

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

Mémoire

Master en Santé Publique
Option Santé Communautaire

Année Universitaire 2016 - 2017

**La participation communautaire dans la
référence/évacuation des villages vers le CSCOM
central de Barouéli.**

Présenté et soutenu le 08 mai 2018

Par :

Dr. Sadou ONGOIBA

Président :

Membre :

Directeur Pr Hamadoun SANGHO

Co-directeur : Mr Kassoum KONE

Sponsor : **Fonds d'Appui à la Formation Professionnelle et à
l'Apprentissage FAFPA**

Remerciements

J'adresse mes remerciements :

- **Au Seigneur et au PROPHETE MOHAMED** (Paix et salut sur lui) à qui je rends grâce de m'avoir donné la faculté d'accomplir cette œuvre selon votre volonté.
- A mon directeur de mémoire Professeur Hamadoun SANGHO Directeur Général du CREDOS et Chef de DERSP pour son encadrement précieux.
- A mon encadreur Dr Moctar Tounkara Attaché de recherche, détenteur d'un master en épidémiologie et candidat au PhD pour son encadrement précieux.
- . A mon Co-directeur Mr Kassoum Koné, sociologue pour l'appui inestimable
- A ma maman Salimata ONGOIBA pour tout ce qu'elle fait.
- A tous mes frères : Hamadoun, Boureima, Aly, Hamidou, Abdoulaye, Issa, Youssouf, aux dames Altine, Aminata, Hamsatou, et aux neuves Issa, Amadou et le petit Hassim dit Rapha
- A ma femme Saida Djeme et aux enfants Salimata, et Djeneba.
- A toutes les familles ONGOIBA, DJEME, à Bamako, Sévare, Douentza et Mondoro pour le soutien.
- A l'ensemble des enseignants et le personnel de soutien du DERSP pour la qualité de leur enseignement et le service rendu.
- A tous mes aînés des promotions passées pour leurs conseils et appuis.
- A tous mes collègues de la cinquième promotion de Master en Santé publique pour leur esprit d'équipe et de partage.
- A tous mes collègues de la deuxième promotion de Master en Santé publique Option santé communautaire pour leur esprit d'équipe et de partage.
- A mes amis : Dr Moctar SAMAKE, Dr Abdou Agissa Maiga, Dr Makan FOFANA, Dr Mamadou Bayo COULIBALY, Dr Sory Ibrahim PAMANTA, Mr Alkeidy Toure, AC Issoufi Maiga, Akon dit Hamidou ONGOIBA, Diadié ISSABRE

Sommaire

Remerciements	i
Liste des sigles et abréviations	iii
Résumé	iv
Summary	v
1. Introduction-Enoncé du problème	1
1.1. <i>Introduction</i>	1
1.2. <i>Enoncé du problème</i>	2
1.3. <i>Question de recherche</i>	3
1.4. <i>Hypothèse</i>	3
1.5. <i>Objectif</i>	4
1.5.1. <i>Objectif général</i>	4
1.5.2. <i>Objectifs spécifiques</i>	4
2. Revue de la littérature	4
2.1. <i>État de la connaissance</i>	4
2.2. <i>Le cadre conceptuel des trois retards</i>	6
2.3. <i>Du système de santé au système de référence:</i>	8
2.4. <i>Définitions opératoires des concepts :</i>	9
3. Méthodologie	13
3.1. <i>Cadre de l'étude</i>	13
3.2. <i>Type d'étude</i>	13
3.3. <i>Période de l'étude</i>	13
3.4. <i>Population d'étude</i>	13
3.5.1. <i>Critères d'inclusion :</i>	14
3.5.2. <i>Critères de non inclusion:</i>	14
3.6. <i>Echantillonnage et calcul de la taille de l'échantillon</i>	14
3.6.1. <i>Méthodes et techniques d'échantillonnage</i>	14
3.6.2. <i>Taille de l'échantillon</i>	15
3.7. <i>Techniques et outils de collecte des données</i>	15
3.8. <i>Déroulement de l'enquête</i>	16
3.9. <i>Traitement et analyse des données</i>	16
3.10. <i>Considérations éthiques</i>	16
4. Résultats	17
1.1. <i>Résultats descriptifs</i>	17
1.2. <i>Analyse qualitative des résultats</i>	19
5. Commentaires et Discussions	24
6. Conclusion	28
7. Recommandations	30
8. Références	31
9. Annexes	i

Liste des sigles et abréviations

AMREF:	African Médicale Research and Education Foundation
ASACO:	Association de Santé Communautaire
ATR:	Accoucheuse Traditionnelle recycles
CSCOM:	Centre de santé communautaire
CVSS:	Caisse villageoise de solidarité santé
DNSI:	Direction nationale de la statistique et de l'informatique
EDSMV:	Enquête Démographique et de santé du Mali V
EDSS:	Enquête Démographique de la Santé Sénégal
FENASCOM:	Fédération nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali
OMS:	Organisation Mondial de la Santé
PMA:	Paquet Minimum d'activités
PNUD:	Programme des nations unies pour le développement
RAMED:	Régime d'Assistance Médical
SOU:	Soins Obstétricaux d'urgence
TMM:	Taux de Mortalité Maternel
UNFPA:	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

Résumé

Introduction

La participation communautaire dans la référence/évacuation des villages vers le CSCOM central de Barouéli est définie comme l'ensemble des mécanismes et procédures utilisés pour mobiliser les ressources financières et matérielles en vue d'assurer le transport des urgences obstétricales et néonatales des villages vers le CSCOM central de Barouéli. Son l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins de santé maternelle et néonatale. Nous avons choisi le cas des villages du CSCOM central de Barouéli dans le district sanitaire de Barouéli du fait que l'initiative vient de la communauté elle-même. L'objectif principal de notre étude était d'explorer la participation communautaire dans la référence/évacuation des femmes et des enfants des villages au CSCOM central de Barouéli.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude qualitative descriptive transversale qui s'est déroulée dans l'aire de santé de Barouéli central dans le district sanitaire de Barouéli. Des entretiens individuels avec des chefs de ménages, des chefs de villages, les ATR, les présidentes des groupements de femme et le président ASACO et des groupes de discussion avec les responsables des caisses de santé villageoise et de solidarité ont été menés, associés à une analyse documentaire

Résultats

Notre étude montre que ce système de référence évacuation village-CSCOM a été mis en place face à des difficultés d'accès aux soins de santé maternelle et néonatale, surtout les urgences obstétricales et néonatales. Ce système assure le transport des femmes en difficultés d'accouchement et des nouveaux nés des villages vers le Centre de Santé Communautaire de Barouéli central. Une absence totale de l'appui des collectivités au financement du système a été observée. Malgré ce manque d'appui, le système de référence évacuation des villages vers le CSCOM qui est une initiative communautaire a fonctionné de sa création jusqu'en fin 2017.

Conclusion

Ce système depuis sa mise en place a permis aux femmes en difficultés d'accouchement de l'aire de santé de Barouéli central d'accéder aux soins de santé maternelle et néonatale à travers les urgences obstétricales et néonatales. La non participation de la collectivité au financement de ce système semble ne pas avoir un effet négatif sur les activités de la référence/évacuation village-CSCOM.

Mots clés : Référence/évacuation, Village-CSCOM, urgence obstétricale et néonatale.

Summary

Introduction

Community participation in the reference / evacuation of villages to the Central CSCOM Barouéli is defined as a set of mechanisms and procedures used to mobilize financial and material resources to ensure the transport of obstetric and neonatal emergencies from villages to the village. Central CSCOM Barouéli, its objective is to improve access to neonatal maternal health care. We have chosen the case of the central CSCOM villages of Barouéli in the sanitary district of Barouéli because the initiative comes from the community itself. The main objective of our study was to explore community participation in the referral / evacuation of women and children from villages to the central CSCOM of Barouéli.

Methodology

This was a cross-sectional qualitative descriptive study that took place in the Barouéli central health area in the Barouéli health district. One-to-one interviews with heads of households, village chiefs, ATRs, women's group presidents and the ASACO president and focus groups with village health and solidarity fund managers were conducted, combined with a documentary analysis.

Results

Our study shows that this village-CSCOM evacuation referral system was put in place in the face of difficulties in accessing maternal and neonatal health care, especially obstetric and neonatal emergencies. This system ensures the transport of women with childbirth difficulties and newborns from the villages to the Central Community Health Center of Barouéli. A complete lack of community support for system funding was observed. The village evacuation system to CSCOM, which is a community initiative, still seems to work.

Conclusion

This system since its establishment has allowed women with childbirth difficulties in the central Barouéli health area to access maternal and neonatal health care (obstetric and neonatal emergencies). The lack of community involvement in funding this system does not seem to have a negative impact on Village-CSCOM referral / evacuation activities.

Key words: Referral / evacuation, Village-CSCOM, obstetric and neonatal emergency.

1. Introduction-Enoncé du problème

1.1. Introduction

Au Mali, selon l'Enquête Démographique et de Santé 2013 (EDSM V) le ratio de mortalité maternelle est de 368 décès pour 100000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale était de 35 pour 1000 au cours de la période de sept ans précédant l'enquête (2007-2013). Les taux de mortalité infantile et infanto juvénile sont respectivement de 56 ‰ et 95 ‰ ; ces taux élevés restent élevés comparativement au Sénégal, qui sont de 47‰ et 65‰ selon EDS Sénégal 2012-2013. L'EDSM V montre qu'au Mali trois femmes sur quatre (74 %) ont reçu des soins prénataux, dispensés par un prestataire qualifié : sage-femme ou infirmière (44 %), matrone (25 %), médecin (4 %) et autre personnel formé (2%). Malgré l'augmentation et l'amélioration des services offerts, l'accès des populations les plus pauvres et les plus vulnérables à ces services reste insuffisant surtout en milieu rural [1]. Toujours dans l'EDSM V, près de six femmes sur dix (59 %) ont déclaré avoir des obstacles importants pour recevoir un traitement ou un avis médical. La disponibilité de l'argent était le premier obstacle mentionné avec 52% de ces femmes. Ce taux passe de 55 % en milieu rural à 41 % en milieu urbain [1]. Puis vient la distance comme le 2ème obstacle pour 36 % des femmes interrogées. Ce taux passe du simple au double respectivement pour les milieux ruraux et urbains (40 % à 21 %) [1]. Lorsque ces deux obstacles sont levés, 29 % des femmes disent avoir besoin et ne pas obtenir la permission d'un membre de la famille pour avoir recours aux soins de santé [1]. En 2015 le CSCOM central de Barouéli a initié la mise en place d'un mécanisme sollicitant la participation communautaire dans la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales. Pour faciliter l'accès aux soins obstétricaux et néonataux des villages vers le CSCOM, les communautés se sont organisées en association afin de mettre en place des caisses de solidarité dénommées « Caisses Villageoises de Solidarité Santé » (CVSS). Ces caisses ont été mises en place à l'image des expériences similaires réussies dans d'autres parties du Mali comme les régions de Kayes, Ségou et Koulikoro en 2008.

1.2. Enoncé du problème

Dans le monde, plus de 800 femmes meurent par jour pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum. [4]. African Medical Research and Education Foundation (AMREF) estime qu'en Afrique 162.000 femmes meurent au cours de leur grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches et 40% des femmes ne bénéficient pas de soins prénataux [4].

En Afrique sub-saharienne, une femme sur 16 a un risque de mourir d'une complication liée à la grossesse alors que dans les pays industrialisés, ce risque est de 1 sur 2800 [6].

Au Mali, le taux de mortalité maternelle (TMM) est passé de 582 en 2001 à 464 en 2006 puis à 368 pour 100.000 naissances vivantes en 2012-2013 et celui de la mortalité néonatale est passé de 46‰ en 2006 à 35‰ en 2012-2013[1]. Malgré ces résultats encourageants, le taux de mortalité maternelle reste élevé [1]. L'annuaire statistique de 2015 a montré une tendance à la hausse du taux de mortalité maternelle qui est passé de 527 à 620 pour 100 000 naissances vivantes entre 2014 et 2015 [8]. Selon la même source, la région de Ségou a recensé 66 cas de décès maternels parmi lesquels le district de Barouéli a enregistré 8 cas.

Bien que les décès maternels aient été définis comme ceux survenant jusqu'à 42 jours après l'accouchement, la plupart d'entre eux se produisent entre le troisième trimestre et la première semaine suivant l'accouchement, et le risque de décès est particulièrement élevé lors des deux jours après l'accouchement [32].

La majorité des décès ont lieu à l'hôpital et sont directement liés à la grossesse (OMS, 1999). Ils sont essentiellement causés par des hémorragies, des infections et des troubles hypertensifs, complications qui ne peuvent pas être prédites [32].

Dans les pays pauvres, l'hémorragie et les troubles hypertensifs contribuent à une importante partie des décès maternels [38]. Par conséquent, l'amélioration de la santé maternelle passe inévitablement par l'amélioration de l'accès aux services de santé et de la qualité des soins reçus lors de la survenue de complications obstétricales, deux éléments qui sont influencés par de multiples facteurs. C'est pourquoi la stratégie mondiale pour la santé préconise l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) pour toutes les femmes pour réduire efficacement la mortalité maternelle [9,10].

Au Mali plusieurs initiatives majeures ont été mises en place par l'Etat pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit principalement de la mise en œuvre du cadre conceptuel de la Référence/Evacuation depuis 2001, de la gratuité de la césarienne par le Décret n° 05 – 350 / P-RM [11] avec comme effet une augmentation du nombre de césariennes passant de 1,5% en 2006 à 2,5% en 2015 [8].

Nous avons également la prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui a contribué efficacement à la réduction de la mortalité liée à cette maladie [1].

L'absence de système organisé et le coût élevé de transport des femmes et des enfants du village au CSCOM ont motivé la communauté à s'organiser pour faciliter l'accès rapide aux soins obstétricaux et néonataux d'urgences. Ainsi dans la région de Kayes, une étude menée par Arsenault et ses collaborateurs a montré qu'entre 20,7% et 53,5% des ménages ont encouru à des dépenses supérieures à 15% et 5% de leur revenu annuel respectivement [14]. Une telle dépense constitue un véritable problème, sachant que, qu'en 2014 le PNUD classe le Mali parmi les pays à indice de développement humain les plus faibles au monde (176ème place sur 187) [15]. Par ailleurs, la conférence d'Alma Ata en 1978, concrétisée par l'initiative de Bamako en 1987 a constitué une étape importante pour la population dans la prise en charge de leur propre état de santé à travers une participation communautaire active [16,17].

Notre étude a porté sur la problématique de la participation communautaire dans la référence/évacuation des femmes et des enfants des villages au CSCOM central de Barouéli.

1.3. Question de recherche

La participation communautaire permet-elle d'améliorer la référence/évacuation des femmes et des enfants des villages au CSCOM central de Barouéli ?

1.4. Hypothèse

La référence/évacuation des femmes et des enfants est améliorée grâce à la participation des communautés à la gestion et au financement du système.

1.5. Objectif

1.5.1. Objectif général

Explorer la participation communautaire dans la référence/évacuation des femmes et des enfants des villages au CSCOM central de Barouéli.

1.5.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire le processus de mise en place des caisses de santé villageoise pour la référence/évacuation des femmes et des enfants du village au CSCOM central de Barouéli ;
- ✓ Décrire l'état de fonctionnement des caisses de santé villageoise ;
- ✓ Identifier les obstacles liés à la pérennité des caisses ;
- ✓ Décrire le niveau de satisfaction de la communauté sur la mise en œuvre du système de référence/évacuation des femmes et des enfants des villages au CSCOM central de Barouéli.

2. Revue de la littérature

2.1. État de la connaissance

Les premières Caisses Villageoises de Solidarité Santé (CVSS), ont été créées par l'initiative de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali (FENASCOM). Ce sont des groupements d'entraide et de solidarité dont les membres ont la volonté de faire face aux problèmes liés à la maladie en mettant en commun leurs ressources [2]. La littérature montre que de tels groupements contribuent au recours aux services de santé, surtout des soins obstétricaux par la population [18–20].

Les CVSS ont pour objectifs, d'améliorer l'accessibilité financière aux services de santé des populations vulnérables (femmes et enfants de moins de 5 ans), de renforcer les pratiques d'entraide et de solidarité dans les villages et de développer les attitudes de prévoyance face à la maladie. Les CVSS peuvent comprendre plusieurs ménages ou familles. Elles peuvent épargner de l'argent pour aider aux transports des femmes.

L'avènement de la moto ambulance dans les différents centres de santé communautaire ont facilité le transport des femmes en difficulté d'accouchement du village vers le CSCOM, réduction du 2ème Retard. Cela a été démontré dans plusieurs pays d'Afrique comme l'Ouganda [21], le Soudan du Sud [22] et le Malawi [23].

Dans la plupart des processus d'implantation des CVSS, le personnel des structures de soins et le personnel de soutien sont respectivement formés sur la prise en charge des urgences obstétricales et sur les conditions de transport. Une fois transportées par la moto ambulance, les femmes bénéficient d'une prise en charge rapide réduisant ainsi le 3^{ème} Retard. D'après Adamson Peter [24], il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale est d'identifier le plus tôt possible les 15% des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps. Cette tendance est confirmée par Oyesolo[25], qui disait que l'organisation de la référence/évacuation dans l'état de Kebbi au nord du Nigeria a contribué à faire chuter le taux de mortalité parmi les malades consultant pour complications obstétricales de 20 % à 10 % en 5 ans. Les CVSS aideraient les femmes à accéder aux différents services de soins par paiement à l'avance [2]. Elles couvriraient des risques et demeurent alors un mécanisme innovant informel de couverture maladie. Elles pourraient alors contribuer à l'atteinte de la couverture maladie universelle.

A l'horizon 2030, les Nations Unies prônent la santé pour tous [7]. Cependant plus de 80% de la population mondiale manque encore de protection sociale [26]. L'OMS estime que 150 millions de personnes se retrouvent dans une situation financière catastrophique chaque année du fait des dépenses de santé qu'elles doivent financer elles-mêmes [27].

En Afrique, la situation a été caractérisée par une gratuité des soins pendant la période coloniale. Après les indépendances la plupart des pays était incapable de continuer avec cette prise en charge, d'où l'implication des populations dans le paiement des soins de santé [1]. Si les travailleurs du secteur formel sont pris en charge par des systèmes de couverture maladie, la grande majorité de la population et surtout en milieu rural est sans assurance maladie. Cela les expose à des risques qui les rendent vulnérables [26].

Au Mali, deux types d'assurances existent: l'Assurance Maladie Obligatoire instituée par la loi N°09-015 du 26 juin 2009 démarrée le 1er mai 2011 et couvre les salariés du secteur privé, les retraités, les fonctionnaires de l'Etat et des Collectivités territoriales, les pensionnés ainsi que les parlementaires, et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) selon la loi N°09-030 du 27 juillet 2009, qui vise à procurer une assurance maladie aux personnes indigentes, exclues du système de santé à cause de leur incapacité à payer les services de santé. Ces mécanismes, pris ensemble, couvrent de nos jours moins de 25% de la population totale [3].

A côté de ces deux régimes ci-dessus mentionnés, le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées de concert avec celui de la Santé, a élaboré en 2010 une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. La stratégie ambitionne de donner une assurance maladie aux populations du secteur informel et agricole. Parallèlement à ces dispositifs, à travers la Loi n° 96-022 du 21 février 1996, d'autres mécanismes de financement de la santé comme la caisse de solidarité, la caisse villageoise de solidarité santé, le programme de gratuité de la césarienne décret N°05-350/P-RM du 04 août 2005 [11,29], sont mis en œuvre (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées 2011) [3].

2.2. Le cadre conceptuel des trois retards

La majorité des décès maternels sont évitables. Sinon, comment expliquer que, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, des femmes décèdent à la suite de complications obstétricales qui ne sont pas létales ailleurs ? C'est qu'il existe des retards dans la prestation du traitement adéquat. Selon Taddheus et Maine (1994), trois moments sont critiques entre l'apparition d'une complication et l'issue de la grossesse : le temps mis pour se décider à avoir recours aux soins de santé (premier retard), le temps nécessaire pour se rendre à un centre de santé (deuxième retard) et le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la prestation des soins (troisième retard). À chacun de ces retards correspondent certains facteurs qui déterminent leur importance. Le premier retard est influencé par les éléments qui entourent la prise de décision, tels que le statut de la femme au sein de la famille, la perception de la gravité de la maladie, la distance à parcourir pour se rendre à un centre de santé, les coûts liés à la prestation des soins, les expériences antérieures, etc. Le deuxième retard dépend de facteurs liés à l'accessibilité physique, comme le réseau routier, la disponibilité des transports, la distribution des centres de santé, etc. Le troisième retard est attribuable à la qualité des soins dispensés et au temps mis pour recevoir ces soins. Ce cadre a été revisité par Gabrysch et Campbell (2009) afin de distinguer le fait d'avoir recours aux soins de façon préventive de celui d'avoir recours aux soins de façon urgente. Dans le premier cas, l'accouchement débute dans une formation sanitaire, alors que, dans l'autre, l'accouchement débute à domicile. Une revue de la littérature leur a permis d'identifier vingt éléments qui influencent le recours aux soins et qui peuvent être regroupés en quatre catégories : facteurs socioculturels, bénéfiques et nécessité perçus du recours aux soins, accessibilité économique et accessibilité physique.

Le rôle joué par chacun de ces déterminants varie selon le type de recours aux soins. Par exemple « Physical accessibility may exert its role on preventive care-seeking mainly through influencing the decision to seek care, while in the case of emergency care-seeking; reaching the facility in time may be the main problem. » [31] Selon les auteurs, la qualité des soins préventifs peut influencer la survenue des complications, alors que la qualité des soins d'urgence n'exerce une influence que sur l'issue de la grossesse. En effet, si une femme se trouve déjà dans un établissement de santé lorsqu'elle développe une complication, les prestataires de soins devraient être en mesure de la prendre en charge. Sa survie dépend donc de la capacité des prestataires de soins à identifier rapidement la complication et à fournir le traitement adéquat. S'ils peuvent soigner la femme sur place, elle n'aura pas besoin d'être transférée. Si la complication ne peut pas être traitée dans ce centre, la femme devra être déplacée vers un établissement de niveau supérieur et donc faire face à un deuxième délai. Si une femme développe une complication à la maison, elle devra d'abord faire face aux premier et deuxième délais avant de recevoir urgemment des soins de qualité.

De nombreux pays sont parvenus à améliorer la santé maternelle de façon substantielle. Le taux de mortalité maternelle dans le monde a chuté de 47% entre 1990 et 2010 [4]. La Roumanie, la Thaïlande, le Sri Lanka, la Malaisie et le Bangladesh sont des exemples de pays qui ont réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 50% [32]. Plusieurs facteurs sont responsables de ces progrès, dont les efforts consacrés à la formation des sages-femmes, la mise en œuvre de systèmes de référence et de la gratuité des soins. Si certains pays ont connu d'importants avancements en matière de mortalité maternelle, les progrès sont toujours insuffisants dans d'autres. En effet, plusieurs pays défavorisés sont confrontés à d'importants obstacles. C'est que la mortalité maternelle est un enjeu complexe, influencé par de multiples déterminants qui varient en fonction des contextes. Malgré cela, certaines stratégies se sont montrées efficaces. Bien qu'il existe différentes interventions qui visent à améliorer la santé maternelle, aucune, à elle seule, n'est suffisante. Il s'agit plutôt d'élaborer des stratégies, soit de regrouper les interventions et de les distribuer de façon à ce qu'elles atteignent les groupes cibles.

Les moyens de distribution des interventions visant à lutter contre la mortalité maternelle sont nombreux. Lorsque la stratégie est préventive, les interventions peuvent être distribuées par le biais des médias ou des écoles. Si la stratégie vise à traiter les complications, les interventions seront distribuées dans les centres de santé, les hôpitaux ou par le biais des accoucheuses traditionnelles. Étant donné que la plupart des complications obstétricales se manifestent lors de l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la période intra partum est critique. L'endroit où la femme donne naissance, les individus qui l'assistent et la rapidité avec laquelle elle reçoit le traitement adéquat sont des éléments cruciaux. Ainsi, la meilleure stratégie est de mettre l'accent sur cette période en faisant en sorte que les femmes choisissent de donner naissance dans des centres de santé où les sages-femmes sont les principaux prestataires de soins, mais où d'autres professionnels de santé les assistent dans cette démarche [32].

2.3. Du système de santé au système de référence:

Le service de santé dans bien des pays Africain sont organisés selon une structure pyramidale en vue de couvrir les zones urbaines et rurales. Cette organisation répond d'une part au besoin de la décentralisation de ces services de santé en vue de les rendre accessibles à toutes les populations aussi reculées soient-elles [39]. Elle s'inscrit d'autre part dans un principe de rationalisation des soins puisqu'il n'est pas possible, pour une question de coût et d'efficacité du système, de disposer de personnels spécialisés et d'un certain type de matériels (bloc opératoire) dans chaque structure de base. De ce fait l'offre de soins et le plateau technique deviennent plus performants et le personnel beaucoup plus qualifié à mesure qu'on monte dans la pyramide sanitaire [40]. Dans le système de santé pyramidal, les différents éléments sont organisés en complémentarité les uns avec les autres et entretiennent les interrelations nécessaires pour proposer des soins de santé optimaux aux populations [41]. Chaque agent de santé doit théoriquement coordonner ses activités en fonction des autres soignants de la pyramide.

La base de la pyramide qui est le premier niveau de contact de la communauté avec le système de santé est constitué de centre de santé communautaire. Après la base, vient le niveau intermédiaire est constitué de centre de santé de référence; le deuxième niveau est constitué des hôpitaux régionaux. Le sommet quant à lui, est représenté par les centres hospitaliers universitaires et constitue le dernier niveau de soins dans la pyramide sanitaire.

L'offre de soins n'étant pas la même au niveau des différentes strates de la pyramide sanitaire, des stratégies sont mises en place pour pallier l'insuffisance de la prise en charge au niveau des formations sanitaires de base et pour veiller à une continuité de soins. L'une des stratégies consiste en l'instauration d'un système de référence évacuation.

Le système de référence peut être défini comme un ensemble de dispositions prises, dans le mécanisme de prise en charge des patientes dans un système de santé, afin d'adresser un patient ou une patiente d'un village au centre de santé communautaire ou d'un échelon inférieur à un échelon supérieur pour une meilleure prise en charge médicale [42].

Dans le domaine de la santé maternelle et néonatale l'importance du système de référence n'est plus à démontrer. La fonction d'appui de la référence est de toute importance pour la grossesse et l'accouchement puisque une série de complications, potentiellement vitales pour la mère, nécessitent une prise en charge et des compétences qui sont seulement disponibles aux échelons de la pyramide [43]. L'évacuation en cas de complications constitue, selon Jean-Pierre Olivier de Sardan et al.[44], le principal moyen pour réduire la mortalité et morbidité maternelle et néonatale dans les campagnes. Cette importance du système dans la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales a conduit les différents pays à l'introduire dans leur système de santé.

2.4. Définitions opératoires des concepts :

Une communauté est un « Groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire » [45].

La Caisse Villageoise de Solidarité Santé : c'est un groupement d'entraide et de solidarité dont les membres ont la volonté de faire face ensemble aux problèmes liés à la maladie, en mettant leurs ressources en commun [2,3].

District sanitaire : c'est la circonscription sanitaire, qui constitue l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un certain nombre d'aires de santé. Le district correspond au cercle ou à une commune urbaine au Mali [37].

Carte sanitaire : c'est un document qui consacre le découpage du territoire national en aires de santé et sur la base duquel sont créés les établissements publics communautaires et privés de santé.

Centre de Santé Communautaire (CSCoM) : c'est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire. Il a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et la fourniture du paquet minimum d'activités (PMA) [28].

Association de santé communautaire (ASACO) : c'est un regroupement d'utilisateurs du service public de santé, pouvant être autorisé à créer et faire fonctionner un établissement de santé dénommé « Centre de santé communautaire » [28].

Aire de santé : une unité géographique de base abritant une population minimum de cinq mille (5000) habitants et formant la zone de constitution et d'intervention d'un centre de santé communautaire ; elle est fixée de façon consensuelle entre les communautés concernées [28].

Un village : est une « agglomération rurale caractérisée par un habitat plus ou moins concentré, possédant des services de première nécessité et offrant une forme de vie communautaire » (selon <https://fr.wikipedia.org/wiki/Village>).

Un ménage : au sens statistique, un ménage est défini comme l'ensemble des occupants d'une résidence principale, qu'ils aient ou non des liens de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne (selon institut statistique de la Polynésie française).

La participation communautaire dans la référence/évacuation des villages vers le CSCOM central de Barouéli : c'est l'ensemble des mécanismes et des procédures utilisées pour mobiliser les ressources financières et matérielles en vue d'assurer le transport des urgences obstétricales et néonatales des villages vers le CSCOM central de Barouéli.

Contribution : c'est la part apportée par les ménages dans la référence/évacuation

Source de financement : ce sont les origines des différentes ressources financières utilisées pour la référence évacuation. Au niveau d'un pays, les ressources sont internes (budget de l'État, des collectivités territoriales et la participation communautaire) et externes (coopération multinationale, coopération bilatérale, Organismes Non gouvernementaux et la coopération décentralisée).

Une urgence : Il s'agit d'une situation pathologique dont le diagnostic et le traitement doivent être réalisés très rapidement.

Urgences obstétricales : Ce sont des pathologies obstétricales qui nécessitent une prise en charge rapide afin d'éviter la mortalité maternelle et néonatale.

Système de référence / évacuation : C'est un ensemble d'éléments organisés, interdépendant et inter actifs permettant le transfert d'un patient à l'intérieur du système de soins en vue d'une meilleure prise en charge.

Evacuation : Larousse édition 2006 définit l'évacuation comme l'action d'évacuer ; faire sortir d'un endroit. (Dans le contexte de notre étude, c'est le transfert d'un malade ou parturiente d'un village vers le CSCOM ou d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation..

Travail d'accouchement: le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et aboutissant à une modification du col (ramollissement et ouverture). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes totales et douloureuses.

Les signes de dangers sont : les œdèmes des membres inférieurs sur grossesse, la dyspnée, la fièvre, la pâleur, saignement sur grossesse et les vomissements prolongés (cahier de suivi des accoucheuses traditionnelles recyclés (ATR).

La solidarité : Pour le maintien et le renforcement de la cohésion sociale, la communauté doit contribuer activement à l'entraide et à l'assistance aux personnes qui ne peuvent seules subvenir à leurs besoins sociaux [36].

Prestations : Selon le 'Petit Larousse 2016', « une prestation c'est l'action de fournir quelque chose, notamment d'exécuter un travail pour s'acquitter d'une obligation légale ou contractuelle : prestation de service, objet, travail, service fournit ». Dans notre cadre des CVSS, nous désignerons par prestation l'action d'assurer le transport des femmes en difficultés d'accouchement des villages vers le centre de santé communautaire.

Cotisation : Somme d'argent déterminée, périodiquement versée à la CVSS par l'adhérent ou les ménages pour pouvoir bénéficier des prestations couvertes.

Moto ambulance : Engin motorisé généralement tricycle utilisé pour transporter les personnes qui doivent se rendre dans une structure de santé pour recevoir des soins.

La mortalité maternelle : Selon l'OMS (10e révision – 1993)

C'est « le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse, quels que soient la durée ou le siège de celle-ci, pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse. Son exclus les causes de décès accidentelles ou fortuites ». Elle est évaluée par rapport a 100 000 naissances.

La mortalité néonatale : est celle qui frappe les nouveau-nés ayant respiré, jusqu'au 28 jours révolus. La mortalité néonatale précoce concerne les décès de la naissance à 7 jours, la mortalité néonatale tardive de 8 à 28 jours.

Premier (1er) retard : Terme consacré aux temps consacré à la prise de décision d'avoir recours aux soins.

Deuxième (2ème) retard : C'est le temps dû au transport du domicile vers une unité de soins appropriée.

Troisième (3ème) retard : c'est le temps écoulé entre l'arrivée au centre de soins d'une femme et sa prise en charge adéquate par le centre de santé.

3. Méthodologie

3.1. Cadre de l'étude

Elle s'est déroulée au niveau des villages de l'aire de santé de Barouéli central.

Présentation de l'aire de santé de Barouéli central

L'aire de santé de Barouéli central est située dans le district sanitaire de Barouéli, elle couvre 20 villages pour une population cible 35775 habitants (DNSI). Les femmes en âge de procréer représentent 5% de la population totale, soit 1789 femmes.

L'aire de santé de Barouéli central est limitée :

- Au Nord par l'aire de santé de Boidie et de Dotembougou;
- A l'Est par l'aire de santé de Tigui ;
- Au Sud par l'aire de santé Konobougou ;
- A l'Ouest par l'aire de santé de Niazana et N'djilla.

Les moyens de communication dont dispose l'aire de santé sont : les réseaux de téléphonie mobile SOTELMA/Malitel, Orange Mali et le RAC. En matière de média, la commune de Barouéli dispose d'une radio FM privée et d'une antenne relais TV FM de l'ORTM. Les moyens de transport sont constitués par : les véhicules, les tricycles (moto ambulance), les charrettes, et les engins à deux roues.

3.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur la participation communautaire dans la référence/évacuation des femmes et des enfants des villages vers le CSCOM central de Barouéli.

3.3. Période de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de cinq mois allant du mois d'octobre 2017 au mois de février 2018.

3.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée par : les chefs de villages et les chefs de ménages, les présidents des associations (ASACO et association des femmes), les accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR), les membres du comité de santé villageoise (le président, le trésorier et le secrétaire administratif).

3.5. Critères d'inclusion et de non inclusion

3.5.1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude : les chefs de villages ou leurs représentants, les chefs de ménage, les présidents des associations (ASACO, association des femmes), les accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR), les membres du comité de santé villageoise (président, le trésorier et le secrétaire administratif) qui étaient présents au moment de l'enquête et ayant accepté volontairement de participer à l'étude.

3.5.2. Critères de non inclusion:

N'ont pas été inclus dans notre étude: les chefs de villages ou leurs représentants, les chefs de ménages, les présidents des associations (ASACO, association des femmes), les accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR), les membres du comité de santé villageoise (le président, le trésorier et le secrétaire administratif) absents au moment de l'enquête ou qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

3.6. Echantillonnage et calcul de la taille de l'échantillon

3.6.1. Méthodes et techniques d'échantillonnage

Pour la sélection des villages d'études nous avons réparties les villages en trois catégories selon la distance qui les sépare du centre de santé communautaire de Barouéli central. Catégorie 1 les villages à 5 km, Catégorie 2 les villages situés entre 6 et 15 km et Catégorie 3 les villages à plus de 15 km. Dans chaque Catégories, un village a été tiré de façon aléatoire simple. C'est un ainsi que les villages dont les noms suivent ont été sélectionnés, il s'agit de Nieguen, Siemona et Bebe.

Catégorie1	Catégorie 2	Catégorie 3
Barouéli	Deni	Koulala
Tekebe	Kinta Bamana	Sougoun Bamana
Bakorombougou	Siemona	Zana
Bebe	Werekebougou	Miala
Sougoula	Mintola	Tafalan Markala
Dioni	Kemena	Nieguen
	Niontombougou Bamana	
	Niontombougou Were	

Source: la carte sanitaire de Barouéli

Dans chaque village tiré ont été choisis de façon raisonnée, six chefs de ménages, une présidente d'un groupement de femmes, une accoucheuse traditionnelle recyclée. L'étude a concerné les chefs des villages concernés ou leurs représentants, le président de l'ASACO et les membres du comité de santé villageoise.

3.6.2 Taille de l'échantillon

L'échantillon était composé de :

Six chefs de ménage par village soit 18 personnes;

Les chefs de villages soit 3 personnes;

Trois accoucheuses traditionnelles recyclées;

La présidente d'un groupement de femmes par village soit 3 personnes;

Le président ASACO ;

Les membres du comité de santé villageoise en discussion de groupes (3 personnes) par village soit 9 personnes;

La taille de notre échantillon était de 37 personnes.

3.7. Techniques et outils de collecte des données

Nous avons procédé par entretien individuel et par groupes de discussion. .

L'outil utilisé a été le guide d'entretien. A chaque catégorie de cible a été adressé un guide d'entretien. Ainsi l'entretien individuel a concerné les chefs de ménages et de villages, les présidents d'ASACO et de groupement de femmes et les ATR. Les groupes de discussions ont été animés avec les membres du comité de santé villageoise. Nous avons exploré le cahier de la référence/évacuation des villages au CSCOM.

- **Variables de l'étude**

- **Variables quantitatives:**

Contribution financière des ménages;

Nombre de femmes et enfants référées/évacuées ;

Contribution financière de l'ASACO ;

La participation communautaire ;

- **Variables qualitatives:**

Moyen de transport ;

Accessibilité géographique (distance des villages au CSCOM, état de la route);

La perception du système ;

Le niveau de satisfaction et

Le système de gestion de la caisse.

3.8 Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée pendant 10 jours au mois de janvier 2018. Pour les entretiens individuels ils ont été menés dans un endroit calme. L'enquêté a été informé au préalable des objectifs de l'étude et de sa finalité. Lors des entretiens il a été question du nombre de femmes ou d'enfants évacués, des moyens de transport utilisés, du coût de l'évacuation et de la prise en charge, du système de gestion de la caisse et du niveau de satisfaction.

3.9 Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'un traitement manuel et classées par catégories. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel d'analyse qualitative Nvivo.

3.10 Considérations éthiques

Après validation du protocole par le directeur de mémoire, des correspondances ont été adressées au Médecin chef du district de Barouéli, au président de l'ASACO en vue d'obtenir leurs approbations pour la mise en œuvre de l'étude. Les participants ont été rassurés pour la confidentialité des informations recueillies. Pour cela un numéro d'identification a été utilisé pour masquer le nom et le prénom des participants.

4. Résultats

1.1 Résultats descriptifs

○ Description de l'échantillon

Les personnes touchées par la présente enquête sont aux nombres de 37. Il s'agit de 18 chefs de ménages, 3 chefs de villages, 3 ATR, 3 présidentes de groupement de femmes, un président ASACO et 9 personnes pour les trois groupes de discussion (soit 3 personnes par groupe de discussion).

Nos résultats sont présentés en fonction des objectifs

○ Facteurs sociodémographiques des participants à l'enquête

Tableau I : Répartition des participants à l'enquête selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Chefs de ménages	Présidente groupement de femme	Chefs de villages	Président ASACO	ATR	%
15 - 25	0	0	0	0	0	0,00
26 - 35	0	0	0	0	0	0,00
36 - 45	2	1	0	0	0	10,71
46 - 55	11	2	2	0	3	64,29
56 - 65	5	0	1	1	0	25,00
Total	18	3	3	1	3	100,00

La tranche d'âge 46 - 55 ans des participants était majoritaire avec 64,29%. La moyenne d'âge était de 51 ans. L'âge minimum était 37 ans et l'âge maximum était 65 ans.

Tableau II : Répartition des participants à l'enquête selon le sexe.

Sexe	Chefs de ménages	Présidente groupement de femme	Chefs de villages	Président ASACO	ATR	%
Masculin	18	0	3	1	0	78,57
Féminin	0	3	0	0	3	21,43
Total	18	3	3	1	3	100

Le sexe masculin était majoritaire parmi les participants à l'enquête avec 78,57%.

Tableau III : Répartition des participants à l'enquête selon le niveau d'instruction

Tranche d'âge	Chefs de ménages	Présidente groupement de femme	Chefs de villages	Président ASACO	ATR	%
Primaire	0	0	1	0	1	7,14
Secondaire	0	0	1	0	0	3,57
Supérieur	0	0	0	0	0	0,00
Alphabétisé	18	3	1	1	2	89,29
sans instruction	0	0	0	0	0	0,00
Total	18	3	3	1	3	100,00

Concernant le niveau d'instruction, la majorité des participants étaient alphabétisés avec 89,29%.

Tableau IV : Répartition des participants à l'enquête selon l'activité menée

Activité menée	Chefs de ménages	Présidente groupement de femme	Chefs de villages	Président ASACO	%
Cultivateur	18	0	3	1	78,6
ATR	0	3	0	0	10,7
Artisan	0	0	0	0	0,00
Commerçant	0	0	0	0	0,00
Ménagère	0	3	0	0	10,70
Total	18	6	3	1	100,00

La profession majoritaire était les cultivateurs avec 78,6%.

1.2 Analyse qualitative des résultats

- **Mise en place des caisses villageoises de santé et de solidarités pour la référence/évacuation des femmes.**

Selon les personnes interrogées, la mise en place du système de référence évacuation village-CSCOM fait suite à des problèmes identifiés dans l'aire de santé de Barouéli central. Les problèmes énumérés ont été : une faible fréquentation du CSCOM, la distance éloignée existant entre le village et le CSCOM, l'absence de système organisé pour le transport des urgences obstétricales village-CSCOM, l'incapacité pour un ménage seul à faire face aux besoins de déplacement et aux coûts en cas de complications obstétricales, la fréquence des complications survenues pendant le transport par charrettes tractées par des ânes et des cas de décès maternels dû à des moyens de transport inadéquats.

Ces difficultés énumérées ont été confirmées par les entretiens organisés avec les leaders communautaires, les membres de l'ASACO et le maire de la commune ; toutes choses qui auraient permis l'organisation d'assemblées générales pour porter à l'attention de l'ensemble de la population des difficultés auxquelles il faut trouver des solutions. C'est ainsi que pour assurer la référence évacuation des femmes en difficultés d'accouchement des villages vers le CSCOM, les communautés se seraient organisées en des caisses villageoises de santé et de solidarité comme témoignent les propos ci-dessous :

« C'est une initiative que nous-mêmes avons eu à mettre en place ; au niveau de l'aire de santé du CSCOM central de Barouéli où il y avait beaucoup de problèmes : le CSCOM n'était pas fréquenté et la fréquence des complications obstétricales survenues pendant le transport par charrettes à dos d'ânes étaient élevées. Des cas de décès maternels dus à des moyens de transport inadéquats et beaucoup d'autres problèmes liés au transport des femmes en difficultés d'accouchement étaient observés ; c'est pourquoi nous avons essayé de regrouper les acteurs communautaires, en présence du Maire de Barouéli et du DTC de CSCOM central de Barouéli, pour évoquer les problèmes auxquels les femmes en difficultés d'accouchements des villages de notre aire de santé étaient confrontées. Ensemble nous avons jugé nécessaire de mettre en place un système de référence évacuation village-CSCOM géré par la communauté elle-même. » (Propos du président de l'ASACO de Barouéli central).

« Le système de référence évacuation village-CSCOM a été mis en place car beaucoup de femmes en difficultés d'accouchement avaient des difficultés pour rejoindre le CSCOM par manque de moyen de transport adapté ; beaucoup de femmes présentaient des complications obstétricales sévères et certains nouveau né décédaient suite à ces complications. Face à ces difficultés, nous avons pris l'initiative de créer ce système afin d'assurer le transport des femmes en difficultés d'accouchement des villages vers le CSCOM central de Barouéli » (propos d'un membre de la caisse)

Ces propos corroborent avec ceux de l'ATR qui affirme : *«Le système a été mise en place car beaucoup de femmes en difficultés d'accouchement faisaient des complications et un ménage seul sans l'aide de la communauté ne pouvait pas assurer le transport de sa femme ; face à ces problèmes il a été décidé de mettre en place un système qui puisse faciliter le transport de ces femmes en difficultés d'accouchement dans notre village».*

Les propos de ce chef de village est aussi édifiant : *« C'est une initiative venant de nous (communauté), car c'est dans notre village que le premier cas de décès maternel a eu lieu en 2015 par manque de moyen financier et de transport et quand la femme arrivait au centre de santé c'était trop tard. Face à ces problèmes, ensemble nous avons jugé nécessaire de mettre en place un moyen de transport pour l'évacuation des femmes en difficultés d'accouchement à temps.»*

○ **Fonctionnement des caisses de santé villageoise**

De l'analyse des discours, il ressort qu'il existe deux organes qui permettent le fonctionnement des **caisses de santé villageoise** dans l'aire de santé de Barouéli central : l'assemble générale et le comité de gestion. L'assemblée générale est l'instance suprême de prise de décision, elle est annuelle et désigne les membres du comité. Les comités sont composés de 4 membres et présidés par un président issu de la communauté qui gère les caisses villageoises de santé et de solidarités ; mais chaque caisse possède un président, un trésorier, un informateur et un administrateur chargé de la prise des notes lors des rencontres. Le comité de gestion est chargé de la bonne marche du bureau, et assure les activités de la référence/évacuation village-CSCOM. Une difficulté évoquée est que les bureaux n'ont jamais reçus de missions de supervision de la part de l'ASACO ni d'autres partenaires. Ce qui ne permet pas un fonctionnement efficient du système et partant une gestion transparente de la caisse.

Le président de la caisse villageoise de santé et de solidarité est le président du comité de gestion de la référence/évacuation village-CSCOM. Ce choix s'explique par le fait de la confiance placée en lui, mais aussi par sa capacité de pouvoir mobiliser la communauté quant à la recherche des solutions aux éventuels problèmes (le non paiement des cotisations par les ménages et la mobilisation de la communauté lors des différentes rencontres). Chaque année un compte rendu des activités est fait à l'assemblée générale. Au paravent des rencontres mensuelles et trimestrielles avec certains leaders communautaires (chef de village, ATR, relais communautaires) pour parler des activités menées durant les mois passés et l'état des caisses.

Les membres du bureau interrogés affirment avoir été le plus souvent désignés sur la base de la confiance de la population et de la disponibilité. Malgré les difficultés, toutes les caisses

fonctionnent à la satisfaction des membres du bureau rencontrés mais aussi de celle de la communauté (les bénéficiaires, les chefs des ménages etc..). Les membres des comités de gestion des caisses sont tous issus de la communauté, les membres de l'ASACO ne viennent qu'en appui et conseils. Les leaders communautaires sont impliqués dans la gestion et les activités des caisses.

Témoignage des propos d'un chef de ménage:

« Nous savons comment les caisses sont gérées, nous avons comment elles fonctionnent, et à chaque fois qu'on a eu besoin du système il a toujours répondu favorablement »

Des insuffisances juridiques et de fonctionnement ont été relevées notamment l'absence de statut et règlement intérieur propres (les comités se référant aux textes du comité de gestion de l'ASACO), l'épuisement précoce des fonds des caisses (à notre passage les caisses étaient en cours d'argent alors que le paiement des cotisations de 2018 par les ménages n'avaient pas commencé).

Les ressources proviennent des cotisations des ménages et un appui de l'ASACO à hauteur de 30% du montant total. Le paiement régulier des cotisations et la réparation de la moto ambulance demeurent des défis à relever. Le montant des cotisations est de 500 FCFA/ménages/ans pour certaines caisses et 450 FCFA/ménages/ans pour d'autres. La méthode de collecte des cotisations est que chaque chef de ménage passe chez les membres de la caisse pour payer. Le paiement est annuel.

Le tarif des cotisations est abordable mais peut être revue si besoin. Quel que soit le montant, certains ménages ne payent pas correctement leur cotisation. Les recettes des cotisations si elles sont payées par l'ensemble des ménages peuvent couvrir les besoins. **Témoignage des**

propos d'un responsable de la caisse

« La première année du système en 2015, où l'ensemble des cotisations ont été payées correctement, cet argent a permis de couvrir l'année 2015 et une grande partie de 2016, malgré que le montant à payer par ménage est insignifiant ». D'autres sources de financement sont en réflexion : plantation de bois d'Eucalyptus et la vente de ce bois, la culture du coton villageois ; l'implication des ressortissants. L'argent est gardé au sein d'une banque.

Pendant le travail d'accouchement, le premier recours des femmes enceintes dans les villages est l'accoucheuse traditionnelle recyclée et dans 1cas sur 6 le premier recours est le CSCOM.

«Moi depuis que ma première femme a eu un sérieux problème dans la main de l'ATR au cours d'un accouchement, des lors les suivis et les accouchements de mes femmes se font au centre de santé»

nous confie un chef de famille.

○ **Lieu de CPN:**

Dans les villages enquêtés, les femmes enceintes réalisent les visites prénatales au CSCOM central de Barouéli dans la plupart des cas et dans un cas sur 27 chez l'ATR. Témoignent ces propos d'une ATR

«Beaucoup de femmes fondent leurs consultations prénatales chez nous, en dehors de la première consultation qui est effectuée au centre de santé ou les femmes reçoivent des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée et il n'y'a pas de dépense à faire chez nous (comme prendre le sang et la radio du ventre)».

Les lieux d'accouchement des femmes sont au chez l'ATR et au niveau CSCOM. Les résultats nous démontrent que l'accouchement au CSCOM est utilisé en cas de difficulté car environ la moitié des femmes ont signalés qu'elles ont accouché chez l'ATR. *« L'accouchement chez les ATR ne coûte rien, contrairement au centre de santé qu'il est problème ou pas il coûte cher»* nous a confié un chef de ménage.

○ **Lieu d'activités de l'ART:**

Les ATR exercent les activités de suivi de grossesse et d'accouchement dans une case de santé dans la majorité des cas au sein des villages.

○ **Formation reçues par les ATR:**

Toutes les ATR enquêtées ont reçu des formations sur l'accouchement propre et la détection des signes de danger chez les femmes enceintes et une a reçu une formation sur le dépistage de la malnutrition chez les enfants de moins de 5ans.

○ **Lieu d'accouchement:**

Les lieux d'accouchement des femmes sont au chez l'ATR et au niveau CSCOM. Les résultats nous démontrent que l'accouchement au CSCOM est utilisé en cas de difficulté car environ la moitié des femmes ont signalés qu'elles ont accouché chez l'ATR. *« L'accouchement chez les ATR ne coûte rien, contrairement au centre de santé qu'il est problème ou pas il coûte cher»* nous a confié un chef de ménage.

○ **Prise de décision dans la famille pour la référence/évacuation:**

Les décisions de référence/évacuation des femmes enceintes au niveau des villages sont prises par le chef de famille, témoins ces propos d'une ATR

«Ici, c'est le chef de famille qui décide de l'évacuation d'une femme en difficultés d'accouchement car les bien de la famille sont gérés par eux ».

○ **Le moyen de transport:**

Le moyen de transport utilisé pour la référence /évacuation des femmes et des enfants dans les villages enquêtés est la moto ambulance (10/10), ce moyen est confortable, réduit le temps de

transport et est moins cher comparée aux autres moyens. Nos résultats ont prouvé que les caisses assuraient le transport des urgences obstétricales et néonatales du village vers les CSCOM.

« *La moto ambulance a réduit le temps de transport et a également facilité le transport des femmes enceintes en difficultés vers le centre de santé* » propos d'un responsable de la caisse.

○ **Lieu de destination des évacuées:**

Toutes les femmes enceintes en cas de complication pendant la grossesse ou à l'accouchement ont été référées ou évacuées au CSCOM Central de Barouéli.

○ **Nombre de femmes évacuées par le système:**

Toutes les femmes enceintes qui ont eu besoins du système dans les dix huit ménages enquêtés ont été évacuées soit (dix sept femmes évacuées au moment de notre passage, seulement dans les villages enquêtés).

○ **Les obstacles liés à la pérennité des caisses:**

Pendant les entretiens individuels, les participants ont dans la très grande majorité répondu que les obstacles liés à la pérennité des caisses sont entre autres la non participation de la collectivité et de l'état au financement du système de référence/évacuation village-CSCOM, le refus de certains ménages d'adhérer au système, le non paiement à temps des cotisations par certains ménages et la mauvaise gestion.

« *Nous entendons toujours que la gestion de la santé de chaque communauté est confiée à sa collectivité (Mairie) mais la notre refuse de participer au financement d'une activité qui va sauver la vie de sa communauté* ». **Propos d'un responsable de caisse**

○ **Niveau de satisfaction de la communauté sur la mise en œuvre du système**

Les effets de la mise en œuvre de ce système de transport entre le village et le CSCOM selon les participants sont nombreux et divers. Tous les participants ont déclaré que : le système a amélioré l'accessibilité géographique aux soins obstétricaux d'urgences, a réduit le temps de voyage, a contribué à l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale, a réduit le cout de l'évacuation et de la prise en charge des soins, a réduit la survenue des complications obstétricales. Il y a eu une réduction des décès maternels et néonataux et a permis à toutes les couches socioéconomiques d'accéder aux soins de santé maternelle. D'autres ont signalé que grâce au système toutes les femmes dans le besoin ont puis être évacuées à temps et à facilité le transport et sauvé beaucoup de vie.

« *Depuis le début de la mise en place de ce système en 2015 jusqu'à nos jours, nous avons évacué toutes les femmes qui étaient dans le besoin* ». **Propos d'un responsable de caisse**

Un mari d'une femme bénéficiaire du système nous a confié : « *Grace au système, ma femme a pu être évacuée à temps vers le centre de santé pour une prise en charge rapide et appropriée, aujourd'hui si elle est vivante c'est grâce au système.* »

○ **Perception du système par la communauté**

Les principales perceptions de la communauté sont : le système s'adapte aux réalités du terrain, ne coûte pas cher, doit être soutenu par la mairie et l'état et que la communauté doit pouvoir maintenir. Le système a créé l'interaction et la solidarité entre les individus et au sein de la communauté. «*Vous voyez, grâce au système toutes les femmes qui ont eu besoin ont pu être évacuées à temps et dans des bonnes conditions sans distinction de rang social, ni de la situation financière* » **nous a confié un responsable de caisse.**

5. Commentaires et Discussions

Contraintes et limites: Au cours de cette étude, nous avons été confrontés à des difficultés d'ordre financier, mais aussi à des difficultés liées à l'enquête. Ces difficultés sont les suivantes: Absence de support de gestion de la référence évacuation dans certains cas (ATR et certains comités de gestion de la caisse) et le temps limité pour la rédaction du mémoire. Tous les participants étaient choisis de façon raisonnée, ce qui ne permet pas une généralisation de nos résultats.

Certains informateurs ne se souvenaient plus des informations comme la contribution faite par leur ménage et comment la communauté participe à la gestion de la caisse de santé villageoise.

Les outils de collecte étaient en Français alors que la plus part de nos interviews se sont déroulés en Bambara.

La mise en place des caisses villageoises de santé et de solidarités pour la référence/évacuation des femmes.

Les caisses de santé villageoise et solidarité dans l'aire de santé du CSCOM central de Barouéli ont été mise en place pour faire face à des difficultés d'accès financier, la distance éloignée existant entre le village et le CSCOM, l'absence du système organisé de la référence/évacuation village-CSCOM, le manque de moyen financier d'un ménage seul à faire face aux besoins de déplacement et aux coûts en cas de complications obstétricales, la

fréquence des complications survenues pendant le transport par charrettes à dos d'ânes et des cas de décès maternels dû à des moyens de transport inadéquats aux services de santé maternelle surtout les urgences obstétricales, Julie Fournier en 2011 avait trouvé qu'à Bafoulabé et Kita les difficultés d'accès financier et géographique étaient à l'origine de la création des caisses de santé villageoise et de solidarité de Dramétou, Ségala dans le cercle de Bafoulabe et Flabougou, Bangassi dans le cercle de Kita [33].

Nos résultats montrent que les caisses villageoises de santé et de solidarité dans l'aire de santé de Barouéli sont des initiatives de la communauté locale, créée en 2015, elles ont toujours assuré ses prestations sans interruption jusqu'à nos jours.

Ainsi ce cas du CSCOM central de Barouéli semble prouver que l'initiative est communautaire et un certain degré de pérennité est assuré.

Les groupements d'entraide comme les caisses villageoise de santé et de solidarité améliorent l'accès aux services de santé maternelle et obstétricale d'urgence. En Inde, **Somen Saha** et collaborateurs ont montré que la présence d'un groupe d'entraide en zone rurale est associée à une amélioration du comportement sanitaire de la population [34].

Nos résultats ont prouvé que les caisses assuraient le transport des urgences obstétricales et néonatales du village vers les CSCOM. Les mêmes prestations étaient retrouvées dans l'étude de **Julie** en 2011 à Dramétou et Ségala [33].

Les moyens utilisés pour le transport des urgences obstétricales et néonatales par nos sites étaient la moto ambulance, les personnes interrogées trouvent que ce moyen est confortable, réduit le temps de transport et est moins cher comparée aux autres moyens, Dramétou et Ségala ne possédaient pas de moto ambulance, ils utilisaient un véhicule ambulance [33]. L'importance de la moto ambulance pour le transport des urgences obstétricales est retrouvée dans plusieurs études ; l'UNICEF l'a démontré au Soudan du sud en 2013, cela est témoigné par les propos d'une mère de trois enfants bénéficiaire qui confirme « *La moto ambulance a sauvé ma vie* », « *je ne serais pas maintenant ici si je n'avais pas été transporté à l'hôpital par la moto ambulance* » [35].

En 2008 au Malawi, **Jan J. Hofman** et collaborateurs ont montré que dans les pays pauvres en ressources limitées, les motos ambulances dans les centres de santé ruraux sont un moyen de référence utile pour les soins obstétricaux d'urgence et une option relativement peu coûteuse pour le secteur de la santé [36].

Dans notre étude les résultats montrent que le premier recours des femmes enceintes dans les villages est l'accoucheuse traditionnelle recyclé et dans 1 cas sur 6 le premier recours est le

CSCOM, cela peut s'expliquer par la proximité et l'accès facile des ATR par les parturientes au sein des villages.

Dans notre étude dix sept femmes ont bénéficiées du système de référence évacuation village-CSCOM dans les dix huit ménages enquêtés.

Les obstacles liés à la pérennité des caisses

Pendant les entretiens individuels, les participants ont dans la très grande majorité répondu que les obstacles liés à la pérennité des caisses sont entre autres la non participation de la collectivité et de l'état au financement du système de référence/évacuation village-CSCOM, le refus de certains ménages d'adhérer au système, le non paiement à temps des cotisations par certains ménages et la mauvaise gestion des caisses. Dans l'étude menée par Fantamady CAMARA en 2017 montre que la mauvaise gestion, le non paiement des cotisations et le départ de l'ONG ont entraîné l'arrêt de la caisse à Guémou Malinké[46].

Le niveau de satisfaction de la communauté sur la mise en œuvre du système

Les effets de la mise en œuvre de ce système de transport entre le village et le CSCOM selon les participants sont nombreux et divers. Tous les participants ont déclaré que : le système a amélioré l'accessibilité géographique aux soins obstétricaux d'urgences, a réduit le temps de voyage, a contribué à l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale, a réduit le coût de l'évacuation et de la prise en charge des soins, a réduit la survenue des complications obstétricales. Il y a eu une réduction des décès maternels et néonataux et a permis à toutes les couches socioéconomiques d'accéder aux soins de santé maternelle. D'autres ont signalé que grâce au système toutes les femmes dans le besoin ont pu être évacuées à temps et a facilité le transport et sauvé beaucoup de vie. L'étude menée par Fantamady CAMARA en 2017 a montré aussi que les caisses à Fassoudébé et à Guémou Malinké ont améliorées l'accessibilité financière et géographique des populations aux soins de santé. Elles ont aussi renforcé les liens d'entraide et de solidarité aussi bien chez les riches que chez les pauvres, contribués à une réduction du temps de transport et tout le monde a accès aux soins du CSCOM grâce à ces caisses. [46].

Les difficultés rencontrées dans la mise en place du système

Dans notre étude pendant les entretiens individuels, tous les participants (28 personnes/28) ont répondu que la mise en place du système n'avait pas rencontrée de difficulté majeure en

dehors de l'hésitation de certains ménages d'adhérer par manque de confiance aux membres de l'ASACO et du refus de la mairie de participer au financement du système. La mise en place du système a été facilitée par l'adhésion des chefs de village et aussi par le fait que les réunions sont effectuées chez le chef de village. Dans l'étude menée par Fantamady CAMARA en 2017 montre que la mauvaise définition des ménages, la non adhésion de certains ménages au système, une méfiance au vu des expériences antérieures non réussies, et l'incompréhension liée probablement à l'ignorance étaient les difficultés rencontrés dans la mise en des caisses à **Fassoudébé et à Guémou Malinké.**

Prise de décision dans la famille pour la référence évacuation

Dans le cadre de la référence évacuation la prise de décision au niveau familiale est un aspect très important dans le processus car entre différente personne qui compose la famille avec des responsabilités selon la configuration des familles, la responsabilité de décision s'impose donc à la question de s'avoir qui doit décider du transfert de la femme en cas de difficulté d'accouchement au CSCOM ?

L'ensemble des personnes enquêtées se disent le chef de famille étant le premier responsable est la personne habilité à prendre la dernière décision de référer la femme au CSCOM central de Barouéli ou en absence du chef de famille c'est la belle-mère ou la vieille mère qui décide de l'évacuation de la femme vers le CSCOM central de Barouéli.

Djibril Maiga en 2016 avait conclue aux mêmes résultats à Sanando et à Moabougou [47].

Dans notre étude les défis rencontrés sont la non adhésion de certains ménages et le non paiement des cotisations. Les raisons évoqués pour la plus part sont : le manque de confiance aux gestionnaires de la caisse et pour certains c'est la mauvaise volonté. Fantamady CAMARA en 2017 avait trouvé les mêmes défis à Guémou Malinké [46].

Les leçons apprises : au cours de l'enquête nous avons constaté à travers les registres de CPN et d'accouchement que grâce au système de référence évacuation et la sensibilisation continue des acteurs communautaires il y'a une augmentation du nombre de consultation prénatale et d'accouchement au centre de santé communautaire de Barouéli central. Le nombre de CPN et d'accouchement est progressivement passé de 879, 924, 995 et 791, 897 à 1042, entre 2015, 2016 et 2017. Le nombre d'accouchement plus élevé que de CPN pourrait s'expliquer par le fait que certaines femmes ont accouché au centre sans avoir fait de CPN.

Nous avons constaté aussi que depuis la mise en place du système il n'y'a pas eu de décès maternels dans les villages concernés par notre étude selon le registre SONU et les témoignages de leaders communautaires.

6. Conclusion

L'organisation de la référence/évacuation a pour but l'amélioration des indicateurs de santé et la diminution de la mortalité maternelle et néo-natale. Elle répond mieux à la question des trois retards aggravant la mortalité maternelle et néonatale. L'engagement des communautés et des collectivités est assez prépondérant dans la réussite et la pérennité du système.

Nos résultats montrent, la mise en place du système de référence évacuation village-CSCOM fait suite à des problèmes identifiés dans l'aire de santé de Barouéli central.

Le système de référence village-CSCOM est organisé en bureau et assure le transport des femmes en difficultés d'accouchement ou les enfants de moins de 5 ans vers le CSCOM central de Barouéli pour la prise en charge. Ce système a contribué ainsi à améliorer la santé des femmes et des enfants des villages enquêtés.

Les effets positifs de la mise en œuvre de ce système de transport entre le village et le CSCOM selon les participants sont entre autres amélioration l'accessibilité géographique aux soins obstétricaux d'urgences, a réduit le temps de voyage, a contribué à l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale, a réduit le cout de l'évacuation et de la prise en charge des soins, a réduit la survenue des complications obstétricales. Il y a eu une réduction des décès maternels et néonataux et a permis à toutes les couches socioéconomiques d'accéder aux soins de santé maternelle. D'autres ont signalé que grâce au système toutes les femmes dans le besoin ont puis être évacuées à temps et à facilité le transport et sauvé beaucoup de vie.

Dans notre étude le système de référence évacuation village-CSCOM, depuis sa création en 2015 jusqu'en fin 2017, a mené des prestations de transport des urgences obstétricales et néonatales de façon régulière. Le système souffre d'une absence totale d'appui des collectivités en termes de financement du système. Malgré ce manque d'appui, le système de référence évacuation des villages vers le CSCOM central de Barouéli est fonctionnel..

Jusqu'au mois de février 2018, les activités sont menées mais la caisse fonctionne avec difficultés. D'où les questions : quel est le meilleur moyen ou système à mettre en place pour une meilleure fonctionnalité du système de référence évacuation village-CSCOM?

La réponse à cette question pourrait se trouver dans une étude sur un nombre élevé de caisses de santé villageoise. Notre étude dont le nombre de caisses de santé villageoises inclus est limité ne permet pas de tirer une conclusion qui puisse être généralisée. A la lumière des résultats obtenus, on pourrait formuler certaines recommandations pour la mise en échelle et la pérennité du système de référence évacuation village-CSCOM.

7. Recommandations

En vue de la pérennité et d'une mise en échelle des systèmes de référence évacuation village-CSCOM, nous formulons les recommandations suivantes à l'endroit :

des autorités politique et administratives (Mairie et Etat) :

- Accompagner la communauté dans la mise en place et le financement des systèmes de référence évacuations village-CSCOM en tant que complément du système de solidarité au niveau rural ;
- Appuyer la réparation des motos ambulances.

de l'ASACO du CSCOM central de Barouéli

- Créer un partenariat dynamique avec les caisses de santé villageoise ;
- Redynamiser les relais communautaires du CSCOM central de Barouéli ;
- Assurer un suivi régulier des caisses de santé villageoises ;
- Restituer les résultats obtenus sur la référence/évacuation de l'année précédentes aux autorités communales, régionales et nationales ;
- soutenir une approche communautaire centrée sur les résultats

des comités de gestion de la caisse

- Faire des comptes rendus aux adhérents pour renforcer la confiance en mettant en place un mécanisme de redevabilité;
- Compter en premier lieu sur les cotisations des adhérents pour financer le système de référence évacuation village-CSCOM
- Sensibiliser la population pour une meilleure adhésion ;
- Impliquer plus de femmes dans les bureaux des caisses de santé villageoises

de la communauté :

- Adhérer aux caisses de santé villageoises
- Payer régulièrement les cotisations et par chef de ménage
- Créer des alternatives pour faciliter le financement de la référence évacuation village-CSCOM.

8. Références

1. **Cellule de planification et de statistiques** (cps/ssdspf), institut national de la statistique (instat), centre d'études et cellule de planification et de statistiques (cps/ssdspf), institut national de la statistique (instat), cellule de planification et de statistique (cps/ssdspf), institut national de la statistique (instat/mpatp), info-stat et icf international, 2014. enquête démographique et de santé au mali 2012-2013. rockville, et al. enquête démographique et de santé (EDSM-V). 2013.
2. **FENASCOM**. manuel de référence pour la création d'une caisse villageoise de solidarité santé (cvss) juin 2009. fenascom; 2009.
3. **Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées**. état des lieux de la couverture maladie universelle au mali. Bamako: ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées; 2011 oct p. 55.
4. **OMS, unicef, unfpa, groupe de la banque mondiale, nations unies**. tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 estimations de l'oms, l'unicef, l'unfpa, le groupe de la banque mondiale et la division de la population des nations unies résumé d'orientation. oms 2015.
5. **Ouédraogo c, bouvier-colle m-h. Santé maternelle en afrique francophone - mortalité maternelle en afrique de l'ouest** : comment, combien et pourquoi ? /data/revues/03682315/00310001/80/ [internet]. 3 sept 2008 [cité 30 nov 2016]; disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/114376>.
6. **World health organization. Geneva. Maternal mortality in 2000**: estimates developed by who, unicef and unfpa. Geneva: who.2004a
7. **Nations-unies; assemblée générale**. projet de document final du sommet des nations unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015. new york: nations unies; 2015 sept p. 41. report no.: a/69/l.85.
8. **Slis, ministère de la santé et de l'hygiène publique. Annuaire statistique slis 2015**. 2016.

- 9. Schoemaker-marcotte c, line gauvin, président-rapporteur, pierre fournier, directeur de recherche, carl-ardy dubois, membre du jury.** la qualité des soins obstétricaux en milieu rural malien: une étude exploratoire. montréal: université de montréal; 2013 p.105.
- 10. OMS.** la strategie mondiale pour la sante de la femme, de l'enfant et de l'adolescent note d'information [internet]. 2015 [cité 14 déc 2016].disponible sur: http://everywomaneverychild.org/images/global_strategy_eb_briefing_for_member_states_30_jan_final_fr.pdf.
- 11. Primature secrétariat général du gouvernement république du mali.** décret n° 05 – 350 / p-rm. 2005.
- 12. Dogba m, fournier p, dumont a, zunzunegui m-v, tourigny c, berthe-cisse s.** mother and newborn survival according to point of entry and type of human resources in a maternal referral system in kayes (mali). *Reprod health*. 10 mai 2011; 8:13.
- 13. Pierre fournier, alexandre dumont, caroline tourigny, geoffrey dunkley & sékou dramé.** improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural mali. 9.
- 14. Arsenault c, fournier p, philibert a, sissoko k, coulibly a, tourigny c, et al.** **Emergency obstetric care in mali:** catastrophic spending and its impoverishing effects on households. *bull world health organ*.1 mars 2013;91(3):207-16.
- 15. Malik k, eva jespersen, al.** rapport sur le développement humain 2014 [internet].1 un plaza, new york, ny 10017, usa: programme des nations unies pour le développement; 2014 p. 259. disponible sur: <http://hdr.undp.org>.
- 16. Labonté r, sanders d, packer c, schaay n.** is the alma ata vision of comprehensive primary health care viable? findings from an international project. *glob health action* [internet]. 21 novembre 2017 [cité 26 déc 2017];7. disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4141965/>
- 17. Usaid/phr, bit/acopam, anmc, wsm.** contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : cas du mali [internet]. 1997 [cité 4 janv 2017]. disponible sur: <http://multicountrypbfnetwork.org/mutuellesetudesmali.pdf>.
- 18. konate M, kanté B, djènèpo F.** politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au mali étude de cas en milieu urbain et rural. 2003.
- 19. Maria-pia waelkens et bart criel.** les mutuelles de santé en afrique sub- saharienne; état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche. 2004.

20. **Saha s, kermode m, annear pl.** effect of combining a health program with a microfinance-based self-help group on health behaviors and outcomes. *public health*. nov 2015;129(11):1510-8.
21. **Saha s, annear pl, pathak s.** the effect of self-help groups on access to maternal health services: evidence from rural india. *int j equity health*. 28 mai 2013;12:36.
22. **Ssebunya r, matovu jkb.** factors associated with utilization of motorcycle ambulances by pregnant women in rural eastern uganda: a cross-sectional study. *bmc pregnancy childbirth* [internet]. 3 mars 2016 [cité 8 févr 2017];16. disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4778302/>
23. **Unicef, united kingdom.** motorcycle ambulances for pregnant women in south sudan; final report prepared for the guernsey overseas aid commission [internet]. 2013 [cité 8 févr 2017]. disponible sur: <https://www.gov.gg/chttphandler.ashx?id=82788&p=0>
24. **Hofman jj, dzimadzi c, lungu k, ratsma ey, hussein j.** motorcycle ambulances for referral of obstetric emergencies in rural malawi: do they reduce delay and what do they cost? *int j gynaecol obstet off organ int fed gynaecol obstet*. août 2008;102(2):191-7.
25. **1-OMS. Réduire la mortalité maternelle déclaration commune oms/ fnuap/ unicef/banque mondiale.** genève. oms.1999
26. **Oyesolo r, shelu d, ikeh a t, maru i, maine d. Improving emergency obstetric care at a state referral hospital,** *kebbistate. jr of gyneacol & obstet* 1997; 59: s 75 - s 81
27. **Bit. Micro-assurance santé.** guide d'introduction aux mutuelles de santé en afrique. genève, bureau international du travail, programme stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté (step), 2002 mutualité, assurance-maladie, afrique francophone. 02.03.2 isbn 92-2-212852-4. 2002.
28. **OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2013: la recherche pour la couverture sanitaire universelle rapport** [internet]. 2013 [cité 2 nov 2016] p. 168. report no.: (classification nlm : w 84.6). disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85764/1/9789240691193_fre.pdf?ua=1.
29. **Doumbia s. Les évacuations sanitaires obstétricales. Pronostic maternel et périnatal au centre de sante de référence de la commune v.** *th med, bamako* 2010 ; 22.
30. **DNS-MALI.** guide pour la mise en oeuvre de la gratuite de la cesarienne. 2005.
31. **Gabrysch S, Campbell OM.** *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009 Aug 11;9:34. doi: 10.1186/1471-2393-9-34. Review.
32. **Ronsmans C, Graham WJ;** Lancet Maternal Survival Series steering group. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1189-200. Review.

- 33. Julie Fournier, Aliou Coulibaly, Caroline Tourigny, Soumaïla Diakitè, Pierre Fournier.** Une analyse de l'implantation des Caisses villageoises de solidarité-santé dans la région de Kayes, au Mali. 2013.
- 34. Saha S, Kermode M, Annear PL.** Effect of combining a health program with a microfinance-based self-help group on health behaviors and outcomes. *Public Health*. nov 2015;129(11):1510-8.
- 35. UNICEF, United Kingdom.** Motorcycle Ambulances for Pregnant Women in South Sudan; Final report prepared for the Guernsey Overseas Aid Commission [Internet]. 2013 [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.gov.gg/CHttpHandler.ashx?id=82788&p=0>.
- 36. Hofman JJ, Dzimadzi C, Lungu K, Ratsma EY, Hussein J.** Motorcycle ambulances for referral of obstetric emergencies in rural Malawi: do they reduce delay and what do they cost? *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. août 2008;102(2):191-7.
- 37. Loi n ° 02-049 du 22 juillet 2002** portant loi d'orientation sur la santé.
- 38. Khan et al., 2006.** *Asian-Aust. J. Anim. Sci.*, 19 (5): 705-712
- 39. BOSSYNS P,** étude sur le système de référence au Niger
<http://www.itg.be/itg/General Site/Activités/Downloads/riac0112.pdf>.
- 40. GOBATTO I.,**1999, Être Médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle, Paris, l'Harmattan.
- 41. BARRO M.,** 2003, Réflexion sur la réorganisation du système de référence et contre-référence dans le district sanitaire de Bousé (Burkina Faso) mémoire de pour un Master en santé publique, IMT Antwerpen, Belgique.
- 42. TIEBA. B et al** 2003, système de référence et contre-référence des urgences gynéco-obstétricales des maternités de la ville de Ouagadougou. Abstract du 7ème congrès de la SAGO, SOMAGOII, Bamako (Mali).
- 43. OMS** 1990, les hôpitaux de district dans les zones rurales et urbaines, Genève.
- 44. OLIVIER DE SARDAN J-P.** et al., 1999, « l'accouchement c'est la guerre ». De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien », *Bulletin APAD*, N°17:71-93.
- 45.** www.extranet.santemonteregie.qc.ca/santepublique.
- 46. CAMARA F, 2017,** Caisses villageoises de Solidarité Santé (CVSS) dans l'amélioration de l'état de santé des populations rurales de Diéma et de Nioro (Mali) mémoire pour un Master en santé publique, DRESP FMOS, Mali.
- 47. MAIGA D, 2016,** Rôle des motos ambulances dans le cadre du transport des cas d'urgences obstétricales et néonatales des villages aux CSComs dans le district sanitaire de

Barouéli (Mali) mémoire de fin d'étude cycle supérieur de développement Social, INFTS,
Mali.

9. Annexes

GUIDE ENTRETIEN INDIVIDUEL pour chefs de villages et Présidente de groupement de femmes.

Nom du village:.....

Âge

Sexe :

Profession :

Date de l'enquête : /__ /__ /__ /

Q1. Où est ce que vos femmes font leur CPN ou suivi de grossesse?

.....

Q2. En cas de travail d'accouchement, quel est votre premier recours?

.....

Q3. Quels sont les moyens de transport que vous utilisez pour amener les femmes enceintes ou les enfants au centre de santé ?

.....

Q4. Comment est organisé la référence/évacuation des femmes enceintes en travail d'accouchement difficile et des enfants dans votre village?

Existe t-il un comité de gestion de ce système ?

Comment fonctionne ce comité de gestion?

.....

.....

Q5. Qu'est-ce qui a motivé votre communauté à s'organiser dans le cadre de la référence/évacuation des femmes ayant une difficulté d'accouchement et des enfants dans votre village?

.....

.....

Q6. Existe-t-il une caisse de santé villageoise chez vous?

.....
.....

Q7. Si oui comment la caisse est-elle alimentée ?

.....
.....

Q8. Si non pourquoi?

Q9. Quel a été selon vous l'apport de ce système de la référence/évacuation dans l'amélioration de l'accès aux soins?

.....
.....

Q10. Quel est la participation de la communauté dans la gestion du système de référence/évacuation des femmes en difficultés d'accouchement et les enfants?

Comment la communauté participe à la gestion de la caisse

Comment la communauté est informée

.....
.....

Q11. Que pensez-vous de ce système de référence/évacuation?

.....
.....

Q12. Pour assurer la pérennité de ce système de référence/évacuation que faut-il faire?

.....
.....

Q13. Avez-vous autres choses à dire?

GUIDE ENTRETIEN INDIVIDUEL (ATR)

Nom du village: Siemona.....

Nom Prénom :

Âge :

Sexe

Profession :

Date de l'enquête : /__ /__ /__ /

Q1. Où est ce que vous menez vos activités d' ATR?

.....

Q2. Où est ce que vos femmes font leur CPN ou suivi de grossesse?

.....

Q3. En cas de travail d'accouchement, que faites-vous?

.....

.....

Q4. Quel type de formation avez-vous reçue pour le suivi des femmes enceintes et les enfants?

.....

.....

Q5. Comment les cas de grossesses et d'accouchements qui dépassent votre compétence sont-ils gérés?

.....

.....

Q6. Qui décide la référence/évacuation de la femme au niveau de la famille?

.....

Q7. Par quel moyen les femmes et les enfants sont-ils référés ou évacués?

.....

.....

Q8. Comment est organisée la référence/évacuation des femmes enceintes en travail d'accouchement difficile et des enfants dans votre village?

moyen utilisé

Existence d'un comité de gestion du système

fonctionnement du comité de gestion

.....
.....

Q9. Dans quelle structure de santé référez-vous le plus souvent les femmes et/ou les enfants?

.....
.....

Q10. Quels sont les supports dont vous disposez pour la référence/évacuation?

.....

Q11. Quel a été selon vous l'apport de ce système dans l'amélioration de l'accès aux soins?

.....
.....

Q12. Que pensez-vous de ce système de référence évacuation mis en place dans votre village?

.....

Q13. . Avez-vous autres choses à dire?

MERCI

GUIDE POUR GROUPE DISCUSSION

Nom du village:.....

Nom Prénom de l'enquêté :

Date de l'enquête : /__ /__ /__ /

Q1. Comment est organisée la référence/évacuation des femmes enceintes en travail d'accouchement difficile et des enfants dans votre village?

Q2. Parlez- nous du comité de gestion?

composition, responsabilité, rôle et fonctionnement

.....
.....

Q3. Qu'est-ce qui a motivé votre communauté à s'organiser pour la référence/évacuation des femmes en difficulté d'accouchement et des enfants?

.....
.....

Q4. Comment sont financées les références/évacuations?

.....

Q5. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de la gestion du système mis en place pour l'évacuation des femmes et des enfants?

Q6. Quel a été selon vous l'apport de ce système dans l'amélioration de l'accès aux soins?

Q7. Que pensez-vous de ce système de référence/évacuation.

Q8. Quels sont les supports dont vous disposez pour la référence/évacuation?

Q9. Parlez-nous des difficultés que vous rencontrez dans la gestion de la référence/ évacuation?

La contribution financière des familles/ménages parviennent-elles à couvrir les dépenses

Q10. Comment la communauté est-elle associée a la gestion de la caisse ?

Q11. Comment comptez-vous assurer la pérennité de ce système?

Q12. Avez-vous autres choses à dire?

GUIDE ENTRETIEN INDIVIDUEL pour chefs de ménages

Nom du village:.....

Nom Prénom

Âge :

Sexe :

Profession :

Date de l'enquête : /__ /__ /__ /

Q1. Où est ce que vos femmes font leur CPN ou suivi de grossesse?

Q2. En cas de travail d'accouchement, où amenez-vous vos femmes ?

Q3. Comment est organisée la référence/évacuation des femmes enceintes en travail d'accouchement difficile et des enfants dans votre village?

moyen utilisé

Existe t-il un comité de gestion de ce système ?

Comment fonctionne ce comité de gestion?

Q4.Qu'est-ce qui a motivé votre communauté à s'organiser dans le cadre de la référence/évacuation des femmes ayant une difficulté d'accouchement et des enfants dans votre village?

Q5. Existe-t-il une caisse de santé villageoise ?

Q6. Si oui comment la caisse est-elle alimentée ?

comment fonctionne cette caisse ?

Si non pourquoi?

Q7. Quelle est la contribution financière de chaque famille ou ménage ?

Q8. Combien de membres de votre famille a bénéficié du système?

Q9. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de système mis en place pour l'évacuation des femmes et des enfants?

Q10. Quel a été selon vous l'apport de se système dans l'amélioration de l'accès aux soins?

Q11. Que pensez-vous de ce système de transport ?

Q13. . Avez-vous autres choses à dire?

GUIDE ENTRETIEN INDIVIDUEL pour le président ASACO

Nom du village:....

Nom Prénom de l'enquêté :

Âge

Sexe :

Profession :

Date de l'enquête : /__ /__ /__ /

Q1. En cas de travail d'accouchement, où amenez-vous vos femmes ?

Q2. Quels sont les moyens de transport que vous utilisez pour la référence/évacuation des femmes enceintes et les enfants?

Q3. Comment est organisée la référence/évacuation des femmes enceintes et des enfants dans votre village?

Q4. Qu'est-ce qui a motivé votre communauté à s'organiser pour la référence/évacuation des femmes enceintes et des enfants?

Q5. Comment ce système est organisé ?

Existence de caisses de santé villageoise, de comité de gestion

alimentation des caisses

fonctionnement des caisses

Q6. Comment sont financées les références/évacuations?

Q7. Quel a été selon vous l'apport de ce système dans l'amélioration de l'accès aux soins?

Q8. Que pensez-vous de ce système de référence/évacuation mis en place dans les villages?

Q9. En tant que ASACO quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la gestion des référence/évacuations?

Q10. Comment comptez-vous assurer la pérennité de ce système dans votre aire de santé?

Q11. Avez-vous autres choses à dire?

MERCI