

Ministère de l'Education Nationale

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie

et d'Odonto-Stomatologie

Année Académique 2005-2006

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une foi

N° _____

***RELATIONS FONCTIONNELLES ENTRE
VILLAGES, CSCOM ET LE CSRéf DANS
LE DISTRICT SANITAIRE DE
KOLOKANI***

(Système de référence/évacuation sanitaire)

THESE



Présentée et soutenue publiquement le/..... /..... devant la Faculté
de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (F.M.P.O.S.)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Par :

HANINE KEITA

Président du jury : Pr Mamadou M. KEITA

Membre du jury : Dr Binta KEITA

Co-Directeur de thèse : Dr Hamadoun SANGHO

Directeur de thèse : Pr Toumani SIDIBE

SOMMAIRE

Chapitre I : INTRODUCTION / OBJECTIFS	1
Chapitre II : GENERALITES	5
Chapitre III : METHODOLOGIE	14
Chapitre IV : RESULTATS	22
Chapitre V : COMMENTAIRES ET DISCUSSION	48
Chapitre VI : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
ANNEXES	62

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

AS : Aide Soignant

AT : Accoucheuse Traditionnelle

ATR : Accoucheuse Traditionnelle Recyclée

CREDOS : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la survie de l'enfant

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPN : Consultation Prénatale

CSA : Centre de Santé d'Arrondissement

CSC : Centre de Santé de Cercle

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DNS : Direction Nationale de la Santé

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FELASCOM : Fédération Locale des Associations Communautaires

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

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du Point G

ICPM : Infirmier Chef de Poste Médical

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PSSP : Politique Sectorielle de Santé et de Population

RAC : Réseau Administratif de Communication

RC : Relais Communautaire

SAGO: Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

SASDE : Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant

TEL : Téléphone

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

% : Pourcentage



Introduction

I- INTRODUCTION

La situation sanitaire et sociale en Afrique et particulièrement au Mali est caractérisée par des taux de mortalité et de morbidité très élevés, des niveaux d'équipements et de personnels non satisfaisants par rapport aux normes internationales, malgré les efforts fournis ces dernières années dans le domaine de la santé.

La certitude pour qu'un accouchement par voie naturelle soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue [1].

En Tanzanie, selon une expression du folklore local, la mère lorsque le moment lui semble venu d'accoucher, dit « je vais à l'océan chercher un nouveau bébé mais le voyage est long et dangereux, il se peut que je ne revienne pas » [2].

Toutes les femmes enceintes courent le risque de connaître les complications obstétricales responsables d'une mortalité et d'une morbidité fœto-maternelles élevées.

Selon les estimations de l'OMS (WHO, 1997), des 120 millions de nouveaux nés, environ 8,1 millions meurent chaque année. Environ les deux tiers de la mortalité néonatale surviennent pendant la première semaine de la vie.

Toujours selon l'OMS, environ un demi million de femmes meurt chaque année.

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est estimé à environ 582 pour 100.000 ; une femme meurt toutes les trois heures [3].

Dans la région de Koulikoro où se trouve Kolokani, le taux de mortalité néonatale est plus élevé que la moyenne nationale : 65,4 pour 1000 naissances vivantes contre 56,5 pour 1000 au plan national [4].

Réduire ces taux élevés de mortalité, est un objectif pour tous les pays, surtout ceux en voie de développement.

Selon Admson Peter : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelles est d'identifier le plutôt possible les 15 % de grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps [5].

Pour cela une place importante est accordée au transfert des femmes vers les centres spécialisés : c'est-à-dire au problème de référence / évacuation.

D'une façon générale, la référence est le transfert d'un malade, d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre de santé à un autre pour une prise en charge adaptée [6].

L'évacuation sanitaire quant à elle, est le transfert rapide d'un malade, d'un centre de santé à un autre plus équipé et mieux spécialisé [6].

L'amélioration du système de référence/ évacuation sanitaire entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire particulièrement dans les districts sanitaires, réduirait considérablement les taux de mortalité et morbidité fœto-maternelles.

Notre but est de déterminer les principales difficultés rencontrées dans la référence des femmes et des nouveau-nés et d'identifier les solutions préalables permettant ainsi une amélioration de la référence/ évacuation dans le dit district.

OBJECTIFS

1- Objectif général :

► Analyser la relation fonctionnelle entre les différents niveaux de l'organisation du système sanitaire à Kolokani (villages, CSCOM et CSRéf).

2- Objectifs spécifiques :

► Décrire le système de référence/évacuation sanitaire entre les différents niveaux de l'organisation du système sanitaire à Kolokani.

► Décrire les conditions de prise en charge des femmes et des nouveau-nés dans le système de référence.

► Déterminer les principales raisons de la référence des femmes entre villages et CSCOM d'une part et entre CSCOM et CSRéf de Kolokani d'autre part.

► Identifier les principales difficultés rencontrées au cours de la référence dans le district sanitaire de Kolokani.

► Formuler des recommandations pour améliorer la référence dans le

district sanitaire de Kolokani.



II- GENERALITES

1- Définitions :

1-1 Définitions (module de périnatalité) [7]

- **Référence** : transfert d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans la notion d'urgence.

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

1-2 Définition SAGO Dakar 98 [7]

- **Référence** : 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.

- **Evacuation** : l'évacuation concerne une parturiente en travail évacuée en urgence ou non, en travail mais pour une complication grave

nécessitant une hospitalisation urgente.

Remarque : la confusion se pose au niveau d'un centre de santé de référence où la séparation des échelons n'est pas effective.

1.3 Autres définitions

- La mortalité néonatale précoce est celle qui survient 8 jours après la naissance.
- La mortalité néonatale tardive est celle qui survient entre le 8^{ème} et le 28^{ème} jour après la naissance.
- Une matrone est une femme lettrée du village qui a suivi une formation théorique et pratique de 6 mois dans un centre de formation en santé.
 - Une accoucheuse traditionnelle (AT) est généralement une vieille femme illettrée du village qui assiste les femmes pendant le travail, l'accouchement et après l'accouchement.
 - Un infirmier est un agent de santé qui a suivi une formation en soins infirmiers pendant trois ans après l'obtention du Diplôme d'Etudes Fondamentales (DEF). Quand il devient chef du CSCOM on l'appelle infirmier chef de poste médical (ICPM).
- Un aide soignant est un agent de santé qui a suivi une formation théorique et pratique en soins infirmiers pendant 6 mois dans une école de formation en santé.
- Le Centre de santé de référence est l'hôpital du district. Il est équipé d'un bloc opératoire, d'un laboratoire et d'un système organisé de référence/évacuation pour les urgences obstétricales. Si le système de référence/évacuation n'est pas fonctionnel, on l'appelle centre de santé de cercle (CSC).
- Le centre de santé communautaire (CSCOM) est le bâtiment construit par la communauté en collaboration avec l'Etat ou ses partenaires au développement où le personnel de santé fournit des prestations à la communauté. Le bâtiment est

construit et équipé selon les normes définies par la politique de santé du Mali.

- L'association de santé communautaire (ASACO) est l'organe de gestion du CSCOM. Il est composé de membres élus au sein de la communauté pour une durée de mandat définie par les statuts de l'association.

2- Politique et organisation des services de santé au Mali

La politique sectorielle adoptée en 1990 par la république du Mali est conforme d'une part aux grands principes de l'OMS dont il est membre et d'autre part aux réalités socio-économiques et culturelles du pays.

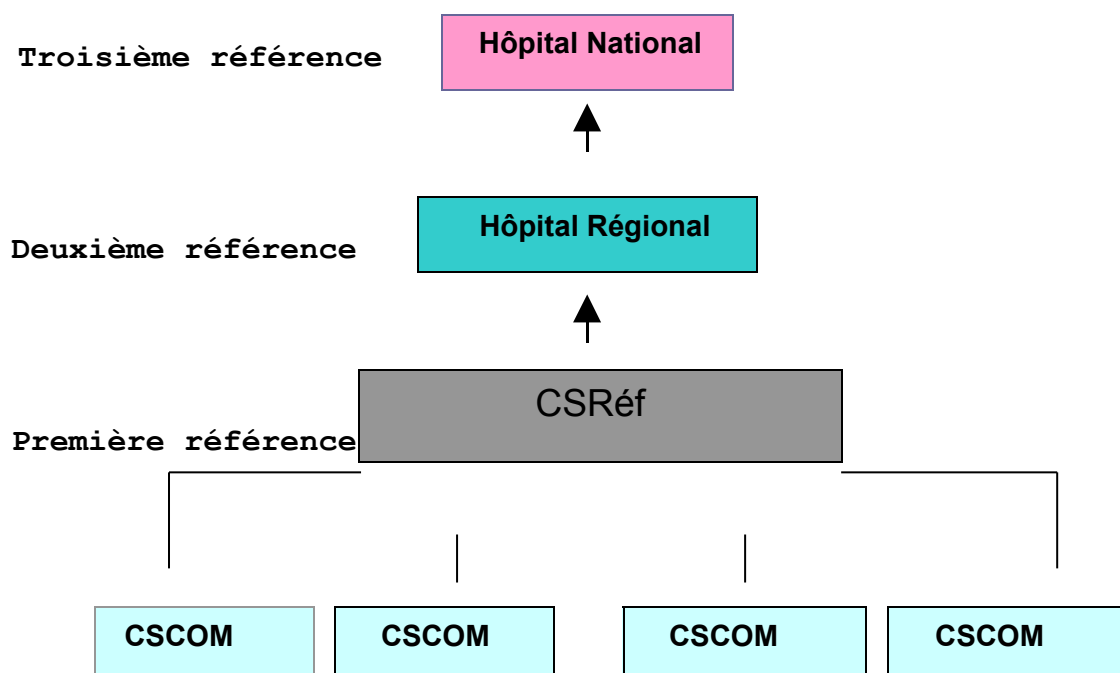
La priorité de l'action sanitaire reste réservée au milieu rural et péri-urbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio-sanitaire et au bien être de la famille.

L'objectif de cette politique sectorielle vise à :

- a) Améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays.
- b) Etendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population.
- c) Rendre le système de santé viable et performant [8].

La politique sectorielle de santé a mis en place un système national de soins qui peut être schématisé sous la forme d'une pyramide dont la base représente l'ensemble de la population (pour les soins primaires) et le sommet (hôpitaux nationaux), le dernier recours médical du pays.

Schéma 1 : Pyramide sanitaire du Mali



Entre les *CSCOM* qui constituent le premier contact pour la population à la base de la pyramide avec le système de santé et les hôpitaux nationaux, il existe des liens fonctionnels, organisationnels et administratifs.

· En effet le malade du *CSCOM* est référé vers le centre de santé de la préfecture ou district sanitaire qui est le premier niveau de référence.

Le niveau du district assure la coordination, l'appui et la formation du personnel des *CSCOM*.

- Le deuxième niveau de la référence est constitué par les hôpitaux secondaires et régionaux. Le niveau régional assure la coordination, l'appui et la formation des deux niveaux ci-dessus énumérés.
- le troisième niveau de référence, niveau central ou sommet de la pyramide, est constitué par les hôpitaux nationaux (HGT, HPG et Hôpital de Kati) et les centres nationaux de soins [9].

Concernant le personnel sanitaire du Mali le ratio reste cependant toujours faible par habitants par rapport aux normes internationales. En 2001 pour le premier niveau de contact de la population (CSCOM) les ratios étaient de :

- 1 médecin pour 14.612 habitants (Norme OMS=1/10.000) ;
- 1 infirmier pour 13.989 habitants (Norme OMS=1/10.000) et
- 1 sage-femme pour 21.440 habitants (Norme OMS=1/10.000) [10].

Un plan décennal de développement sanitaire et social (PDSS) 1998-2007 a été élaboré [10]. A partir de ce plan, un programme quinquennal fut élaboré dénommé PRODESS (programme de développement sanitaire et social) pour la période 1998-2002. En fait le PRODESS est la traduction opérationnelle du PDSS dont il fixe les actions prioritaires pour les cinq premières années de sa mise en oeuvre. Les objectifs principaux du PRODESS sont entres autres [11] :

- L' amélioration de l'accès aux soins sanitaires du premier niveau par la construction de centres de santé communautaires, offrant un paquet minimum d'activités, et comportant les soins curatifs, préventifs et promotionnels (les consultations prénatales, les accouchements assistés, la planification familiale, la vaccination des enfants et des femmes).
- La distribution des médicaments essentiels à un prix abordable pour la population
- L'amélioration de la qualité des services sanitaires.
- La prise en charge des besoins de soins obstétricaux d'urgence au niveau du

centre de santé de cercle. Pour cela un système de référence/évacuation est en cours de développement dans chaque cercle du Mali.

- Le recouvrement des coûts dans les services de santé reste la base économique des soins de santé.
- Le volet lutte contre l'exclusion du PRODESS, s'occupe de la protection sociale des groupes démunis dans la société.
- Le développement des ressources humaines pour réaliser ce programme ambitieux fait partie intégrante du PRODESS.

3- Politique sectorielle de santé et système de santé de district

La déclaration de politique sectorielle de santé et de population du Mali retient parmi ces principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle (le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS). Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio-sanitaire et l'offre des soins est assurée par 2 échelons complémentaires :

Le premier échelon représenté par les centres de santé communautaire offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et géré par les associations de santé communautaire (ASACO), composé des délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie;

Et le deuxième échelon, le centre de santé de cercle ou hôpital de district pour les soins de santé de référence.

D'une manière générale, le cercle compte une population variant entre 100.000 et 200.000 habitants [12].

~ Extension de la couverture sanitaire

Par rapport à l'extension de la couverture sanitaire au Mali [13], la mise en place des structures de 1^{er} échelon à travers la création de CSCOM ou la transformation de CSA en CSCOM a permis de passer de 347 CSCOM à 660

CSCOM dont 76 (12%) dans les régions du Nord (Tombouctou, Gao et Kidal).

Pendant la période (1998-2002), les pourcentages de population ayant accès au PMA ont passé de 29% à 44% dans un rayon de 5 Km et de 46% à 68% dans un rayon de 15 Km pour des prévisions respectives de 45% et 65%.

Le manque de personnel qualifié et leur instabilité au niveau des CSCOM ont freiné par endroit l'extension de la couverture.

Nous constatons beaucoup d'efforts entrepris ces dernières années par l'exécutif qui ont permis d'améliorer l'état de santé des populations.

Ainsi en 1995-1996 les résultats de l'EDSII ont estimé que 30% de la population situés dans un rayon de 5 Km avaient accès au PMA et 50% dans un rayon de 15 Km.

En 1998, l'accès au PMA était de 32% dans un rayon de 5 Km et 53% dans un rayon de 15 Km.

En 2000, 37% dans un rayon de 5 Km et 59% dans un rayon de 15 Km.

Enfin en 2001, 40% à moins de 5 Km et 63% à moins de 15 Km [14].

~ Insuffisance de couverture sanitaire

Il faut noter que malgré ces efforts entrepris, la couverture du PMA reste toujours faible dans notre pays.

Cette faible couverture du PMA s'explique par : [13]

- L'insuffisance de l'approche communautaire qui est un élément essentiel de la politique sectorielle de santé et population.

Les principales causes identifiées sont l'insuffisance de l'approche communautaire, l'arrêt des activités d'approche communautaire aussitôt après le lancement du CSCOM ;

- l'inadaptation des messages aux spécificités locales et à l'évolution du contexte socio-politique ;

- l'absence de concertation entre les intervenants ASACO, Mairies, les services du Ministère de la Santé et ceux du Ministère chargé de la décentralisation territoriale ;
- L'implantation des CSCOM sans prendre en compte la capacité d'organisation, de négociation, de mobilisation et de gestion des populations.
- la limitation des ressources (financières et humaines) puisque la plupart des aires de santé non fonctionnelles sont peu viables financièrement ;
- l'insuffisance voire l'absence de prestations dans la plupart des autres infrastructures du 1^{er} échelon autres que les CSCOM.



Méthodologie

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude : District sanitaire de Kolokani, Région de Koulikoro (Mali)

1-1 Description physique du site de l'étude

La République du Mali est située au cœur de l'Afrique occidentale, ayant hérité de la colonisation, selon l'image d'un historien, « la forme d'un papillon aux ailes asymétriques ».

Le Mali a une superficie de 1.241.231 Km² et partage 7.420 Km de frontière avec sept Etats voisins : l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso , la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest.

Il est subdivisé en 8 régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal) et le district de Bamako (la capitale du Mali).

Koulikoro, deuxième région administrative du Mali, s'étend sur une superficie de 90.120 Km² (estimation de 2004). Elle compte 7 centres de santé de référence dont celui de Kolokani et 75 CSCOM fonctionnels.

Le cercle de Kolokani, aussi appelé le « Bélé Dougou », est situé à 116 Km au Nord Ouest de Bamako dans la région de Koulikoro. Il a une superficie de 14380 km² et une altitude moyenne de 200 m, et est situé à 14 degrés latitude nord et comprend 280 villages répartis en 22 aires de santé. Kolokani est à la jonction de la savane soudanaise et des zones arides du Sahel du Mali. Le climat est de type sahélien avec des précipitations annuelles moyennes de 200-700 mm d'eau par an.

1-2 Contexte sociologique et culturel de la population d'étude

D'après la légende, le terme Kolokani est la déformation linguistique du mot

Bambara « Kolon Kagni » signifiant « puit serviable ». A l'origine, Kolokani a été fondé durant la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle par Seyi Niama Traoré et son fils. Kolokani devint un district administratif en Avril 1915 et un cercle après l'indépendance du Mali en 1960.

Kolokani a une population de 200281 habitants dont 51.6% sont des femmes et 48.4% des hommes. La majorité de la population vit en milieu rural. Au plan ethnique, Kolokani est presque homogène et dominé par les Bambaras (90% de la population) qui sont essentiellement agriculteurs. Une petite proportion de peuhls élevant le bétail, de Sarakolé et de Kakolo vivent aussi dans la zone. En général la société Bambara est organisée en villages indépendants les uns des autres mais font des alliances autour de problème spécifique. Toutefois, la grossesse reste une affaire exclusivement féminine, et en conséquence les accouchements se font habituellement avec l'assistance des AT. Les belles-mères habituellement assistent et donnent des conseils pendant les périodes prénatales et postnatales et accompagnent à l'accouchement. Les AT ont peu d'autorité quand il s'agit de la prise en charge des complications de grossesse. Les décisions sont prises par la famille sur proposition de la belle-mère. Elle décide aussi du lieu d'accouchement, quand recourir aux services d'une AT ou faire une référence à un niveau plus élevé. Elle donne aussi des soins de base au nouveau-né (bain et nettoyage) et à la mère après accouchement chez l'AT ou au centre de santé. Les guérisseurs traditionnels sont d'abord consultés avant que toute décision d'aller au centre de santé ne soit prise. Il existe de nombreuses associations communautaires: «tons» villageois (2), coopératives (12), associations de jeunes (5), associations féminines (65), associations villageoises (8), associations de santé communautaires (14).

1-3 Organisation du système de santé dans le district de Kolokani

Le CSCOM constitue la base de la pyramide sanitaire au Mali. Il est géré par une association de santé communautaire avec recouvrement des coûts basés sur la carte de membre, la vente de médicament et les frais de consultation. Kolokani a été divisé en 22 aires de santé parmi lesquels 10 ont un CSCOM fonctionnel. Les services de santé sont fournis par un médecin dans deux CSCOM et par les infirmiers dans les 8 autres. Les 12 aires non fonctionnelles ont environ 64000 habitants. Chaque CSCOM a au moins une matrone.

Le centre de santé de référence (CSRéf) de Kolokani constitue le deuxième niveau de la pyramide sanitaire et dispose de structures plus étoffées avec des services spécialisés (bloc opératoire, laboratoire, etc.). Le système de référence évacuation est fonctionnel depuis 1996 grâce à la disponibilité d'une ambulance, d'un réseau autonome de communication (RAC) et du partage des coûts induits. Les agents de santé en charge de l'accouchement dans le CSRéf sont 5 médecins, 3 sages-femmes, 4 infirmières obstétriciennes et 3 matrones.

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à passage unique basée sur un entretien avec les personnels de santé (médecins, infirmiers, matrones, aide-soignants) ainsi que les accoucheuses traditionnelles (AT), relais communautaires (RC) et les membres des conseils de gestion des CSCOM.

3- Durée de l'étude

La collecte des données a duré cinq semaines; elle s'est déroulée du 1^{er} Septembre 2004 au 4 Octobre 2004.

4- Population d'étude

Notre population d'étude était constituée par les :

- accoucheuses traditionnelles (AT) ;

- relais communautaires (RC) ;
- aides-soignants (AS) ;
- infirmiers ;
- matrones ;
- médecins ;

- et les membres des conseils de gestion des CSCOM (membres FELASCOM et membres ASACO).

La population bénéficiaire de la référence (les femmes enceintes ou en difficulté d'accouchement) n'a pas été prise en compte dans notre étude.

5- Collecte des données

5-1 Technique

Pour collecter les données, nous avons procédé à des entretiens avec les AT, RC, aides-soignants, infirmiers, matrones, médecins et les membres des conseils de gestion des CSCOM.

5-2 Outils de collecte

L'outil de collecte était constitué de questionnaires servant de fiche d'enquête. Il existait trois types de questionnaires qui ont été administrés respectivement au niveau du CSRéf, des CSCOM et des villages (voir annexe).

Les différentes questions portaient sur l'existence du système de référence, le processus de décision concernant la référence, les conditions requises pour faire la référence et la gestion du processus de référence.

6- Echantillonnage

Au cours de notre étude, il était prévu d'interroger :

- Deux (2) personnes au niveau du CSRéf : le médecin responsable de la maternité ou la sage-femme maîtresse (ou son adjointe) et un membre de l'ASACO (le président ou le secrétaire général ou le trésorier ou tout autre membre présent).

- Deux (2) personnes au niveau des CSCOM : l'ICPM ou la matrone responsable de la maternité (ou son adjointe) et un membre de l'ASACO (le président ou le secrétaire général ou le trésorier ou tout autre membre présent) du CSCOM.
- Deux (2) personnes au niveau des Villages : le RC et l'AT du village.

6-1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude :

Les personnels de santé (médecins, infirmiers, matrones, aide-soignants) ; les accoucheuses traditionnelles, relais communautaires et les membres des conseils de gestion des CSCOM qui étaient présents ou disponibles au moment du passage des enquêteurs dans les différents niveaux concernés par notre étude.

6-2 Critères de non inclusion

N'ont pas été concernés par cette étude, ceux qui étaient absents au moment du passage des enquêteurs dans les différents niveaux.

7- Déroulement de l'enquête

7-1 Formation et sélection des enquêteurs :

Avant l'enquête sur le terrain, les enquêteurs ont été formés aux objectifs de chaque questionnaire (voir copie à l'annexe) ainsi qu'aux techniques de leur administration, par l'équipe de recherche à Bamako. Ils ont tous été formés sur la manière d'administrer le questionnaire en vue d'obtenir des informations fiables.

Tous les questionnaires, au préalable, avaient été traduits en bambara, langue communément parlée à Kolokani. Quelques informations sur les sensibilités culturelles avaient été également données aux enquêteurs pendant la formation.

Pour s'assurer que la formation avait été bien assimilée, les enquêteurs furent envoyés pour un jour faire le pré-test des questionnaires à Kalifabougou et Yelekebougou, deux villages du cercle de Kati non loin de Bamako. Au retour à

Bamako, l'équipe de recherche évalua les questionnaires, et c'est sur la base des scores obtenus que les enquêteurs furent sélectionnés pour l'enquête à proprement parlé à Kolokani. Il convient de noter que ce pré-test a permis de faire une correction de nos questionnaires.

7-2 Equipes d'enquêteurs :

Quatre équipes, chacune composée de quatre (4) enquêteurs et d'un superviseur, visitèrent les villages et hameaux de Kolokani.

L'équipe d'enquêteurs était composée de jeunes médecins, des sages-femmes et des enquêtrices ayant précédemment participé à des enquêtes similaires au niveau national (EDSIII et SASDE).

7-3 Supervision de l'enquête :

Pour assurer une bonne qualité des données, l'équipe de recherche du CREDOS entreprit aussi des missions de supervision du 1^{er} septembre au 4 octobre 2004. Au total, 5 missions de supervision furent réalisées. Chaque mission de supervision dura 4 jours par semaine. Au cours de ces visites, les problèmes rencontrés étaient discutés et des solutions proposées. Les questionnaires remplis sur le terrain étaient ramenés à Bamako par les missions de supervision. La supervision hebdomadaire a été assurée par l'équipe de recherche du CREDOS.

7-4 Correction des questionnaires :

En plus de ces missions de supervision, une équipe de contre vérification des questionnaires, mise en place au CREDOS le 10 septembre 2004 et composée de 4 personnes, vérifia à nouveau tous les questionnaires ramenés par les missions de supervision. Tous les questionnaires qui n'étaient pas bien remplis étaient ramenés à Kolokani pour correction par la prochaine mission de supervision.

L'équipe de vérification était composée par nous mêmes étudiants formés.

8- Traitement et analyse des données

Les différentes réponses ont d'abord été codifiées puisqu'il s'agissait de questions ouvertes, ensuite analysées, puis présentées dans des tableaux synthétiques.

La saisie des données a été faite sur le logiciel EPI-INFO 6.

9- Considération d'éthique

Le protocole a été soumis à l'approbation du comité d'éthique de la FMPOS de l'université de Bamako. De même, une autorisation de l'administration publique et des autorités sanitaires ainsi que la participation des CSCOM a été sollicitée.

10- Contraintes et Difficultés

Les contraintes et difficultés pour notre étude ont surtout été marquées par :

- les conditions climatiques défavorables (la période de l'enquête a coïncidé avec la fin de l'hivernage, la plupart des routes étaient donc impraticables et les villages inaccessibles);
- la survenue des pannes des moyens de transport ;
- la précarité des conditions de logement;
- l'absence de certains agents de santé à leur poste au moment du passage des enquêteurs.



Résultats

IV- RESULTATS

A/ Niveau CSRéf

1- Caractéristiques des personnes interrogées au niveau du CSRéf

- Pour explorer la relation fonctionnelle entre le CSRéf et le CSCOM, nous avons eu à interroger un médecin (41 ans) et un membre de l'ASACO (43 ans). Ils étaient tous de sexe masculin.

2- Système de référence au niveau du CSRéf

- IL existe un système de référence basé sur l'existence de RAC, d'ambulance et de « caisse de solidarité ».
- Les personnes interrogées ont tous affirmé que les CSCOM réfèrent les femmes enceintes pour dystocies au CSRéf.
- Pour bénéficier de ce système de référence qui est fonctionnel, l'ASACO doit s'acquitter de sa cotisation ; le malade doit posséder une carte d'adhésion ; et la parturiente doit toujours être référée par le chef de poste médical.
- Les ressources financières nécessaires pour le fonctionnement du système sont réparties entre plusieurs acteurs : l'ASACO de l'aire de santé, le malade lui-même, le CSRéf et la mairie de chaque aire de santé.
- Le système de référence prend en compte les femmes en difficulté de travail ainsi que les nouveaux nés malades.

3- Rétro information au niveau du CSRéf

- La rétro information sur les femmes référées ainsi que les nouveaux nés malades est assurée du CSRéf vers les CSCOM par fiche de rétro information (écrit), RAC ou lors des rencontres mensuelles.

4- Difficultés rencontrées pendant la référence

- Le fonctionnement du système connaît des difficultés. Selon le médecin-chef et le membre de la FELASCOM, Il y a :

- une insuffisance de personnes qualifiées pour la prise en charge des cas référés par ambulance ;
- des pannes de RAC ;
- le manque de moyens logistiques pour le CSRéf et la FELASCOM ;
- le retard dans le paiement des contributions financières des mairies et des ASACO ;
- et le coût élevé des urgences chirurgicales pour le CSRéf.

5- Solutions pour améliorer le système de référence

- **Tableau I** : Solutions proposées pour l'amélioration de la référence

Solutions proposées	Effectif (N=2)	Pourcentage
Assurer disponibilité de personnels	2	100
Assurer disponibilité de logistique	1	50
Assurer un système de communication	1	50
Appui/subvention au CSRéf	1	50

Pour améliorer la référence, les solutions suivantes ont été proposées : appui/subvention au CSRéf ; assurer la disponibilité du personnel qualifié ; dotation de tous les CSCOM en RAC fonctionnel ; dotation de la FELASCOM et CSRéf en moyens logistiques.

■ **Tableau II** : Apport des personnels de santé pour l'amélioration de la référence

Apport	Effectif (N=2)	Pourcentage
Sensibilisation	1	50
Mobilisation sociale	1	50
Total	2	100

S'agissant spécifiquement des personnes interviewées, leurs contributions pour

l'amélioration du système, pourraient être le plaidoyer /sensibilisation, mobilisation sociale.

- L'apport des populations du village pour l'amélioration de la référence consistait essentiellement à payer leur cotisation.
- L'apport de l'état pour l'amélioration de la référence consistait essentiellement à donner des subventions et des moyens logistiques, assurer la disponibilité du personnel qualifié au CSRéf, doter les CSCOM et le CSRéf en médicaments et RAC, renouveler les gros matériels des CSCOM.

B/ Niveau CSCOM

1- Caractéristiques des personnes interrogées au niveau des CSCOM

Au niveau CSCOM, l'interview a concerné 20 aires sur les 22 du cercle de Kolokani. Au total, 43 fiches de questionnaires ont été administrées, soit 43 personnes interviewées.

- **Tableau III** : Répartition des personnes enquêtées selon leur fonction

Fonction	Effectif (N=43)	Pourcentage
Matrone	14	32,5
Membre de l'ASACO	14	32,5
ICPM	10	23,2
Aide soignant	5	16,6
Total	43	100

Parmi les personnes interrogées au niveau CSCOM, les matrones et les membres

de l'ASACO étaient les plus nombreux (32,5 % chacun). Les ICPM constituaient 23,2 % et les aides soignants 16,6 %.

■ **Tableau IV** : Répartition des personnes enquêtées selon le sexe

Sexe	Effectif (N=43)	Pourcentage
Masculin	29	67,4
Féminin	14	32,6
Total	43	100

La majorité des personnes interrogées était de sexe masculin (67,4 %). Le sexe féminin représentait 32,6 %.

■ **Tableau V** : Répartition des personnes enquêtées selon leur âge

Tranches d'âge	Effectif (N=43)	Pourcentage
20-30 ans	7	16,4
31-40 ans	16	37,3
41-50 ans	14	32,6
51-60 ans	5	11,6
61-70 ans	1	2,3
Total	43	100

La plupart des personnes interrogées avait un âge compris entre 31 et 40 ans (37,3%).

2- Système de référence au niveau des CSCOM

- **Tableau VI** : Opinions des personnes enquêtées sur l'envoi des femmes par les AT pour accoucher au CSCOM

Envoi des femmes	Effectif (N=43)	Pourcentage
Oui	42	97,7
Non	1	2,3
Total	43	100

La majorité des personnes interrogées au niveau des CSCOM confirmait que les femmes venaient accoucher à leur niveau (97,7 %) sur ordre des AT.

- **Tableau VII** : Raisons évoquées au niveau CSCOM pour entreprendre la référence selon l'une des directions (Du village vers le CSCOM et du CSCOM vers le CSRéf)

Raisons de la référence	Référence Village/ CSCOM N=43		Référence CSCOM/ CSRéf N=43	
	Effectif	%	Effectif	%
Dystocie	34	79,1	31	72,1
Complications	6	13,9	6	13,9
Compétence dépassée	3	6,9	8	18,6
Femmes à risque	5	11,6	10	23,2
Anémie	1	2,3	5	11,6
Meilleure prise en charge	7	16,2	-	-
Autres	3	6,9	2	4,6

Les principales raisons de référence des femmes des villages vers les CSCOM sont : la dystocie (79,1%), meilleure prise en charge des malades (16,2%), complications (13,9%).

Entre les CSCOM et le CSRéf, les principales raisons de référence sont : dystocie (72,1%), femmes à risque (23,2%), compétence dépassée de l'agent

accoucheur (18,6%).

- **Tableau VIII** : Opinions des personnes enquêtées sur les moyens utilisés pour référer

Moyens	Effectif (N=43)	Pourcentage
Charrette	23	53,4
Moto	19	44,1
Vélo	12	27,9
Marche à pied	2	4,6

De tous ces différents moyens utilisés pour référer, la charrette reste le moyen le plus utilisé (53,4%).

- **Tableau IX** : Opinions des personnes enquêtées sur la référence

Avis sur la référence		Effectif (N=43)	Pourcentage
Bonne		15	35
Mauvaise	Accessibilité physique difficile	11	25,5
	Problème de logistique	7	16,2
	Difficultés financières	3	7,0
	Formation des AT en cause	2	4,7
	Mauvaise méthode	2	4,7
	Autres	3	7,0
Total		43	100

Seulement 35 % environ des personnes interrogées au niveau CSCOM jugent la référence bonne contre 65% qui la trouvent mauvaise.

- Toutes les personnes interviewées au niveau CSCOM affirmaient que le CSCOM envoyait les femmes au CSRéf pour accoucher.

- **Tableau X** : Opinions des personnes enquêtées sur l'existence et la fonctionnalité du système de référence au niveau des CSCOM

Opinions	Existence N=43		Fonctionnalité N=43	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	35	81,4	33	76,7
Non	8	18,6	10	23,3

La majorité des personnes interrogées niveau CSCOM affirme que le système de référence existe (81,4%).

De même, la plus part des personnes interrogées ont affirmé que le système de référence était bien fonctionnel (76,7%).

- **Tableau XI** : Opinions des personnes enquêtées sur l'acceptation de la référence par les femmes enceintes

Accord	Effectif (N=43)	Pourcentage
Oui	38	88,4
Non	5	11,6
Total	43	100

La majorité des personnes interrogées affirmaient que la référence était acceptée par les femmes (88,4 %) et seulement 11,6 % pensaient le contraire.

- Les principales raisons de refus des femmes pour la référence sont les suivantes : le manque de moyens financiers (39,5 %) ; manque de moyens de transport (4,6 %) et le problème d'hébergement (4,6 %).

- **Tableau XII** : Opinions des personnes enquêtées sur les conditions pour bénéficier de la référence

Conditions	Effectif (N=43)	Pourcentage (%)
Etre adhérent à l'ASACO	21	48,8
Payer sa cotisation	15	34,8

Les conditions permettant de bénéficier de la référence au niveau CSCOM sont : être adhérent à l'ASACO et payer sa cotisation.

- **Tableau XIII** : Opinions sur celui qui prend en charge les frais de référence

Prise en charge des frais de référence	Effectif (N=43)	Pourcentage
Mari/Parents	31	72,1
ASACO	8	18,6
CSRéf	4	9,3
Total	43	100

Les frais de référence étaient pris en charge essentiellement par le mari ou les parents (72,1%), l'ASACO (18,6%) et le CSRéf (9,3%).

- **Tableau XIV** : Opinions sur la prise en compte du nouveau-né dans le système de référence

Prise en compte du nouveau-né dans le système	Effectif (N=43)	Pourcentage
Oui	29	67,4
Non	9	20,9
NSP	3	7,0
Non précisé	2	4,7
Total	43	100

La majorité des personnes interrogées affirmait que les nouveau-nés étaient pris en compte dans le système de référence (67,4 %).

- Pour les 20,9 % environ qui affirment que les nouveau-nés ne sont pas pris en compte dans le système, les raisons évoquées sont le manque de moyens financiers ; manque d'organisation et le refus des parents.

3- Rétro information au niveau des CSCOM

- **Tableau XV** : Opinions sur l'obtention des nouvelles sur les femmes référées des CSCOM vers le CSRéf

Nouvelles des femmes	Effectif (N=43)	Pourcentage
Oui	32	74,4
Non	11	25,6
Total	43	100

Parmi les personnes interrogées, 74,4 % affirmaient que les nouvelles sur les femmes référées des CSCOM vers le CSRéf étaient données et 25,6 % pensaient le contraire.

■ **Tableau XVI** : Canaux utilisés pour transmettre la rétro information des CSCOM vers les villages ou du CSRéf vers les CSCOM.

Canaux utilisés	Référence CSCOM/ villages N=43		Référence CSRéf/ CSCOM N=43	
	Nombre	%	Nombre	%
Personnel de santé	8	18	5	11
Parents / accouchée	27	62	13	30
Ecrit	0	0	6	14
RAC	0	0	16	37
Rencontres mensuelles	0	0	2	4
Autres	4	9	0	0

Des CSCOM vers les villages, les canaux utilisés sont les suivants : parents ou accouchée (62%), personnel de santé (18%).

Du CSRéf vers les CSCOM, les principaux canaux utilisés sont : le RAC (37%), parents ou accouchée (30%), lettre écrite (14%).

4-Difficultés rencontrées pendant la référence au niveau CSCOM

■ **Tableau XVII** : opinions des personnes enquêtées sur les difficultés pour

référer

Difficultés	Effectif (N=43)	Pourcentage
Manque d'argent	27	62,7
Mauvais état des routes	21	48,8
Manque de moyen de transport	20	46,5
Refus des parents	2	4,6

Les principales difficultés rencontrées dans le système de référence au niveau des CSCOM constituaient : le manque d'argent (62,7%) ; le mauvais état des routes (48,8 %) ; le manque de moyen de transport (46,5 %).

5-Solutions pour améliorer le système de référence au niveau CSCOM

■ **Tableau XIII** : Solutions proposées pour l'amélioration de la référence

Solutions proposées	Effectif (N=43)	Pourcentage
Sensibiliser	10	23,2
Résoudre le problème financier	9	20,9
Assurer la disponibilité de logistique	8	18,6
Améliorer l'état des routes	8	18,6
Assurer un système de communication	7	16,2
Rendre fonctionnels les centres de santé	7	16,2

La sensibilisation et la résolution des problèmes financiers ont été les principales solutions proposées pour améliorer la référence.

■ **Tableau XIX** : Apport des personnels des CSCOM pour l'amélioration de la référence

Apport des personnels des CSCOM	Effectif (N=43)	Pourcentage
Sensibiliser	32	74,4

Assurer une bonne prise en charge des malades	7	16,2
Référer à temps les malades	5	11,2
Autres	2	4,6

L'apport principal des personnels des CSCOM pour l'amélioration de la référence était de sensibiliser la population selon les personnes interrogées.

■ **Tableau XX** : Apport des populations du village pour l'amélioration de la référence

Apport des populations	Effectif (N=43)	Pourcentage
Payement des cotisations	21	48,8
Sensibilisation	10	23,2
Formation d'associations	8	18,6
Aménagement des routes	8	18,6
Construction des CSCOM	2	4,6
Autres	1	2,3

Le principal apport des populations du village pour l'amélioration de la référence consistait à payer leurs cotisations (48,8%).

La sensibilisation (23,2%), la formation d'associations (18,6%) et l'aménagement des routes (18,6%) ont été signalés comme d'autres apports pour améliorer le système.

■ **Tableau XXI** : Apport de l'Etat pour l'amélioration de la référence

Apport de l'Etat	Effectif N=43	Pourcentage
Equiper les centres de santé	17	39,5
Assurer un moyen de	16	37,2

déplacement		
Améliorer l'état des routes	10	23,2
Appui financier	9	20,9
Former les agents de santé	3	6,9
Construire des CSCOM	3	6,9

L'apport de l'Etat pour l'amélioration de la référence consistait à équiper les centres de santé (39,5 %), améliorer l'état des routes (23,2%) et assurer un moyen de déplacement (37,2 %).

C/ Niveau village

1- Caractéristiques des personnes interrogées au niveau des villages

- **Tableau XXII** : Répartition des personnes enquêtées selon leur fonction

Fonctions	Effectif (N=57)	Pourcentage
Relais	30	52,6
AT	26	45,6
AS	1	1,8
Total	57	100

Parmi les personnes interrogées, la majorité était constituée par les relais communautaires (52,6 %) et les AT (45,6%).

■ **Tableau XXIII** : Répartition des personnes enquêtées selon le sexe

Sexe	Effectif (N=57)	Pourcentage
Masculin	19	33,3
Féminin	38	66,7
Total	57	100

La majorité des personnes interrogées était de sexe féminin (66,7%).

■ **Tableau XXIV** : Répartition des personnes enquêtées selon l'âge

Tranches d'âge	Effectif (N=57)	Pourcentage
20-30 ans	5	8,7
31-40 ans	13	22,8
41-50 ans	4	7
51-60 ans	6	10,5
61-70 ans	11	19,2
Non précisé	18	31,6
Total	57	100

29,7% des personnes interrogées au niveau village avait un âge compris entre 51 et 70 ans.

2- Système de référence au niveau des villages

■ **Tableau XXV** : Envoie des femmes des villages vers les CSCOM ou maternités rurales pour accoucher

Envoi	Effectif (N=57)	Pourcentage
Oui	52	91,2
Non	5	8,8
Total	57	100

La majorité des personnes interrogées affirmait que les femmes étaient référées aux CSCOM ou aux maternités rurales pour accoucher (91,2 %).

■ **Tableau XXVI** : Opinions des personnes enquêtées sur les raisons de l'envoi des femmes aux CSCOM ou aux maternités rurales pour accoucher

Raisons d'envoi	Effectif (N=57)	Pourcentage
Dystocie	25	43,8
Meilleure prise en charge	18	31,5
Complications	15	26,3
Anémie	6	10,5
Compétence dépassée	4	7,0
Femmes à risque	3	5,2
Autres	8	14

La dystocie (43,8 %), la meilleure prise en charge (31,5 %), et les complications (26,3%) constituaient les principales raisons de l'envoi des femmes aux CSCOM ou aux maternités rurales pour accoucher.

■ **Tableau XXVII** : Répartition selon l'existence du système de référence village CSCOM pour les femmes en difficulté et les nouveau-nés malades

Existence	Mère (N=57)		Nouveau né (N=57)	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	14	24,6	12	21,1
Non	40	70,2	37	64,9
NSP	3	5,3	8	14
Total	57	100	57	100

La majorité des personnes interrogées avait affirmé qu'il n'existait pas de système de référence pour les femmes en difficulté et les nouveau-nés malades.

■ **Tableau XXIII** : Opinions sur les raisons de l'absence du système de référence village- CSCOM pour les femmes en difficulté et les nouveau-nés malades

Raisons	Mère (N=57)		Nouveau né (N=57)	
	Effectif	%	Effectif	%
Absence d'organisation	14	24,5	16	28,0
Manque de moyen financier	8	14	5	8,7
Consultation des guérisseuses	-	-	2	3,5
Manque de structure sanitaire	1	1,7	-	-

En ce qui concerne la référence de la mère, l'absence d'organisation au niveau des villages (24,5%), le manque de moyens financiers (14%) et le manque de structure sanitaire expliqueraient (1,7%) cette situation.

Quant à la référence du nouveau-né, l'absence d'organisation (28%), le manque de moyens financiers (8,7%) et la consultation des guérisseuses traditionnelles expliqueraient également cette absence du système de référence pour les nouveau-nés malades.

■ Selon les personnes interrogées le système consiste surtout à emprunter les engins à deux roues, de l'argent auprès des associations et les véhicules de transport.

- **Tableau XXIX** : Opinions sur celui qui décide la référence au niveau de la famille

Décideur	Mère		Nouveau né	
	Effectif	%	Effectif	%
Chef de famille	41	71,9	42	73,7
Chef de concession	9	15,8	3	5,3
Autres	1	1,8	5	8,8
Non-réponse	6	10,5	7	12,3
Total	57	100	57	100

La majorité des personnes interrogées avait affirmé que la référence était décidée par le chef de famille.

- **Tableau XXX** : Opinions des personnes enquêtées sur la façon dont la décision de référer est prise

Manière de décider	Mère (N=57)		Nouveau-né (N=57)	
	Effectif	%	Effectif	%
Consentement du chef de famille	29	50,8	31	54,3
Consentement du chef de concession	5	8,7	3	5,2
Réunion de famille	2	3,5	1	1,7
Concertation des autres membres de la famille	7	12,2	2	3,5

La majorité des personnes interrogées affirmait que la référence était décidée après le consentement du chef de famille.

- **Tableau XXXI** : Opinions des personnes enquêtées sur celui qui organise la référence

Organisateur	Effectif (N=57)	Pourcentage
Associations	21	36,8
CSCOM	12	21,1
Parents	11	19,3
Village	11	19,3
Autres	2	3,5
Total	57	100

Les personnes interrogées pensaient que la référence était organisée fréquemment par les associations (36,8%).

- La majorité des personnes interrogées affirmait que la référence était acceptée par les femmes (52,6%).

- Le manque de moyen constituait la raison principale de refus des femmes pour la référence

- Selon les personnes interrogées, les conditions pour bénéficier la référence consistaient à adhérer à l'ASACO (42,1 %) et payer régulièrement ses cotisations (40,3 %).

3- Rétro information au niveau des villages

- **Tableau XXXII** : Opinions sur la réception des nouvelles sur les femmes référées au niveau des CSCOM et les moyens utilisés pour transmettre la rétro information au niveau village

Rétro information		Effectif (N=57)	Pourcentage
Réception	Oui	51	89,5
	Non	6	10,5
Moyens utilisés	AT/Relais/Matrone	16	28,0
	Parents	31	54,3
	Accouchée au retour	1	1,7
	Par écrit (fiche de référence)	1	1,7
	Rencontres mensuelles	4	7
	Autres	1	1,7
	Non précisé	6	10,5

La majorité des personnes interrogées affirmait que les villages recevaient les nouvelles des femmes référées vers les CSCOM (89,5 %).

Les villages recevaient la rétro information fréquemment par l'intermédiaire des parents (54,3 %) et des relais (28,0 %) qui accompagnent généralement la femme.

4- Difficultés rencontrées pendant la référence au niveau des villages

■ **Tableau XXXIII** : Opinions des personnes enquêtées sur les difficultés rencontrées pour référer les femmes des villages vers les CSCOM

Difficultés	Effectif (N=57)	Pourcentage
Manque d'argent	27	47,3
Manque de moyen de transport	20	35,0

Mauvais état des routes	12	21,0
Refus des parents	1	1,7
Autres	2	3,5

Le manque d'argent (47,3 %), manque de moyen de transport (35 %) et le mauvais état des routes étaient les principales difficultés rencontrées pour référer les femmes des villages vers les CSCOM.

5- Solutions proposées pour améliorer le système de référence au niveau des villages

■ **Tableau XXXIV** : Solutions proposées pour l'amélioration de la référence au niveau village

Solutions proposées	Effectif (N=57)	Pourcentage
Rendre fonctionnels les centres de santé	9	15,8
Assurer disponibilité de logistique	8	14
Renforcer les associations villageoises	7	12,3
Sensibiliser	3	5,2
Résoudre le problème financier	3	5,2
Améliorer l'état des routes	2	3,5
Assurer un système de communication	1	1,7

La fonctionnalité des centres de santé (15,8 %), la disponibilité de logistique (14 %), le renforcement des associations villageoises (12,3 %), ont été les principales solutions proposées pour améliorer le système de référence.

■ **Tableau XXXV** : Apport des personnels de santé pour l'amélioration de la référence

Apport des personnels	Effectif (N=57)	Pourcentage
Sensibiliser	28	49,1
Assurer une bonne prise en charge des malades	8	14

Référer à temps les malades	5	8,7
-----------------------------	---	-----

Le principal apport des personnels de santé pour l'amélioration de la référence consistait à sensibiliser la population (49,1 %).

■ **Tableau XXXVI** : Apport des populations du village pour l'amélioration de la référence

Apport des populations	Effectif (N=57)	Pourcentage
Payement des cotisations	17	29,8
Formation d'associations	11	19,3
Sensibilisation	2	3,5

L'apport des populations du village pour l'amélioration de la référence consistait à payer leurs cotisations (29,8 %), former des associations (19,3 %) et à sensibiliser (3,5 %).

■ **Tableau XXXII** : Apport de l'Etat pour l'amélioration de la référence

Apport de l'Etat	Effectif (N=57)	Pourcentage
Equiper les centres de santé	10	17,5
Assurer un moyen de déplacement	9	15,8
Former les agents de santé	7	12,3
Améliorer/construire des routes	7	12,3
Appui financier	3	5,2
Construire des CSCOM	2	3,5

L'apport de l'Etat pour l'amélioration de la référence consistait surtout à équiper les centres de santé (17,5 %), former les agents de santé (12,3 %), assurer un moyen de déplacement (15,8 %) et à faire des routes (12,3 %).

L'Etat doit également construire des CSCOM et appuyer financièrement les centres de santé.



Commentaires et Discussions

V- COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

1- Méthodologie

Pour évaluer la relation fonctionnelle entre les villages, les CSCOM, et le CSRéf dans le district sanitaire de Kolokani nous avons choisi comme population d'étude les personnels de santé, les AT, RC, et les membres des comités de gestion des ASACO.

Les mères qui sont les premières bénéficiaires de la référence n'ont pas été prises en compte dans cette étude sur le système de référence dans le district sanitaire de Kolokani. Cette absence des mères pour notre étude a eu peu d'influence sur les résultats obtenus d'autant plus que les personnes qui ont constitué notre population d'étude, étaient mieux placées pour répondre aux différentes questions portant sur l'évaluation du système de référence/ évacuation.

Cependant les questionnaires n'ont pas tenu compte de certains aspects tels que la fréquence de la référence, la qualité de la référence (le temps mis pour décider la référence ou l'évacuation, temps écoulé pour arriver au centre de référence), le pronostic vital des femmes référées, la distance parcourue pour atteindre le lieu de référence, le coût de la référence par personne. Ces principaux facteurs manquant auraient une influence considérable sur la qualité du système de référence visant à réduire le risque couru par les femmes enceintes ou en travail et les nouveau-nés malades.

Pour cela, dans cette étude, nous avons eu des difficultés pour comparer les

résultats obtenus avec d'autres études sur le système de référence/ évacuation sanitaire.

2- Résultats

2-1 Caractéristiques des personnes interrogées

Dans le cadre de cette étude sur le système de référence dans le district sanitaire de Kolokani, nous avons interrogé un médecin, des matrones, ICPM, AS, AT et des membres des comités de gestion des ASACO. Ils avaient tous leur âge compris entre 20 et 70 ans. La majorité de ces personnes était de sexe masculin au niveau du CSRéf et des CSCOM (respectivement 100% et 67,4%) et de sexe féminin au niveau des villages (66,7%).

2-2 Système de référence

Les résultats obtenus par cette étude nous permettent de faire un certain nombre de commentaires :

Toutes les personnes rencontrées, que ce soit au niveau village, CSCOM et CSRéf, reconnaissent l'existence d'un système de référence organisé assurant la prise en charge des femmes en travail ainsi que les nouveaux nés malades. Toutefois, ce système formel existe seulement entre le CSCOM et le CSRéf. Il n'existe pas de système de référence formalisé pour la mère et les nouveau-nés entre les villages et les CSCOM.

Le système est fortement accepté par la population particulièrement les femmes (88,4 % des personnes interrogées au niveau CSCOM et 52,6 % au niveau village, affirment que le système est accepté par les femmes). Cependant certaines femmes n'acceptent pas la référence car elles pensent ne pas disposer suffisamment de moyens financiers (le coût de la référence semble être très élevé par rapport aux moyens dont elles disposent).

Le système de référence mis à Kolokani comprend un réseau RAC, une ambulance et une « caisse de solidarité » alimentée par les cotisations.

Par rapport aux raisons évoquées pour référer les femmes, les dystocies représentent les premières raisons de référence (72 % dans le cadre de la référence des CSCOM vers le CSRéf et 79 % des villages vers les CSCOM). Après les dystocies viennent successivement les complications de la grossesse (éclampsie, infections, la rupture prématurée de la poche des eaux ...); les femmes à risque (taille inférieure à 1,5 mètre, primipares, antécédent d'accouchement par césarienne, âge inférieur à 14 ans ...). D'autres raisons non moins importantes ont été signalées à savoir : compétence dépassée de l'agent accoucheur particulièrement les AT ou matrones au niveau villages et CSCOM lorsqu'elles sont confrontées à des complications survenant pendant le travail d'accouchement ; l'anémie provoquée par un saignement abondant de la femme pendant l'accouchement et surtout une meilleure prise en charge des femmes enceintes (CPN, vaccination, bilan de grossesse ...) ou en travail. Selon les personnes interrogées, beaucoup de femmes souhaiteraient accoucher dans un centre de santé mieux équipé et doté de personnels qualifiés ou expérimentés (16 % des personnes interrogées dans les CSCOM et 31,5 % dans les villages). MACALOU B dans sa thèse, trouve également la dystocie comme le motif le plus fréquent d'évacuation des femmes.

Cette étude a permis de constater également que les femmes enceintes ou en difficulté d'accouchement sont toujours référées vers le niveau supérieur. Selon les personnes interrogées au niveau des CSCOM, les femmes étaient référées des villages vers les CSCOM (97,7%) et des CSCOM vers le CSRéf (100%).

Par rapport à la prise de décision de la référence dans la famille, elle est assurée par le chef de famille et selon son consentement.

Les ressources financières nécessaires pour le fonctionnement du système sont réparties entre plusieurs acteurs : l'ASACO de l'aire de santé du malade, le

CSRéf, la mairie de chaque aire de santé, et enfin le malade lui même. La charge reposant sur la femme est répartie souvent entre ses parents à savoir : son mari ou les membres de sa belle famille et ceux de sa propre famille.

Pour bénéficier des avantages du système de référence mis en place à Kolokani, le malade doit posséder une carte d'adhésion, doit être référé par un chef de poste médical, et en plus son ASACO doit s'acquitter de sa cotisation.

Concernant les moyens utilisés pour référer les malades, il y a l'ambulance qui existe uniquement entre les CSCOM fonctionnels et le CSRéf ; les moyens locaux qui existent entre les villages et les CSCOM et entre la plupart des CSCOM non fonctionnel et le CSRéf. Ces moyens locaux sont constitués de charrette, moto, vélo et la marche à pied. Quelque fois, les véhicules de transport sont empruntés pour accéder au centre de référence selon leur disponibilité. Toutefois, de tous ces différents moyens de transport, la charrette reste le moyen le plus utilisé (53,4 % dans le cadre de la référence des CSCOM vers le CSRéf), puis les engins à deux roues précisément les moto et vélo (7 % pour la référence des mères et 10,5 % pour les nouveau-nés dans le cadre de la référence des villages vers les CSCOM).

Selon MACALOU B, les femmes sont évacuées vers l'hôpital régional de Kayes essentiellement à travers les moyens suivant : transport en commun (56,4%) et l'ambulance (40,6%).

2-3 Difficultés rencontrées pendant la référence

Selon les personnes interrogées, les problèmes rencontrés dans le cadre de la référence, que ce soit du village vers le CSCOM ou du CSCOM vers le CSRéf, sont semblables et sont principalement le manque d'argent (accessibilité financière), le manque de moyens de transport, le problème de communication (absence de RAC dans certains centres de santé), le mauvais état des routes (accessibilité géographique) et parfois le refus de certains parents pour la référence. Toutefois, en considérant les réponses données par nos

interlocuteurs au niveau des villages et au niveau des CSCOM, le manque de moyens financiers au moment de la référence apparaît comme le problème le plus fréquent (62,7 % au niveau des CSCOM et 47,3 % au niveau des villages). Cette situation s'expliquerait sans doute par des sources de revenus très limitées dans les villages. Après le manque de moyens financiers, viennent ensuite les difficultés liées à l'état des routes et aux moyens de transport.

S'agissant des difficultés rencontrées dans le CSRéf, il faut noter l'insuffisance de personnels qualifiés ; les problèmes de communication (RAC ou de téléphone) ; le retard de paiement des cotisations par les mairies et les ASACO ; et enfin le coût élevé des urgences chirurgicales pour le CSRéf.

2-4 Rétro information

Nous devons noter qu'il existe un lien bien établi entre les différents niveaux du système de santé à Kolokani (village, CSCOM et CSRéf). La rétro information sur les femmes référées et les nouveau-nés malades, se fait sans doute du CSRéf vers les CSCOM et des CSCOM vers les villages. Elle est assurée du CSRéf vers les CSCOM par les fiches de rétro information (écrit), RAC, ou lors des rencontres mensuelles entre les personnes impliquées dans le système de santé à Kolokani ; et des CSCOM vers les villages par les personnels de santé (AT, RC, matrones ...), par l'accouchée ou ses parents, aussi par la fiche de rétro information (écrit), RAC et lors des rencontres mensuelles. Toute fois de tous ces moyens utilisés, celui des parents reste le plus fréquent.

2-5 Solutions pour améliorer le système de référence

L'amélioration du système de référence passe par la contribution de tous les acteurs impliqués dans le système de référence, à savoir : le personnel de santé, les ASACO, l'Etat et la population.

Pour améliorer le système de référence entre les villages, CSCOM et le CSRéf, un certain nombre de solutions ont été proposées par les personnels de santé que

nous avons eu à interroger. Les propositions de solutions sont semblables pour les trois niveaux. Il s'agit entre autre de renforcer la disponibilité de logistique (équipement des centres de santé), de personnels qualifiés (personnels à tendance obstétricale), du système de communication (dotation des centres en RAC), d'améliorer l'état des routes et à résoudre le problème financier que connaît la population. Dans tous les cas, il faut une sensibilisation adéquate de la population sur le système de référence.

S'agissant des personnels de santé, leur apport consisterait à sensibiliser la population pour qu'elle s'implique d'avantage dans la bonne marche du système de référence tout en payant régulièrement les cotisation, les cartes de membres, les taxes, impôts et en mettant en place des associations villageoises œuvrant aussi pour la bonne prise en charge des malades.

Quant à l'Etat, il doit s'investir plus dans la construction et l'équipement des centres de santé, la résolution du problème de moyen de transport, la formation des agents de santé et l'amélioration de l'état des routes. L'Etat doit donner des subventions au CSRéf dans le cadre de la référence et des interventions chirurgicales d'urgence.

Pour une bonne amélioration du système de référence, nous pensons qu'il faut s'attaquer à la mauvaise qualité des soins (mauvaise prise en charge et malades non référés à temps), au mauvais état des routes (routes impraticables surtout pendant l'hivernage) que nous avons nous même constaté lors de nos enquêtes sur le terrain, au problème de manque d'argent et à celui du manque de moyen de transport.

L'amélioration de la qualité de soins pourrait être la formation des personnels dans les domaines où les compétences sont limitées.

Le mauvais état des routes évoqué par les personnes interrogées, certes, peut être surmonté en milieu rural, mais au prix d'investissements très importants.

L'Etat, dans le cadre de la décentralisation, a fait un transfert de pouvoir aux

collectivités territoriales sans les moyens financiers. Tant que le transfert des moyens financiers ne sera pas effectif, le retard du paiement des cotisations par les mairies et les ASACO persistera.

Pour résoudre le problème de manque d'argent au moment de la référence, une alternative pourrait être la mise en place au niveau de chaque village d'une « caisse de solidarité » alimentée par les cotisations des membres. L'acceptabilité d'une telle idée ne devrait pas poser de problème car elle n'est qu'une duplication à petite échelle de l'expérience de la caisse de solidarité qui existe déjà à Kolokani. De plus, cette idée est déjà mise en œuvre dans certaines localités du Mali comme Barouéli où les femmes payent des contributions modestes qui vont de 25 à 100 FCFA. De même à Kadiolo, les contributions mensuelles sont modestes et les femmes sur propre initiative ont décidé de mettre fin aux manifestations populaires pour mieux renflouer leur caisse de solidarité (Bulletin du CREDOS, N° 005, pages 9-10, décembre 2004). De telles dispositions à notre avis, ne sont pas au dessus des moyens de la population de Kolokani. Le problème, comme l'ont si bien dit les personnes interrogées, c'est le « manque d'organisation ».

Concernant le problème de manque de moyens de transport pour la référence entre les différents niveaux du système de santé, nous pensons qu'une « moto ambulance » serait l'idéal pour la population de Kolokani. Elle consiste en une moto à laquelle un chariot est accroché. Elle a aussi l'avantage d'être plus confortable et plus rapide que la charrette, le vélo ou la marche à pied. Cette idée est mise en œuvre depuis des années au Burkina Fasso et est également utilisée comme moyen de transport dans le cadre de la référence dans certaines localités du Mali.

Conclusion et Recommandations

VI- CONCLUSION

Les mortalités maternelle et néonatale restent toujours très élevées dans notre pays. On enregistre plus de décès en milieu rural qu'en milieu urbain comme nous l'avons constaté. Cette situation s'expliquerait par le fait qu'en milieu rural, le

moyen de transport fait défaut alors que la population est plus éloignée des services de santé ; ce qui est chose rare en milieu urbain.

Le système de référence existe seulement entre le *CSCOM* et le *CSRéf*. Il n'existe pas de système de référence formalisé pour la mère et les nouveau-nés entre les villages et les *CSCOM*.

Cependant il existe un retour d'information sur les malades référés, que ce soit du *CSRéf* vers les *CSCOM* ou des *CSCOM* vers les villages.

Dans le cadre de la référence, la population se sert surtout des moyens locaux pour effectuer le déplacement vers le lieu de référence. L'ambulance, du fait de l'absence de moyens de communication ou de routes praticables, n'est pas disponible pour tous les *CSCOM* du district sanitaire de Kolokani.

Cependant l'amélioration du système de référence passe par :

- L'adoption d'une bonne qualité des soins (formation ou recyclage des personnels de *CSCOM*) ;
- La mise à la disposition des populations, des moyens de transport
- Et enfin l'initiation d'une « caisse de solidarité » au niveau de chaque village pour atténuer le coût de la référence.

RECOMMANDATIONS

1. A l'endroit de la population de Kolokani

► Initier d'avantage des caisses de solidarité au niveau de chaque village (se référer sur les expériences de Barouéli et Kadiolo).

- ▶ Adhérer aux ASACO et payer régulièrement sa cotisation.

2. A l'endroit des autorités sanitaire et administrative de Kolokani

- ▶ Réduire le coût de la référence et celui des urgences chirurgicales.

- ▶ Mettre à la disposition des populations des villages des « moto ambulances ».

3. A l'endroit du gouvernement du Mali

- ▶ Améliorer l'état des principales routes pour qu'elles soient praticables.

- ▶ Installer un système RAC au niveau de chaque CSCOM.
- ▶ Construire et équiper des nouveaux centres de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 Fall. G (épouse Kandji). Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence. Recours d'Afrique Subsaharienne.

[Thèse]. Dakar : FMPOS : 1996.

2 Macalou B. Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital régional

Fousseyni Daou de Kayes.

[Thèse]. Bamako : FMPOS : 2002.

3 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées

Direction Nationale de la Santé (DNS). Rapport d'activité 2004

4 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées,

Cellule de Planification et de Statistique, Enquête Démographique et de Santé

III

5 Admson Peter.

Le monde est lourd

Le progrès des nations, 1996.

6 Sankaré I. Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

[Thèse]. Bamako : FMPOS : 2001.

7 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, DSFC.

Cadre conceptuel du système de référence au Mali,

Atelier national d'harmonisation des systèmes de référence et de contre référence, 2000.

8 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Déclaration de la politique sectorielle de Santé et de population, 1990

9 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Direction Nationale de la Santé Publique,

Recherche bibliographique sur la périnatalité, 2000.

10 Coulibaly L. Etude de la sous fréquentation des CSCOM dans les cercles de Diola et Banamba

[Thèse]. Bamako : FMPOS : 2005.

11 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Document de synthèse du PRODESS (1998-2002), 41 p

12 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Direction Nationale de la Santé Publique,

Programme national de périnatalité, 2000.

13 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Programme de Développement Sanitaire et Social. Situations besoins CSCOM PRODESS/ CDMT. « Accessibilité géographique aux services »

14 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées

Direction Nationale de la Santé (DNS). Rapport d'activité 2001

15 Maiga B. Etude de la référence dans le service de pédiatrie du CHU

Gabriel Touré

[Thèse]. Bamako : FMPOS : 2003.

16 Dembélé R, Diabaté L, Hachemi M, Sidibé DH, Basa, Shesoko E.

Evaluation du fonctionnement du système de référence, évacuation dans le cercle de Bla, d'Avril 1996 à Décembre 1998.

17 Touré AA. Etude de l'organisation et du financement de la référence dans le cercle de Dioila

[Thèse]. Bamako : FMPOS : 2000.

18 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Plan décennal de développement sanitaire et social : 1998 -2007 Bamako -Mali, Juillet 1997.

19 Tégoué, Diallo, Kokaïna, Koné, Sidibé.

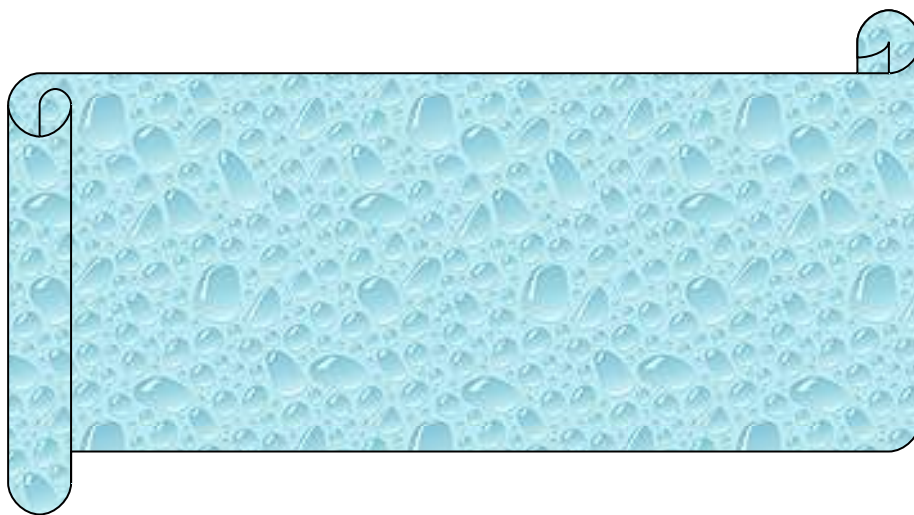
Evaluation du système de référence dans le cercle de Bougouni, Programme national de périnatalité du Mali. DSFC, 1998.

20 <http://www.itg.be/uonn/pdf/Gabriel%20G%20Mali%20THESE%20définitive.pdf>

21 <http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/19p1.pdf>.

22 **Dr Rokia SANOGO.** Expérience de valorisation du rôle des accoucheuses traditionnelles dans le système de référence/ évacuation dans le district sanitaire de Kolokani. Atelier national Bamako, 17 juin 2004. DNS/ Division Santé de la Reproduction.

23 **Organisation Mondiale de la Santé.** Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant ; Journée mondiale de la santé ; 7 avril 2005 ; Guide à l'usage des organisateurs ; WHO/RHR/04.10.



Annexes

QUESTIONNAIRE N° 1

RELATIONS FONCTIONNELLES ENTRE LES AT LES CSCOM ET LES CSREF

Ce questionnaire est adressé aux : Médecin, Sage femme, Membre FELASCOM

NIVEAU CSREF

N° Fiche / _____ /

Equipe n° / _____ /

Nom enquêteur:.....			
Cercle :	Kolokani/Aire	de	santé :
.....			
Village :.....			
Date d'enquête:			
Nom Enquêté :.....			
Fonction : [] 1.Médecin 2.Sage femme 3. Membre FELASCOM			
Age en année : / ____ / ____ /			
Sexe : ____ 1. Masculin 2. Féminin			

Heure de début l'entretien / _____ /

1) Est ce que les CSCOM vous réfèrent les femmes pour accoucher ? / ____ /

1-Oui 2-Non

2) Si oui quelles sont les raisons ?

3) Existe t-il un système de référence ? / ____ / 1. Oui 2. Non

4) Est-il fonctionnel ? / ____ / 1. Oui 2. Non

5) Comment est organisé le système de référence CSCOM-CSRéf ?

6) Qui décide de la référence ?

7) Quelles sont les conditions pour bénéficier de cette référence ?

8) Qui prend en charge les frais de référence ?

9) Les femmes en difficulté d'accouchement sont-elles prises en compte dans ce système de référence ? 1. Oui 2. Non

10) Les nouveau-nés malades sont-ils pris en compte dans ce système de référence ?

/ ____ /

1. Oui 2. Non

11) Si non pourquoi ?.....
.....

12) Envoyez vous des informations au CSCOM sur les femmes référées ? / _____ /
1-Oui 2-Non

13) Quels moyens utilisez vous pour envoyer la rétro information au CSCOM?

14) Quelles sont les difficultés pour référer?

15) Quelles sont les solutions à proposer pour l'amélioration de cette référence ?

16) Quel pourrait être votre apport pour l'amélioration de la référence?

17) Quel pourrait être l'apport des populations du village pour l'amélioration de la référence ?

18) Quel pourrait être l'apport de l'Etat pour l'amélioration de la référence?

Merci

Heure de la fin de l'entretien :

Date : Superviseur : Signature.....

QUESTIONNAIRE N° 2

RELATIONS FONCTIONNELLES ENTRE LES AT LES CSCOM ET LES CSREF

Ce questionnaire est adressé aux : ICPM, Matrones, Membre ASACO

NIVEAU CSCOM

N° Fiche / _____ /

Equipe n° / _____ /

Nom	enquêteur:
.....
Cercle : Kolokani / Aire de santé :
Village.....

Date :

.....

Nom

Enquêté :

.....

Fonction : [] 1. ICPM 2. Matrone 3 Membre de l'ASACO 4. Aide soignant
5. Autre (à préciser) :-----

Age en année : /____/____/

Sexe : ____ 1. Masculin 2. Féminin

Heure de début de l'entretien

/_____/

1) Est ce que les AT vous envoient des femmes pour accoucher ?

1. Oui

2. Non

2) Si oui, quelles sont les raisons qui les amènent à vous référer ces femmes ?

3) Comment se fait cette référence ?

4) Que pensez vous de cette référence ?

5) Envoyer vous des informations aux AT sur les femmes qu'elles vous ont référé ?

1. Oui

2. Non

6) Si oui, quel moyen utilisez vous pour envoyer la rétro information aux AT ?

CSCOM- CSRéf

7) Est ce que vous envoyez des femmes pour accoucher au CSRéf ?

1. Oui 2. Non

8) Si oui, quelles sont les raisons qui vous amènent à référer ces femmes ?

9) Existe – t-il un système de référence ?

1. Oui 2. Non

10) Si oui ce système de référence est-il fonctionnel ?

1. Oui 2. Non

11) Est ce que la référence est acceptée par les femmes ?

12) Quelles sont les raisons évoquées par celles qui refusent la référence ?

13) Avez vous les nouvelles de vos femmes référées à travers les agents du CSRéf ?

1. Oui 2. Non

14) Si oui, par quels moyens recevez vous la rétro information?

Systeme de référence

15) Quelles sont les conditions pour bénéficier de la référence ? (Encercler la ou les réponses)

1. Etre adhérent au CSCOM 2. Payer sa cotisation 3. Autres (à préciser)

.....

16) Qui prend en charge les frais de référence ? (Encercler la ou les réponses)

1. Femme 2. Mari 3. Parents 4. ASACO 5. CSRéf

6. Autres (à préciser).....

17) Est ce qu'un nouveau-né peut bénéficier de la référence?

1. Oui 2.Non 3.NSP

18) Si non pourquoi ?

19) Quelles sont les difficultés pour la référence ? (Encercler la ou les réponses)

1. Manque d'argent 2. Mauvais état des routes 3. Manque de moyens de transport
4. Refus des parents 5. Autres (préciser).....

20) Quelles sont les solutions à proposer pour l'amélioration de cette référence ?

21) Quel pourrait être votre apport pour l'amélioration de la référence?

22) Quel pourrait être l'apport des populations du village pour l'amélioration de la référence ?

23) Quel pourrait être l'apport de l'Etat pour l'amélioration de la référence?

Merci

Heure de fin de l'entretien :.....

Date de contrôle :

Nom superviseur :

Signature :

Questionnaire N°3

RELATIONS FONCTIONNELLES ENTRE LES AT LES CSCOM ET LES CSREF

Ce questionnaire est adressé aux : AT, Relais Communautaires

Niveau village

N° Fiche / _____ /

Equipe n° / _____ /

Nom enquêteur:.....			
Cercle : Kolokani /Aire de santé:.....			
Village :		Hameau :	
.....			
Date d'Enquête :			
Nom	de	l'	Enquêté :
.....			
Fonction : []	1. AS	2.Matrone	3.Relais 4.AT
Age en année : _____			
Sexe: / ____/	1. Masculin	2. Féminin	

Heure du début de l'entretien /...../.

1) Est ce qu'il vous arrive d'envoyer des femmes pour accoucher au CSCOM ou à la maternité rurale? / ____/ 1-Oui 2- Non

2) Si oui quelles sont les principales raisons ?

3) Si non pourquoi ?

4) Recevez vous des nouvelles des femmes référées au niveau du CSCOM ? / _____ /

1-Oui 2-Non

5) Si oui comment (par quelles voies) ces nouvelles vous arrivent elles ?

Mères

6) Existe t- il un système de référence village -CSCOM pour les femmes en difficulté d'accouchement ? / ___ /

1. Oui 2.Non 3.NSP

7) Si non pourquoi ?

8) Si oui en quoi consiste ce système ?

9) Ce système est-il fonctionnel ? / _____ / 1 Oui 2.Non 3. NSP

10) Qui décide de la référence au niveau de la famille ?

11) Comment la décision est prise ?

Nouveau-nés

12) Existe t- il un système de référence village -CSCOM pour les nouveau-nés en difficulté ?

/ _____ /

1. Oui

2. Non

3. NSP

13) Si non pourquoi ?

14) Si oui en quoi consiste ce système ?

—

15) Ce système est-il fonctionnel ? / _____ / 1. Oui 2. Non

16) Qui décide de la référence au niveau de la famille ?

17) Comment la décision est prise ?

Systeme de référence (à remplir s'il existe un système de référence)

18) Si oui le système de référence est organisé par qui ?

26) Quel pourrait être l'apport des populations du village pour l'amélioration de la référence ?

27) Quel pourrait être l'apport de l'Etat pour l'amélioration de la référence?

Merci

Heure de fin de l'entretien :.....

Date de contrôle: Superviseur : Signature.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : *KEITA*

Prénom : *HANINE*

Titre de la thèse: *RELATIONS FONCTIONNELLES ENTRE VILLAGES, CSCOM ET LE CSREF DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOLOKANI (système de référence/ évacuation sanitaire)*

Année universitaire : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteurs d'intérêt : Santé publique ; pédiatrie ; gynéco obstétrique

Résumé :

Pour analyser la relation fonctionnelle entre les villages, CSCOM, et le CSRéf à Kolokani, nous avons choisi comme population d'étude les AT, RC, aides-soignants, infirmiers, matrones, médecins et les membres des conseils de gestion des CSCOM.

Les dystocies représentent les premières raisons de référence des femmes (72 % dans le cadre de la référence des CSCOM vers le CSRéf et 79 % des villages vers les CSCOM).

Les ressources financières nécessaires pour le fonctionnement du système sont réparties entre : l'ASACO de l'aire de santé du malade, le CSRéf, la mairie de chaque aire de santé, et enfin le malade lui même.

Comme moyens utilisés pour référer les malades, il y a l'ambulance (entre les CSCOM fonctionnels et le CSRéf) ; les moyens locaux (entre les villages et les CSCOM et entre la plupart des CSCOM non fonctionnels et le CSRéf).

Les problèmes rencontrés dans le cadre de la référence, que ce soit du village vers le CSCOM ou du CSCOM vers le CSRéf, sont semblables et sont principalement le manque d'argent, le manque de moyens de transport, le problème de communication, le mauvais état des routes et parfois le refus de certains parents pour la référence.

Il existe un retour d'information entre les différents niveaux du district sanitaire de Kolokani.

Pour améliorer le système de référence entre le CSRéf, les CSCOM et les villages, les propositions de solutions sont semblables pour les trois niveaux. Il s'agit surtout de renforcer la disponibilité de logistique, de personnels qualifiés, du système de communication ; d'améliorer l'état des routes et surtout sensibiliser la population sur le système de référence.

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 sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les 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'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.