevée des mort-nés semble être liée au statut socio-économique des pays en développement surtout ceux au Sud du Sahara.

6.3.7. Niveau de performance du système de référence/ évacuation de Markala en 2017 :

Dans notre étude, le score obtenu a été de 136 points sur 226 possibles, ce qui correspond à 61,18% des points. Au regard de nos critères d'appréciation, le système de référence /évacuation du district sanitaire de Markala a été jugé **peu performant**.

MAGUIRAGA F [20], dans son évaluation de la performance du système de référence et de contre référence des urgences obstétricales dans la zone sanitaire de Djidja-Abomey-Agbangnizoun avait trouvé un score de 110 sur 186 soit 59,1% ce qui correspond à **un niveau pas performant**.

L'existence de personnel qualifié en nombre dans le district sanitaire de Markala a certainement permis d'avoir ce jugement.



CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

VII. CONCLUSION

L'évaluation de la performance du système de référence/ évacuation du district sanitaire de Markala, région de Ségou (république du Mali) a été faite en 2018. Cette évaluation a couvert l'année 2017 et tout le district sanitaire de Markala.

Au terme du travail, il a été conclu que le système de référence/ évacuation du district sanitaire de Markala est **peu performant** au regard des critères fixés par l'équipe d'évaluation.

En outre, nous avons classé les principaux constats en points forts et ceux à améliorer.

7.1. LES POINTS FORTS :

- la disponibilité personnel qualifié formé dans le domaine de santé maternelle et infantile (SONU, SENN, GATPA) ;
- la disponibilité du matériel et équipement techniques pour assurer la prise en charge des parturientes référées/ évacuées ;
- le nombre important de parturientes référées/évacuées au CSRéf de Markala par les CSCom périphériques ;
- l'amélioration notable de l'état de santé des mères référées ou évacuées au CSRéf de Markala ;
- la satisfaction des bénéficiaires (femmes, maris ou des accompagnants et leur famille) de la qualité des services tant au niveau des CSCom qu'au niveau du CSRéf ;
- l'organisation systématique d'une séance d'audit après chaque décès maternel avec production et diffusion de rapport d'audit ;
- l'utilisation des recommandations des audits pour prendre des décisions d'amélioration des pratiques ;

- la faible proportion de complications postopératoires au CSRéf de Markala ;
- la tenue régulière du staff journalier à la maternité sur les dossiers des parturientes reçues par l'équipe de garde ;
- le nombre réduit de parturientes référées ou évacuées au niveau de la deuxième référence.

7.2. POINTS A AMELIORER :

- l'insuffisance dans le remplissage des supports (registre SONU, registre du bloc opératoire, dossiers obstétricaux) ;
- La non révision du cadre conceptuel de la référence /évacuation
- la rupture fréquente du sang et de l'oxygène à la maternité du centre de santé de référence ;
- la proportion très élevée des fœtus mort-nés surtout les mort-nés frais à la maternité du CSRéf ;
- la proportion élevée des nouveau-nés des mères évacuées réanimées à la maternité du CSRéf ;
- Le faible taux de recouvrement de la quote part des différents contributeurs à la caisse de solidarité destinée à soutenir la référence évacuation ;
- le faible niveau de fonctionnement des instances de gestion de la caisse de solidarité pour la référence /évacuation en 2017 ;
- l'existence des trois (3) retards dans le processus de la référence évacuation et de prise en charge des urgences obstétricales : retard dans la communauté, retard dans le transport du CSCom au centre de santé de référence et retard dans la prise en charge au CSRéf ;

- la non effectivité de la garde couchée pour tous les agents qui interviennent dans la prise en charge des urgences obstétricales (infirmiers anesthésistes, Médecins) ;
- la non disponibilité de cahier de référence/évacuation dans tous les CSCom ;
- l'insuffisance dans le remplissage des supports disponibles au niveau des CSCom (cahier et fiches de référence évacuation) ;
- l'irrégularité et le retard dans la transmission des fiches de rétro-information des femmes référées /évacuées au CSRéf de Markala ;
- Certaines absences de personnel qualifié à bord de l'ambulance au cours l'évacuation des parturientes ;
- la non disponibilité de RAC fonctionnel dans les CSCom et au niveau de la maternité du CSRéf ;
- l'utilisation des moyens personnels de transport pour assurer évacuation des parturientes au CSRéf ;
- la non affectation par les ASACO d'une somme forfaitaire aux DTC pour l'achat du crédit téléphonique en cas de référence /évacuation ;
- le faible niveau d'implication des femmes dans la prise de décision en ce qui concerne leur propre santé ;
- le faible niveau d'appropriation de la santé communautaire par les responsables des collectivités décentralisées.

Au terme de notre travail, nous avons conclu que le système de référence/évacuation du district sanitaire de Markala est **peu performant** au regard du score obtenu. La révision du cadre conceptuel de la référence évacuation des urgences obstétricales, le renforcement de la capacité des structures périphériques en personnel qualifié et la sensibilisation des collectivités quant au paiement des quoteparts, par les collectivités et l'éviction des trois retards permettront de rendre performant le système de référence évacuation du district sanitaire de Markala

VIII. RECOMMANDATIONS/SUGGESTIONS

8.1. Aux Communautés (ASACO) :

- Inscrire dans les dépenses de fonctionnement le paiement de la quote-part de la référence/ évacuation ;
- Renforcer la sensibilisation des communautés pour le recours rapide aux CSCCom en cas de travail d'accouchement ;
- Impliquer davantage les femmes dans la gestion des CSCCom et dans la prise de décision en ce qui concerne leur propre santé ;
- Accorder aux DTC un montant forfaitaire pour achat de crédit en cas d'évacuation des parturientes ;
- Impliquer davantage les groupements et associations de femmes dans la mobilisation pour la référence/ évacuation des parturientes.

8.2. Aux Collectivités décentralisées :

- Prendre en compte la santé dans les documents de planification comme priorité et particulièrement la référence/ évacuation des parturientes ;
- Payer régulièrement les quotes parts de à la caisse de solidarité destinée à la référence évacuation des parturientes ;
- Exiger des responsables de la caisse de solidarité une restitution régulière et l'information de sa gestion.

8.3. Au personnel des CSCCom

- Mettre en place un cahier de référence/évacuation dans tous les CSCCom ;
- Renseigner correctement les supports mis en place dans le cadre de la référence/ évacuation (cahier et fiches de référence, partogramme) ;
- S'investir auprès des ASACO pour diligenter le paiement des quotes parts de la référence/ évacuation ;

- Renforcer l'information et la sensibilisation des parturientes et leurs familles en améliorant la qualité des plans d'accouchement enseignés lors des CPN ;
- Mettre en pratique des notions apprises lors des formations continues pour plus d'efficacité et d'efficience du système de référence/ évacuation ;
- Mettre à jour les cahiers de référence /évacuation, de message et tous autres supports nécessaires à la référence /évacuation des femmes enceintes au CSRéf ;
- Remplir correctement les supports qui accompagnent les femmes référées /évacuées au CSRéf.

8.4. Aux organes de gestion de la caisse de solidarité :

- Tenir régulièrement les réunions statutaires pour plus d'efficacité dans la gestion de la caisse ;
- Restituer de façon périodique les résultats de la gestion de la caisse de référence/ évacuation ;
- Tenir un bilan financier semestriel de la gestion de la caisse de solidarité surtout après avoir reçu la formation sur les modules harmonisés.

8.5. Au personnel socio sanitaire de Markala :

- Faire de la révision du cadre conceptuel de la référence/ évacuation du district de Markala une priorité prenant en compte le transport du circuit village- CSCom ;
- Mettre dans les termes de référence (TDR) de la supervision intégrée conjointe, la vérification de la disponibilité des supports pour la référence /évacuation dans les CSCom ;
- Développer les stratégies de réduction des différents retards relevés dans le processus de référence/ évacuation des cas obstétricaux ;

- Organiser la garde couchée de tous les membres de l'équipe d'intervention en cas de césarienne pour réduire le troisième retard ;
- Affectation dans les structures périphériques en personnel qualifié (sage-femme, infirmière obstétricienne) ;
- Mettre le personnel qualifié à bord de l'ambulance (sage-femme, IO) pour toute évacuation des parturientes ;
- Poursuivre la motivation du personnel à travers les primes de garde et d'autres moyens de motivation ;
- Élaborer un plan de mise en œuvre des résultats de la technique du groupe nominal ;
- Introduire le dossier obstétrical sur le logiciel GESYRE ;
- Poursuivre le plaidoyer auprès des responsables politico-administratifs et communautaires pour le paiement à temps des quottes parts annuelles et des reliquats ;
- Faire une large diffusion des résultats de cette évaluation à tous les acteurs du système de référence/ évacuation du district sanitaire de Markala.

8.6. A la direction régionale de la santé de Segou :

- Poursuivre l'appui technique et financier aux districts sanitaires dans l'évaluation de leur système de référence/ évacuation ;
- Faire de la fonctionnalité du système de référence/ évacuation dans le district sanitaire un critère d'appréciation de son équipe cadre ;
- Encourager les districts sanitaires à planifier dans leur PO, les activités d'évaluation et de révision des cadres conceptuels de la référence/ évacuation ;

- Faire le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers de la région pour le financement des activités d'évaluation et de révision des cadres conceptuels de la référence/ évacuation.



REFERENCES

IX. REFERENCES

Nos références sont rédigées selon les normes de Vancouver 5^{ème} édition mise à jour en 2007. Les numéros des références correspondent à leur ordre d'apparition dans le document. Il faut reconnaître que les contenus de toutes les références ne se trouvent pas dans le rapport, certaines ont été simplement lues pour mieux comprendre certains aspects du sujet traité.

1. **OMS.** Réduire la mortalité maternelle – Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale. Genève. OMS. 1999
2. **Tanker A, Ransom E.** Healthy Mothers and Healthy Newborns: The Vital Link. 2002.
3. **World Health Organization.** Geneva. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO. 2004a.
4. **De Bernis, L.** La mortalité maternelle dans les pays en développement: quelles stratégies adopter? Med Trop; 2003. 63 (4-5) ; 391-9.
5. **AbouZahr C, Royston E.** Maternal Mortality: A Global Fact book. Genève : OMS. 1991..
6. **Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A.** La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. New York : Centre de santé des populations et de la famille, École de santé publique, Université Colombia. 1997
7. **McCarthy J, Maine D.** A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. Studies in Family Planning; 1992. 23 (1), 23-33.
8. **Mahler H.** The Safe Motherhood Initiative: a call to action. Lancet. 1987. 1(8534), 668-670.
9. **Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies.** Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, New York. 2005. [En ligne] Disponible au <http://www.unmillenniumproject.org/documents/overviewFRlowres.pdf>
10. **Merger R, Levy J, Melkior J.** Précis d'obstétrique ; MASSON Ed. Paris 1979 : 211-218, 430-411, 479.
11. **Dujardin B, Clarysse G, Criel B, De Brouwere V, Wangata N.** The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of referral compliance. Social Science and Medicine; 1995. 40, 529-535

12. **EDS IV Mali.** Enquête Démographique et de Santé. Mali 2006
13. **MINISTERE DE LA SANTE.** Enquête démographique et de santé (EDS). Bamako (Mali); (5^{ème}edit), 2012-2013
14. **DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE. Ségou.** Annuaire des statistiques sanitaires. Ségou : DRS ; 2014..
15. **P. Bernanose, D.**Partnership for Maternal, Newborn & Child Health via Eurekaalert “Stillbirths: The invisible public health problem”revue medicate *The Lancet* le 15/04/2011. <http://blog.santelog.com/2011/04/15/mortinatalite-ce-fardeau-si-lourdquo-n-le-cache-thelancet/#sthash.F7JlqG7s.dpuf>
16. **GOITA B.** Evaluation du système de référence/évacuation au centre de santé de référence du cercle de Macina [thèse de doctorat d’Etat en médecine générale]. Bamako (Mali) : Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Ondonto-Stomatologie : 2008.
17. **DIALLO Mamadou Larabi.** Evaluation du système de référence/évacuation du cercle de Baroueli [thèse de doctorat d’Etat en médecine générale]. Bamako (Mali) : Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Ondonto-Stomatologie: 2012.
18. **Thiam O, ML Cissé, MM Mbaye, MM Niang ,M. Gueye, AA Diouf , S Dièye, J. C. Moreau.** La problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : exemple du centre hospitalier de ndioum. Rev. CAMES SANTE Vol 1. N°2. Décembre 2013.
19. **MAIGA A.** Evaluation du système de référence et contre référence des urgences obstétricales dans la zone sanitaire de Klouekanme -Toviklin- Lalo [Mémoire maîtrise en santé publique IRSP]. Ouidah (Benin) : Institut Régional de Santé Publique (IRSP) : 2007.
20. **MAGUIRAGA F.** Evaluation de la performance du système de référence et de contre référence des urgences obstétricales dans la zone sanitaire de Djidja - Abomey – Agbangnizoun [Mémoire maîtrise en santé publique IRSP]. Ouidah (Benin) : Institut Régional de Santé Publique (IRSP) :2008.
21. **Théra T, Traoré Y, Kouma A, Diallo B, Traoré ZO, Traoré M, Traoré AT, Doumbia S.** Problématique du système de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l’implication des communautés dans le district de Bamako. Mali médical 2015 tome xxx n°3.
22. **SAKHO Papa. (2005)** -*Notre marginalisation et enclavement en Afrique de l’Ouest, « l’espace des trois frontières »* Sénégalais- Espace. Populations Société -UST.Lille-France : pp.163-168.

23. **PR. Oumar FAYE. (2007)** -*Les réponses à apporter aux enjeux de la mortalité maternelle*-dans Walfadji quotidien du 11 Août 2007. Consulté le 13 Août 2007 du site [www. walf.sn](http://www.walf.sn).
24. **OMS. (2005)** -*Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Rapport sur la santé dans le monde Genève. 7 avril 2005. Consulté le 14/5/2005 au site : [http://www.who.int /whr//fr](http://www.who.int/whr/fr).
25. **OMS. (2004)** -*Au-delà des Nombres : Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, Genève.
26. **LA LIBRE. (2004)** -*la mortalité négligée*, mise en ligne le 16 septembre 2004, consulté le 25/1/2005 : www.equipop.org/index.php?rel=10&typ=2&art=399 - 49k
27. **DOUMBIA S.** les évacuations sanitaires obstétricales pronostic maternel et périnatal au centre de Santé de Référence de la Commune V. th méd., Bamako 2010 ; 22.
28. **SIDIBEI M.** les évaluations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de Bougouni. Th méd. Bamako 2006.45
29. **DIARRA B.** Evaluation du système de référence /évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de Juillet 2005 à juin 2006. Thèse 2007
30. **A.J. Diarra Nama, O. Angbo, M.N. Koffi, M.K. Koffi, T.K. Yao, C. Wellfens Ekra.** Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte d'Ivoire. *Santé publique* 1999, volume 11, no 2, pp. 193-201
31. **WOODS Robert.** La mortinatalité : éclairage historique sur des problèmes persistants d'estimation et d'interprétation.4/2008 (Vol. 63), p. 683-708 : www.cairn.info/revue-population-2008-4-page-683.
32. **ORGANISATION DES NATIONS UNIS. NEW YORK.** Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement.New York : ONU; 2007.
33. **Tinker A, Ransom E.** Healthy Mothers and Healthy Newborns: The Vital Link. 2002.
34. **Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies.** Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, New York.2005. [En ligne] Disponible au <http://www.unmillenniumproject.org/documents/overviewFRlowres.pdf>
35. **World Health Organization.** The World Health Report 2005 – Make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.
36. **Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG.** How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*.2005. 366(9490), 1026-35.

37. **Fort AL, Voltero L.** Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia. *Human Resources for Health*; 2004. 2, 8.
38. **Bossyns P, Lerberghe WV.** The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*; 2004 2(1).
39. **Hessou PSH.** Qualité de la référence des urgences obstétricales des formations sanitaires du Département du Zou sur la maternité du Centre Hospitalier Départemental. Thèse Méd., Cotonou, 1998, N°772 p.136
40. **CENTRE DE SANTE DE REFERENCE.** Cadre conceptuel du système de référence/évacuation : district sanitaire de Markala : équipe socio-sanitaire de Markala ;2005



ANNEXES

X. ANNEXES

OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

10.1. GRILLE D'EXPLOITATION DOCUMENTAIRE

1. N° d'identification de la femme.....
2. Résidence
3. Structure de référence.....
4. Aire de santé.....
5. District sanitaire.....
6. Age :
7. Gestité :
8. Parité :
9. Type d'accès :
10. Moyens d'accès :
11. Motif d'évacuation/référence :
12. Heure départ Ambulance :
13. Heure d'arrivée ambulance :
14. Durée d'évacuation :
15. Qualification l'agent à bord :
16. Début de prise en charge :
17. Existence de BCF : Oui /___/ Non /___/
18. Heure de fin de prise en charge :
19. Durée prise en charge :
20. Voie d'accouchement :
21. Type de césarienne :
22. Diagnostic
23. Etat de la femme :
24. Etat de l'enfant :
25. Enfant réanimé : Oui /___/ Non /___/
- 26 : Type de mort-né :
27. Qualification prestataire :
28. Lieu du décès :
29. Décès mères cause :
30. Décès enfant cause :
31. Complications postopératoires : Oui /___/ Non /___/

32. Nature des complications :

33. Femme évacuée 2^{ème} référence :

10.2. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES MAIRES

Fiche N°.....

Date d'enquête : ____/____/____

Identification de l'enquêté :

1. Maire: /__/
2. Conseiller de santé de la mairie: /__/
3. Autres conseillers à préciser :

Question 1 : Dans le cadre du programme de développement sanitaire économique et culturel PDSEC de la commune, quelles sont les activités prioritaires de santé qui sont prises en compte ?

.....
.....

Question 2 : Un système de référence /évacuation a été mis en place dans le district sanitaire de Markala pour la prise en charge des urgences obstétricales. Que savez-vous de l'organisation et du fonctionnement de ce système ? (Objectifs, mécanismes de fonctionnement, les cibles concernées...)

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

Question 3 : Quelle est la contribution de la mairie au financement du système de référence/évacuation (transport, salaire personnel) ?

.....
.....

Question 4 : votre mairie est-elle à jour dans le paiement de la quote part du système de référence/évacuation ?

Si Oui, montant prévu..... montant payé.....reliquat.....

Si non, montant prévu..... montant payé.....reliquat.....

Raisons du retard ou du non-paiement

.....
.....

Question 5 : Comment appréciez-vous l'implication de la communauté dans la gestion et le financement du système de référence/évacuation ?

.....
.....

Question 6 : avez-vous participé à des réunions de restitution de la gestion de la caisse de solidarité du système de référence/évacuation depuis son démarrage à ce jour ?

Si oui, quel est votre avis par rapport à la gestion de la caisse de solidarité ?

.....
.....

Question 7 : A votre avis qu'est ce qu'il faut pour que le système de référence/évacuation puisse contribuer à réduire considérablement la mortalité maternelle et la périnatalité dans le district sanitaire de Markala ?

Au niveau des communautés :

.....
.....

Au niveau des collectivités locales (mairies) :

.....
.....

Au niveau des structures de santé :

.....
.....

10.3. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES FEMMES EVACUEES

Date de l'enquête : ___/___/___

N° de la fiche: /___/___/___/

Centre de santé de provenance :

Q1 : Combien de temps êtes restée à la maison après le début du travail ?.....

Q2 : Qui a pris la décision de recourir au centre de santé ?

Q3 : La famille est-elle eu des difficultés pour vous amener au centre de santé ?

- Financière /___/
- Moyen de transport /___/
- Retard dans la prise de décision /___/
- Problème d'accompagnant /___/

Q4 : Combien de jours êtes-vous restée au centre de centre de santé qui vous a référé à Markala ?

- moins d'un (1) jour: /___/
- 1 jour: /___/
- 2 jours: /___/
- plus de 2 jours: /___/

Q5 : Etes-vous satisfaite de la qualité des soins et services au niveau de ce centre de santé ?

- Accueil : Oui /___/ Non /___/
- Communication : Oui /___/ Non /___/
- Traitement reçu : Oui /___/ Non /___/

Q6 : Les raisons de votre référence vous ont-elles été expliquées ?

- Oui /___/
- Non /___/

Q7 : Etes-vous d'accord avec la décision de référence ?

- Oui /___/
- Non /___/

- Indifférent/___/

Q8 : Par quel moyen êtes-vous arrivée au CSRéf de Markala ?

Q9 : Avez-vous été évacuée avec un abord veineux ?

- Oui /___/
- Non /___/
- Ne sait pas /___/

Q10 : Avez-vous été satisfait de l'accueil et du traitement reçu à l'hôpital ?

- Oui /___/
- Non /___/
- Plus ou moins /___/

Q11 : Par quel moyen êtes-vous arrivée au CSCom ?

Q12. Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de votre séjour à Markala?

.....
.....

10.4. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES MARIS OU DES ACCOMPAGNATS (ES)

Date de l'enquête : ___/___/___

N° de la fiche: /___/___/___/

Centre de santé de provenance :

Q1 : Combien de temps êtes restée à la maison après le début du travail ?

Q2 : Qui a pris la décision de recourir au centre de santé ?

Q3 : La famille est-elle eue des difficultés pour vous amener au centre de santé ?

- Financière /___/
- Moyen de transport /___/
- Retard dans la prise de décision /___/
- Problème d'accompagnant /___/

Q4 : Combien de jours êtes-vous restée au centre de centre de santé qui vous a référé à Markala ?

- moins d'un (1) jour: /___/
- 1 jour: /___/
- 2 jours: /___/
- plus de 2 jours: /___/

Q5 : Etes-vous satisfaite de la qualité des soins et services offerts à votre patiente au centre de santé ?

- Accueil : Oui /___/ Non /___/
- Communication : Oui /___/ Non /___/
- Traitement reçu : Oui /___/ Non /___/

Q6 : Les raisons de la référence votre patientes vous ont-elles été expliquées ?

- Oui /__/
- Non /__/

Q7 : Est-ce que la caisse de solidarité mise en place de la cadre du système de référence a assuré le transport de votre patiente du centré de santé au CS Réf de Markala ?

- Oui /__/
- Non /__/

* Si non, quelles sont les raisons :

.....

* Par quel moyen de transport êtes-vous arrivée au CS Réf de Markala ?

* Comment les frais de transport ont été assurés ?

Q8 : Avez-vous été satisfait de l'accueil et du traitement reçu à l'hôpital ?

- Oui /__/
- Non /__/
- Plus ou moins /__/

Q9 : Par quel moyen de transport votre parturiente est-elle arrivée au CSCom ?

Q10 : Existe-elle dans votre village une moto ambulance ?

- Oui /__/
- Non /__/

*Si Oui, comment le fonctionnement de la moto ambulance est assuré ?.....

.....

*Avez-vous une caisse villageoise de solidarité pour assurer le fonctionnement de la moto ambulance ?

- Oui /__/
- Non /__/

*Si Oui, comment le financement de la caisse est assuré ?.....

.....

*Quelles sont les difficultés liées à la gestion de cette caisse ?

.....

Q11 : Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de votre séjour à Markala ?

.....

.....

Q12 : Selon vous qu'est-ce que peut être fait au niveau du village pour assurer le transport des femmes en difficultés d'accouchement au centre de santé dans un esprit de solidarité ?

.....

.....

10.5. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES RESPONSABLES CSCOM

Date de l'enquête : ___/___/___

CSCOM de :

Qualification du chef de poste :

1. Médecin : /_/_/
2. Infirmier d'Etat : /_/_/
3. Sage-femme : /_/_/
4. Technicien de santé : /_/_/
5. Infirmière obstétricienne : /_/_/
6. Autres (préciser) :

Q1 : Avez-vous référé ou évacué des parturientes au CS Réf de Markala courant 2017 ?

Si Oui nombre de parturientes référées ou évacuées.....

Q2 : Avez-vous des fiches de référence ?

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

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

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

Q4 : Avez-vous des fiches de partogramme ?

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

Q5 : Avez-vous connu des ruptures de supports ces 12 derniers mois ?

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

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

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

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

.....
.....

Q7 : Disposez-vous d'un moyen de communication ? 1. Oui : /_/_/ 2. Non : /_/_/

Q7.1 : Si oui, type ?

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

Q7.2 : Si non, comment vous rentrez en contact avec le CS Réf en cas d'une urgence obstétricale ?

Q8 : Quelles sont les dispositions que vous prenez pour référer ou évacuer une femme ?

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

Q9 : Recevez-vous des informations sur les cas référés au CSRef ?

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

Q9.1 : Si oui, dans quel délai ?

1. Au moins d'1 semaine après : /_/_/
2. 2 semaines après : /_/_/
3. 1 mois après : /_/_/

4. Plus de 1 mois après: /_/_/

Q10 : Avez-vous participé aux réunions de monitoring sur la référence évacuation ?

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

Q11 : Le personnel du centre va-t-il être formé en soins obstétricaux d'urgence ?

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

10.6. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES RESPONSABLES ORGANES DE GESTION DES FORMATIONS SANITAIRES

Fiche N°.....

Date d'enquête : ____/____/____

Identification de l'enquêté :

4. Président du CA /CG : /_/_/

5. Autres membres du comité (préciser) :

Question 1 : Un système de référence et contre référence a été mis en place dans le district sanitaire de Markala pour la prise en charge des urgences obstétricales. Que savez-vous de l'organisation de ce système ? (objectifs, mécanismes de fonctionnement, les cibles concernées)

.....
.....

Question 2 : Quels sont vos responsabilités et rôles dans le système de référence/ évacuation

.....
.....

Question 3 : Quelles sont les actions que vous avez eu à mener envers les communautés pour la bonne marche du système de référence/évacuation ?

.....
.....

Question 4 : Au niveau des villages, comment les communautés sont organisées pour assurer le transport d'une femme ayant une complication obstétricale ? (difficultés d'accoucher)

.....
.....

Question 5 : Qui prend en charge les frais de transport du village vers le centre de santé ?

1. Caisse villageoise : /_/_/

2. Famille : /_/_/

3. Autres (préciser) : /_/_/

Question 6 : au cas où la femme doit être référée au CSRéf de Markala, qui prend en charge les frais de transports ?

1. Caisse de solidarité : /_/_/

2. CSCom : /_/_/

3. Famille : /_/_/

4. Autres (préciser) : /_/_/

Question 7 : avez-vous participé à une ou à des réunions sur le système de référence et contre référence depuis son lancement à ce jour ? Si, oui quelles sont ses acquis et ses difficultés les plus souvent rencontrées ?

.....
.....

Question 8 : est ce que votre CSCom est à jour dans le paiement de sa quote pour la caisse de solidarité du système de référence/évacuation ?

Si Oui, montant prévu.....montant payé.....reliquat.....

Si non, montant prévu.....montant payé.....reliquat.....

Raisons du retard ou du non-paiement

.....
.....

Question 9 : quelle appréciation faites-vous du fonctionnement actuel du système de référence/évacuation de votre district sanitaire ?

.....
.....

Question 10 : Avez-vous des propositions pour que le système puisse mieux marcher dans votre district afin que les femmes ne meurent pas ou peu au cours des accouchements ?

.....
.....

10.7. GUIDE FOCUS GROUPE ASSOCIATION OU GROUPEMENTS DE FEMMES

Fiche N°.....

Date d'enquête : ____/____/____

Identification de l'association :

Q1 : votre association est-elle officiellement reconnue ? Oui /___/ Non /___/

Si Oui : N° récépissé.....

Q2 : Un système de référence évacuation a été mis en place dans le district sanitaire de Markala pour la prise en charge des urgences obstétricales. Etes-vous au courant de l'existence de ce système ?

.....
.....

Q3 : Que savez-vous de l'organisation de ce système ? (objectifs, mécanismes de fonctionnement, les cibles concernées) ?.....

.....

Q4 : L'une des membres de votre association ou sa famille a-t-elle déjà bénéficié des services de ce système ?

Oui : /___/ Non /___/

Q5 : Connaissez-vous une femme dans votre village qui a déjà bénéficié des services de ce système ?

Si Oui, quelle appréciation faites-vous de ce système ?

.....
.....
Q6 : Votre association est –elle prête à accompagner ce système qui sauve la vie des femmes et leurs enfants ?

Si Oui, quelles sont les actions que votre association peut mener au niveau du village dans le cadre de la référence/évacuation ?

.....
Q7 : Quel est le mécanisme de financement de votre association ?
.....

10.8. TECHNIQUE DU GROUPE NOMINAL (TGN) AVEC L'EQUIPE CADRE ET LES PRESTATAIRES DE LA MATERNITE

QU'EST-CE QUE LA TGN ?

La TGN permet à un groupe de personnes (entre 10 et 15) de s'exprimer en subissant le minimum de contraintes ou pressions de la part des membres du groupe. Elle permet de niveler les possibilités de participation réelle au sein du groupe de répondants.

Ce type d'entrevue permet à chaque participant de s'exprimer à tour de rôle sur différentes dimensions organisationnelles de l'établissement.

Pourquoi une TGN ?

La dynamique participative de la TGN s'inscrit dans la **culture de développement** et est susceptible d'être adoptée comme outil de concertation de manière à encourager la production d'idées novatrices en évitant la pression des membres du groupe.

Les étapes de la TGN

La TGN comporte six étapes :

1. Définition de la question nominale ;
2. Production de propositions reliées à la question nominale (individuellement et en silence) ;
3. Cueillette des idées : chaque personne à tour de rôle présente une proposition pour qu'elle soit inscrite sur des feuilles volantes ;
4. Clarification des propositions après plusieurs tours de table ;
5. Vote : chaque personne met ses propositions sur la table et lui assigne une note ;
6. Compilation et présentation des résultats selon le nombre de points accordés.

Organisation de la TGN

Matériel nécessaire :

- Une série de feuilles mobiles grand format sur lesquelles seront transcrites les propositions des participants ;
- Un ruban de papier adhésif ;

- Des crayons feutres pour les feuilles volantes ;
- Des feuilles de travail et un crayon pour chaque participant, permettant à ce dernier d'écrire ses propositions ;
- Des fiches cartonnées pour le vote (maximum de neuf par individu).

Question nominale : comment faut-il améliorer la performance du système de référence/évacuation du district sanitaire de Markala ?

10.9. FICHE DE DEPOUILLEMENT DU MATERIEL ET EQUIPEMENT DU CSREF DE MARKALA EN 2016

Matériel/équipement	Nombre	Etat
Boîte d'accouchement		
Boîte de césarienne		
Boîte de laparotomie		
Boîte de craniotomie		
Boîte de pansement		
Poupin elle		
Forceps		
Ventouse		
Appareil à tension		
Bistouri électrique		
Kit réanimation pour nouveau-né		
Table d'accouchement		
Table d'opérateur		
Table chauffante pour NVN		
Kit d'anesthésie		
Appareil de l'échographie		
Ambulance médicalisée		
Ambulance non médicalisée		

Consommables/médicaments	Nombre	Etat
Obus d'oxygène		
Kit césarienne simple		
Kit césarienne compliquée		
Disponibilité d'une muni-banque de sang		
Dossier obstétrical		
Partogramme		
Registre SONU		

Fiche signalétique

NOM : SANOGO

PRENOM : SOULEYMANE

TELEPHONE : + (223) 75 07 98 51

Email : souleymanesanogo773@yahoo.com

TITRE DE LA THESE : Evaluation du système de Référence/Evacuation dans le district sanitaire de Markala en 2017

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018-2019

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

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

SECTEUR D'INTERET : Gynéco-obstétrique

Résumé :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à viser évaluative sur le système de Référence/Evacuation dans le district sanitaire de Markala en 2017. Au terme de notre étude, nous avons constaté :

- Le système est peu performant
- La disponibilité de personnel qualifié dans le district sanitaire Markala.
- Le faible taux de décès maternel (0,70 %).
- Le fort taux de morts nés frais (84% des mort nés).
- Le fort taux des évacuées par ambulance (80%).
- Le non paiement des quotes-parts par la mairie et certains ASACO.

Mots clés : Système Référence /Evacuation. Markala

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 !