

**ETUDE DE LA QUALITE DE L'ACCOUCHEMENT
ASSISTE DANS LES CENTRES DE SANTE
DU RWANDA**

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme de Maîtrise en Santé Publique**

Dr JEAN NKURUNZIZA

Directeur : Pr Cyprien MUNYANSHONGORE
Co-Directeur : Dr Laetitia NYIRAZINYOYE

Janvier 2011

DECLARATION

Nous déclarons que ce mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Santé Publique, est notre travail original et n'a été jamais déposé nulle part. En plus nous déclarons qu'une liste de référence est donnée indiquant toutes sources d'informations citées.

JEAN NKURUNZIZA

DEDICACE

A notre Grand Dieu Miséricordieux et Compatissant,

Aux Autorités de l'UNR,

A notre très chère Epouse Joséphine MUKAKARARA qui nous a soutenu tout le temps,

A nos enfants : Marie Claire UMUHOZA, Fabrice MUKUNZI, Randolin GIRANEZA,

Au Professeur Danièle Sondag qui nous a offert son assistance financière pour nos études,

A nos Amis,

A tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'accomplissement de nos études,

Nous vous dédions ce travail.

REMERCIEMENTS

Nous remercions notre Dieu Tout Puissant qui nous a gardé et nous a permis de réaliser ce travail,

Nous remercions le Gouvernement Rwandais pour les efforts déployés dans la promotion de l'enseignement en général,

Nous remercions les Autorités de l'UNR qui ont créé l'Ecole de Santé Publique,

Nous remercions l'Ecole de Santé Publique en particulier pour avoir pu faciliter notre travail,

Nos remerciements s'adressent particulièrement à notre très chère épouse Joséphine MUKAKARARA, à nos enfants, pour leur soutien permanent,

Un grand remerciement est adressé au Professeur Danièle SONDAG et à la Croix Rouge de Belgique pour leur soutien financier,

Nous remercions très sincèrement les superviseurs de ce mémoire : Professeur Cyprien MUNYANSHONGORE et Dr Laetitia NYIRAZINYOYE pour leurs précieux conseils,

Des remerciements s'adressent enfin à tous les amis et les collègues, de classe et de travail, avec lesquels nous avons entretenu un climat de cordialité sur notre lieu de travail et à l'Ecole de Santé Publique.

LISTE DES ABBREVIATIONS

ANC :	Antenatal care
ARV :	Antirétroviral
AT :	Accoucheuse Traditionnelle
ATB :	Antibiotiques
BCF :	Bruits du cœur foetal
CPN :	Consultation Prénatale
CS :	Centre de Santé
DHS :	Demographic and Health Survey
FDG :	Focus Group Discussion
FOSA :	Formation Sanitaire
FOSACOM :	Formation Sanitaire Communautaire
HD :	Hôpital de District
HMIS :	Health Management Information System
IDHS :	Intermediate DHS
JHSR :	Joint Health Sector Review
MDGs	Millenium Development Goals
MINISANTE :	Ministère de la Santé
MM :	Mortalité maternelle
MMI	Military Medical Insurance
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PBF :	Performance Based Financing
RAMA	Rwandaise d'Assurance Maladie
SIS :	Système d'Information Sanitaire
SMI :	Soins de Santé Maternelle et Infantile
SONU-B :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences de Base
SONU-C :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (Compréhensifs)
SPA :	Service Provision Assessment
TA :	Tension Artérielle
UNFPA :	Fonds des Nations Unies Pour la Population et la Famille
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WHO :	World Health Organization

TABLE DES MATIERES

DECLARATION	ii
DEDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABBREVIATIONS	v
TABLE DES MATIERES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	vii
RESUME	viii
EXECUTIVE SUMMARY	x
1. INTRODUCTION	1
1.1. DEFINITION DES CONCEPTS	1
1.2. PROBLEMATIQUE	1
1.3. INTERET DU SUJET	2
1.4 SYNTHESE DE LA REVUE DE LA LITTERATURE	5
1.4.3 Accouchement assisté dans les pays en développement	6
1.4.4 Accouchement assisté au Rwanda [2]	6
1.5 HYPOTHESE ET OBJECTIFS DU TRAVAIL	10
2. METHODOLOGIE	11
2.1 TYPE D'ETUDE	11
2.2 METHODOLOGIE PROPREMENT DITE	11
2.3 ECHANTILLONNAGE	14
2.4 MATERIEL	17
2.5 CONSIDERATIONS ETHIQUES	18
2.6 UTILISATION DES RESULTATS OBTENUS	18
2.7 DIFFICULTES RENCONTREES	19
3. RESULTATS	20
3.A APPOCHE QUANTITATIVE	20
3. B APPROCHE QUALITATIVE	25
4. DISCUSSION	35
5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	42
5.1 CONCLUSION	42
5.2 RECOMMANDATIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Mortalité maternelle annuelle comparative dans le monde (2005).....	6
Tableau 2: Rwanda: Accouchements à domicile par groupe d'âge [2].....	7
Tableau 3: Rwanda: Décès maternels dans les FOSA, SIS 2008 [3][9].....	7
Tableau 4: Rwanda: HD ayant enregistré des décès maternels, SIS 2008 [3][9].....	8
Tableau 5: Rwanda: HD n'ayant enregistré aucun décès maternel, SIS 2008 [9].....	9
Tableau 6: Liste des variables quantitatives utilisés.....	12
Tableau 7: Sujets qui feront partie de l'étude.....	13
Tableau 8: Centres de santé sélectionnés pour l'étude.....	15
Tableau 9 : Relevé du nombre de décès maternels dans les FOSA étudiées (registres).....	20
Tableau 10: Causes du transfert vers les hôpitaux.....	21
Tableau 11: Disponibilité des principaux éléments de la qualité des accouchements assistés.....	23

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cadre conceptuel de la qualité des accouchements assistés dans les FOSA.....	3
Figure 2: Décès maternels: Distribution régionale.....	5

RESUME

Introduction: La mortalité maternelle constitue un très grand problème de Santé Publique dans le monde, avec au moins 585.000 décès maternels enregistrés chaque année. En fait, la grande majorité des décès survient dans les pays en développement (99%), l'Afrique seule comptant pour 50%. Au Rwanda, ce problème est aussi grand et selon les statistiques du SIS 2008, 820 décès ont été rapportés, dont 320 décès enregistrés dans les Centres de Santé, où quelques 208 cas (60%) ont eu lieu dans seulement 6 Centres de Santé. La présente étude avait alors pour but de vérifier si ces cas de décès ont réellement eu lieu, d'étudier leurs caractéristiques socio-économiques, identifier les causes de ces décès, ainsi que les perceptions des utilisateurs et des prestataires par rapport à ces situations.

Objectifs de l'étude: L'objectif général de l'étude était d'étudier les facteurs liés à la qualité des accouchements assistés dans les formations sanitaires, dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité des services obstétricaux dans 4 Centres de Santé sélectionnés dans les 4 provinces.

Les objectifs spécifiques étaient de relever les cas de décès maternels dans les Centres de Santé sélectionnés pour l'étude, décrire les caractéristiques des cas et les circonstances de la survenue des décès, évaluer les principaux éléments de la qualité des soins obstétricaux dans ces FOSA, comparer les résultats obtenus en terme de qualité en ce qui concerne l'efficacité des soins obstétricaux offerts par ces Centres de Santé, relever les perceptions des clients et des prestataires sur les causes des décès et les barrières spécifiques à l'efficacité du service obstétrical dans les FOSA étudiées.

Méthodes : Approche quantitative : il s'agissait de consulter les dossiers administratifs, médicaux et des registres de collecte de données sur les indicateurs de la santé et informations sur les accouchements pour l'année 2008: 4 Centres de Santé (un par Province) où il a été rapporté des décès maternels ont été choisis, ainsi que 4 autres Centres de Santé (un par province) où il n'a été rapporté aucun décès maternel ont été choisis pour l'étude, et la collecte des données a eu lieu du 8 au 25 Juin 2010. Il était prévu de relever les cas de décès, collecter leurs caractéristiques socio-économiques ainsi que les caractéristiques des FOSA (cas et contrôles) relatives à la qualité des services octroyés. Ensuite, il était prévu de saisir ces données, de générer des tableaux et des graphiques et de comparer les caractéristiques des FOSA en utilisant des logiciels d'analyse usuels (Excel, SPSS)

Approche qualitative : il s'agissait de relever les perceptions des utilisatrices des services obstétricaux et des prestataires, sur les causes de cette mortalité. 6 groupes de discussion dirigée (utilisatrices) et 7 interviews individuels (prestataires) ont été organisés, saisis dans le logiciel d'analyse ATLAS TI 5.6.3. Ensuite une analyse thématique a été faite au cours de laquelle les thèmes ont été codés et les citations des participants analysées à l'aide même logiciel.

Résultats: Contrairement à ce qui a été rapporté dans les rapports du SIS 2008, un seul cas de décès maternel sur les 103 attendus a été confirmé lors de la consultation des rapports dans les Centres de Santé étudiés.

En ce qui concerne les perceptions sur les causes de la mortalité maternelle, prestataires et utilisatrices ont tous affirmé que les hémorragies et la rétention placentaire survenant lors des accouchements à domicile en sont les principales causes. Les utilisatrices y ajoutent l'empoisonnement, la prise des médicaments traditionnels et la négligence du personnel, tandis que les prestataires y ajoutent l'éclampsie.

Pour les perceptions sur les causes de l'accouchement à domicile, prestataires et utilisatrices de services parlent de l'ignorance, et le long voyage pour arriver au CS. Les femmes interviewées y

ajoutent le manque d'habits du bébé, la rapidité de survenue du travail, et le manque de transport, tandis que les prestataires parlent du relief, surtout pendant la nuit.

Les raisons qui poussent les femmes à venir accoucher dans les FOSA sont : l'amélioration de la qualité de service, une meilleure accessibilité, une meilleure sécurité de l'accouchement, ainsi que la mutuelle de santé qui a réduit les problèmes de paiement. Certaines femmes ont aussi ajouté la peur des amendes pratiquées dans certains endroits.

En ce qui concerne les problèmes spécifiques pouvant limiter la qualité des services obstétricaux dans les Centres de Santé, les utilisatrices ont parlé de la négligence de certains agents, qui continue mais en constante diminution. Il y a aussi des instructions non comprises par les femmes. Les prestataires, parlent du manque de personnel, de formation continue et des infrastructures de base.

Conclusion: Le principal résultat observé concerne les erreurs très importantes observées en 2008, dans la collecte et l'enregistrement des données au niveau du SIS. En général, les femmes connaissent très bien les dangers qui les menacent lors de l'accouchement à domicile, et elles sont en général bien satisfaites des services qu'elles reçoivent, tandis que la barrière financière a presque disparu. Toutefois, certains problèmes liés à l'ignorance persistent, et dans certains endroits du pays, on doit encore parcourir de longues distances pour aller accoucher.

Recommandations: Elles vont au Ministère de la Santé, aux autorités sanitaires décentralisées et aux autorités locales. Il faut surtout construire des FOSA supplémentaires pour réduire les distances à parcourir pour se faire soigner, l'amélioration continue de la qualité, le redéploiement des ambulances, et une bonne sensibilisation pour adresser les problèmes liés à l'ignorance des gens.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: The maternal mortality is a very important Public Health problem in the world, with at least 585.000 maternal deaths recorded annually. In fact, the majority of the deaths occur in developing countries (99%), the only Africa counting for 50%. In Rwanda, this problem is also important and according to 2008 HMIS statistics, some 820 maternal deaths have been recorded, out of which 320 deaths reported to have occurred in Health Centers, where 208 cases (60%) happened in only 6 Health Centers. The goal of the present study had to verify if all these death really occurred, to study their socioeconomic features, to identify their causes, as well as the perceptions of the users and beneficiaries related to these situations.

Objectives of the study: The general objective of the study was to identify the factors underlying the quality of the deliveries assisted in health facilities, with the purpose to contribute to the improvement of the quality of the obstetrical services in 4 Health Centers selected in the 4 Provinces.

The specific objectives were to identify the maternal deaths cases occurred in the Health Centers selected for the survey, to describe their features and the circumstances in which they happened, to evaluate the elements of the quality of obstetric care in those health facilities, to compare the results found in term of the quality with regard to the efficiency of the obstetric care provided by the Health Centers, to get the perceptions of the service providers and beneficiaries about the reasons of maternal deaths and the specific barriers to the efficiency of the obstetric service in the health facilities selected for the study.

Methods: Quantitative approach: We consulted administrative, medical files and the registers for the data collection on health indicators and information on deliveries for the year 2008: 4 Health Centers (one by Province) where maternal deaths reported have been selected, as well as 4 other Health Centers (one by Province) where no maternal deaths have been reported. The data collection took place from June 8th to June 25th, 2010. it was planned to identify the maternal deaths cases, to collect their socioeconomic features as well as the characteristics of the health facilities (cases and controls) related to the quality of the services provided. Also, it was planned to record data in the computer, to generate the tables, figures and other diagrams for analysis and to compare the characteristics of the health facilities using usual analysis softwares (Excel, SPSS).

Qualitative approach: We recorded the perceptions of users of obstetric services and of providers, about the causes of the maternal mortality. 6 focus discussion groups (users) and 7 deep individual interviews (providers) have been organized, captured using ATLAS TI 5.6.3 software. Then a thematic analysis has been made during which themes have been coded and the quotations of the participants were analyzed using the same software.

Results: Maternal deaths in Health Centers: Contrary to what was reported in the HMIS 2008, only one maternal death case out of the 103 expected has been confirmed.

With regard to the perceptions on the causes of maternal mortality, providers and users have agreed that hemorrhages and the placental retention occurring delivery at home are the main causes. The users mentioned poisoning as an important cause of maternal death, as well as the use of traditional medicines and staff's negligence, while service providers added eclampsia.

For the views on the reasons of delivering at home, providers and users talked about the ignorance, and the long travelling to attain the Health Center. The women interviewed cited the lack of

dresses for the baby, the labor starting too quickly, and the lack of transportation, while providers talked about the relief, especially during the night.

The reasons that push the women to come to give birth in the health facilities are: the improvement of the quality of service, a better accessibility, a better security of the childbirth, as well as the community based health insurance that reduced the problems of payment. Some women also added the fear of financial sanctions used in some places.

With regard to the specific problems limiting the quality of obstetric services in the Health Centers, the users insisted on the negligence of some health providers, which continues but in constant reduction. There are also instructions given by providers but not understood by the women. The providers, talked about the lack of staff, lack of continuous training and of basic infrastructures.

Conclusion: The main finding of the study is the very important mistakes observed in 2008, about the collection and the recording of data in the HMIS. In general, women are aware of the dangers that threaten them when delivering at home, and they are in general very satisfied with the services provided, while the financial barrier to the use of health service is not mentioned. However, some problems like ignorance persist, and in some places of the country, long distances are still made to deliver in health facilities.

Recommendations: They are addressed to the Ministry of Health, to the Decentralized Health Authorities and to the Local Administration. Construction of more health facilities is needed especially to reduce distances made to seek health care, the continuous improvement of the quality, the redeployment of ambulances, and a good sensitization to address the problems related to ignorance.

1. INTRODUCTION

1.1. DEFINITION DES CONCEPTS

Accouchement assisté : Accouchement qui a lieu sous l'assistance d'un personnel qualifié, de préférence dans un centre de soins accrédité pour cela [1]. Ceci veut dire que cette assistance est faite par un infirmière accoucheuse, un infirmier (ère) formé et expérimenté à cet effet, ou par un médecin. L'assistance peut avoir lieu dans un centre de soins (de préférence) ou en dehors de celui-ci. Au Rwanda, un accouchement correctement assisté est celui qui a lieu dans un centre de soins accrédité, c'est-à-dire pourvu du personnel compétent et des équipements appropriés. L'accouchement assisté en dehors d'un centre de soins adapté n'est pas recommandé.

1.2. PROBLEMATIQUE

La mortalité maternelle et infantile constitue l'un des plus grands problèmes de Santé Publique dans le monde. La plus grande partie de cette mortalité survient pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou quelque temps après l'accouchement.

En effet, quelque 585.000 femmes meurent chaque année des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Selon une analyse de l'OMS, environ 25% des décès sont causés par des hémorragies. L'infection est responsable de 15% des décès, alors qu'un autre grand nombre survient à cause de l'hypertension et l'éclampsie, ainsi que des problèmes liés au travail prolongé [1].

En moyenne, le taux global de mortalité maternelle est de 450/100.000 naissances vivantes dans les pays en voie de développement et 870/100000 naissances vivantes dans les pays les moins développés. Il est de 905/100.000 naissances vivantes en Afrique Sub-Saharienne [2].

Le taux de mortalité maternelle diminue au Rwanda, notamment à cause de l'augmentation du taux d'accouchement dans les FOSA, qui est passé de 39% en 2005 à 45% en 2007 et à 64,5% en 2008 [3].

Cette amélioration de la situation est due entre autres aux interventions visant à améliorer la qualité des soins et à favoriser l'utilisation des services de santé :

- Les Mutuelles de santé fonctionnent partout et les pauvres reçoivent leur cotisation
- Le PBF est actuellement opérationnel dans tous les districts
- Les différentes interventions de la SMI sont en extension rapide
- Le nombre et la qualité du personnel ont augmenté dans toutes les FOSA du pays.

Toutefois, dans certaines FOSA, et selon le SIS/MINISANTE cette mortalité maternelles reste très élevée, même si l'accouchement assisté dans les FOSA augmente régulièrement. Le problème est alors de savoir quels sont les causes particulières qui sont à la base de cette mortalité, autrement dit : pourquoi existe-t-il encore une mortalité si élevée dans certains Centres de Santé, alors que cette même mortalité semble être efficacement évitée dans plusieurs autres FOSA ? Telle est la question de recherche de la présente étude.

1.3. INTERET DU SUJET

1.3.1 Intérêt personnel

Etant Médecin chargé actuellement du Suivi & Evaluation, plus spécialement chargé de faire des rapports gouvernementaux et sectoriels liés à la Santé, nous avons été étonné de trouver dans le SIS, une mortalité maternelle particulièrement élevée dans certains Centre de Santé pour l'année 2008. Les chiffres sont vraiment inquiétants car sur 60% des 320 décès maternels recensés dans les Centres de Santé sont rapportés dans seulement 6 centres de santé. Nous nous sommes alors demandé si ces décès ont réellement eu lieu. Nous avons décidé de vérifier la véracité de ces chiffres, et en même temps de rechercher les causes spécifiques à cette mortalité maternelle inhabituelle. Non seulement c'est très important de le savoir, mais c'est aussi dans cet exercice de recherche personnelle, que nous acquérons une expérience, de nouvelles connaissances, et élargissons notre potentiel, en mettant en pratique les connaissances acquises au cours de nos récentes études. De plus, en tant que rwandais, nous sommes concerné par cette faiblesse de la performance de certains services de santé, surtout obstétricaux, car le décès d'une mère est une véritable catastrophe familiale au Rwanda. En recherchant les causes qui bloquent le fonctionnement optimal de ces services, nous espérons contribuer un peu à leur amélioration en cherchant à identifier les causes du problème et en proposant des actions concrètes pour améliorer la situation.

1.3.2 Intérêt scientifique

La mortalité maternelle et infantile constitue toujours un problème majeur de Santé Publique dans le monde et au Rwanda. Le problème est si grand que 2 MDGs y sont consacrés. La mortalité maternelle doit être réduite des 2/3 et la mortalité infantile de 50% en 2015. Cependant, des interventions efficaces ont été mises en place et donnent des résultats sur le plan quantitatif, mais l'aspect qualité cause encore problème dans plusieurs parties du pays. Au-delà des causes techniques déjà connues, il faut savoir s'il y a d'autres causes plus qualitatives qui bloquent l'amélioration de la qualité des services obstétricaux offerts dans les Centres de Santé. La présente étude se propose d'étudier ces différentes causes.

1.3.3 Cadre conceptuel

Dans les FOSA, les accouchements sont assistés par du personnel qualifié. Toutefois, la qualité de ces accouchements dépend de plusieurs facteurs :

- La FOSA elle-même : infrastructures, équipements, accessibilité, conditions d'hygiène, eau, électricité, nombre et qualification du personnel ainsi que leurs compétences, qualité des services, les standards et normes.
 - Les facteurs communautaires et les conditions socio-économiques : disposition et capacité à utiliser les services, capacité à payer les services, soutien des autorités locales, conditions de la femme, monitoring du travail à l'aide du parthogramme.
- Les perceptions et les attitudes du client : degré de sensibilisation à utiliser les services de la FOSA, niveau d'accueil et de satisfaction à l'égard des services rendus, les croyances et les habitudes de la communauté à l'égard des services de soins modernes, l'influence des personnes âgées, le pouvoir décisionnel des usagers des services.

Ainsi, certains des éléments d'évaluation de la qualité des services obstétricaux des Centres de Santé peuvent être groupés en 2 principaux groupes de facteurs :

- a) Facteurs liés à la Formation Sanitaire : infrastructures et équipements, conditions d'hygiène, nombre et qualification du personnel, disponibilité des médicaments et autres consommables, normes, et standards et autres procédures liés à la prestation des services, soins du post-partum, mesures de prévention de l'infection, rôles de garde 24h sur 24, montants payés.
- b) Facteurs communautaires comme : le contexte socio-économique (pouvoir d'achat, capacité à payer les services), degré de sensibilisation du public, accueil et degré de satisfaction des utilisateurs de services, pouvoir décisionnel des femmes, perceptions et attitudes des clients. Tous ces éléments sont résumés dans la figure 1.

Figure 1: Cadre conceptuel de la qualité des accouchements assistés dans les FOSA

Formation Sanitaire (1)	Qualité des accouchements dans les FOSA	Facteurs communautaires (2)
Infrastructures et équipements		Contexte socio-économique
Conditions d'hygiène		
Nombre et qualification du personnel		Degré de sensibilisation du public
Disponibilité médicaments et consommables		Accueil et degré de satisfaction des clients
Facteurs structurels de la FOSA		
Normes, standards, procédures		Perceptions et attitudes des clients
Soins du Post partum		
Mesures de prévention de l'infection		Pouvoir décisionnel de la femme
Rôles de garde 24h/24		
Montants payés		

Certains de ces éléments sont directement observables dans les formations sanitaires et ont été mis sur la liste dans un tableau qui a été complété lors de la collecte des données.

Par contre, les données liées au contexte socio-économique ne sont pas directement observables. Certains ont fait l'objet d'interview et de groupes de discussion (voir Méthodologie). D'autres sont évalués lors des enquêtes et donc n'ont pas été étudiés dans le cadre de ce mémoire.

1.4 SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.4.1 Revue globale de la mortalité maternelle dans le monde

La mortalité maternelle reste élevée dans le monde et constitue l'un des plus grands problèmes de santé publique. La plus grande partie de cette mortalité survient pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou quelque temps après l'accouchement.

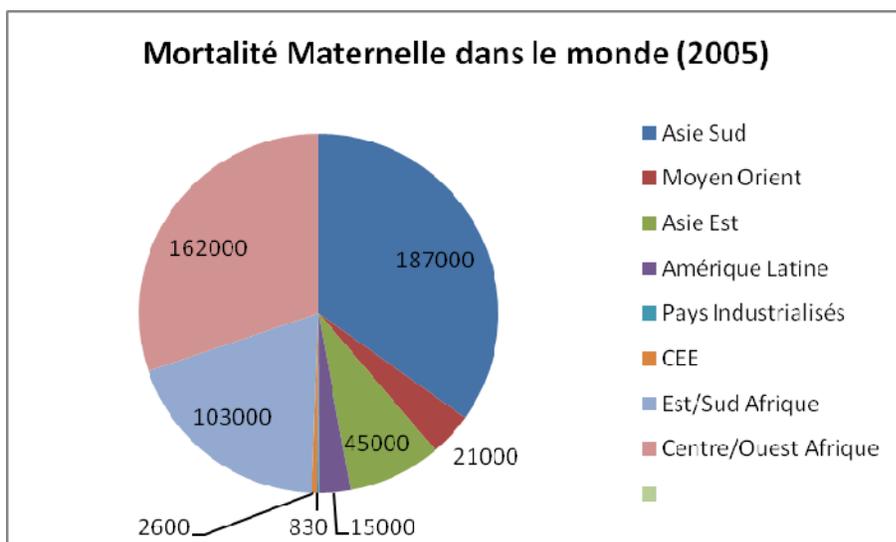
En effet, quelque 585.000 femmes meurent chaque année des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Environ 25% des décès sont causés par des hémorragies, selon une analyse de l'OMS. L'infection est responsable de 15% des décès, alors qu'un autre grand nombre survient à cause de l'hypertension et l'éclampsie, ainsi que des problèmes liés au travail prolongé [4].

Dans tous les pays, riches et pauvres, au moins 60% des décès maternels surviennent dans le post partum, selon une analyse de neuf études publiées depuis 1985. Près de 50% de ces décès surviennent dans les 24 heures après l'accouchement, et 80% dans les 2 semaines. Pourtant, la tradition veut que la première consultation du post partum pour la maman et le bébé soient dans les 6 semaines, juste au moment où il n'y a presque plus de danger pour les mères [5].

La figure 2 montre le poids de la mortalité maternelle à travers les continents : le plus grand nombre de décès sont enregistrés en Afrique sub-saharienne, qui totalise à elle seule au moins 50% de tous les décès maternels, suivie de l'Asie du Sud-Est avec 35% de tous les décès, tandis que les pays industrialisés représentent à peine 1% des décès [1].

En moyenne, le taux global de mortalité maternelle est de 905/100000 naissances vivantes en Afrique Sub-Saharienne, 450/100000 dans les pays en développement, et 870/100000 dans les pays les moins développés. Pour le Rwanda, ce taux est de 383/100000 en 2008 [2].

Figure 2: Décès maternels: Distribution régionale



Source : WHO, UNICEF, UNFPA, WB : *Maternal Mortality in 2005 : Estimates*, Geneva, 2007, p. 35

Tableau 1: Mortalité maternelle annuelle comparative dans le monde (2005)

Région	Nombre	%
Afrique Occidentale et Centrale	162.000	30
Afrique de l'Est et du Sud	103.000	19
Asie du Sud	187.000	35
Asie de l'Est/Pacifique	45.000	8
Moyen Orient/Afrique du Nord	21.000	4
Amérique Latine/Caraïbes	15.000	3
Pays industrialisés	830	(< 1)
CEE/CIS	2.600	(< 1)

1.4.2 Accouchement assisté dans les pays industrialisés

Dans les pays industrialisés, le taux de MM est < 20/100.000 naissances vivantes. Ces pays représentent moins de 1% de tous les décès maternels enregistrés dans le monde. Ces taux sont obtenus grâce à la généralisation de l'accouchement assisté, qui varie entre 75 et 100% et le personnel chargé de cette assistance est très bien formé et disponible à au moins 87% en moyenne. Dans ces pays, le taux moyen de mortalité maternelle est de 8/100.000 naissances vivantes, et la probabilité qu'une femme pourrait mourir des risques de grossesse au cours de sa vie reproductive est de 0,01% [6].

1.4.3 Accouchement assisté dans les pays en développement:

Entre 2000 et 2007, le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel formé a atteint 61% en moyenne. Les 2 régions où ce taux est le plus faible est l'Afrique Subsaharienne (45% en moyenne), et l'Asie du Sud (41%). En 2005, l'Afrique totalisait 53% de tous les décès maternels à cause de la faible qualité de la surveillance de la grossesse (CPN) et de la mauvaise qualité des soins prénataux et postnataux [7] [2].

En ce qui concerne les soins obstétricaux d'urgence (de base et compréhensifs), qui sont nécessaires pour 5 à 15% des accouchements, là aussi il y a un gap important, car ils sont prodigués dans seulement 2% des cas en Afrique Subsaharienne [8].

1.4.4 Accouchement assisté au Rwanda [2]

Au Rwanda, selon le DHS Rwanda 2005, seuls 39% des accouchements ont été assistés par un personnel de santé, tandis que 28% ont eu lieu dans un établissement de santé. Ces chiffres se sont améliorés car selon le MiniDHS 2007, les accouchements assistés ont augmenté jusqu'à 52% et les accouchements dans une formation sanitaire sont passés à 45%. Selon les rapports du SIS 2008, cette proportion est passée à 64,5% au niveau national.

Au vu des différents rapports (DHS 2005, IDHS 2007, SIS 2008), on peut penser que des progrès sont en cours, et différentes interventions ont été mises en place pour lever certaines barrières à l'utilisation des services obstétricaux : mise en place des mutuelles de santé, construction d'un plus grand nombre de services de santé, extension de plusieurs autres, extension des paquets d'activité et intégration de ces activités, amélioration de la quantité et de la qualité du personnel.

Ainsi, selon les rapports divers, le taux d'accouchement dans les formations sanitaires serait en moyenne de 64,5% en 2008. Malheureusement, certaines barrières persistent et ralentissent l'augmentation du taux d'accouchement dans la FOSA jusqu'à 100%. Ainsi par exemple, le taux d'accouchement dans les FOSA était plus élevé chez les primipares et très bas chez les femmes âgées entre 35 et 49 ans, tandis que l'accouchement à domicile, plus faible chez les mêmes primipares était presque généralisé chez les multipares, comme le montre le tableau 1.

Tableau 2: Rwanda: Accouchements à domicile par groupe d'âge [2]

Groupe d'âge (années)	Acc. à domicile (%)	Acc. Assisté par personnel (%)	Assisté par AT (%)
< 20	58,8	50	42,1
20-34	69,3	40	44
35-49	77,9	30,6	41

1.4.5 Décès maternels dans les Centres de Santé au Rwanda en 2008.

En 2008, et malgré des progrès réalisés, 320 décès maternels ont été enregistrés dans centres de santé, comme le montrent les tableaux 2 et 3

Le tableau 3 indique aussi le nombre de décès maternels, qui ont eu lieu dans les Hôpitaux de District et les Centres de Santé. Ces chiffres ont été tirés du rapport du SIS 2008, et ils ont été publiés dans le Health Sector Statistical Yearbook 2009, et dans le Rwanda Statistical Yearbook 2009, publié par l'Institut National de la Statistique. Un total de 320 décès avaient alors été répertoriés comme ayant eu lieu dans les Centres de Santé, alors que 510 décès avaient eu lieu dans les Hôpitaux de District

Tableau 3: Rwanda: Décès maternels dans les FOSA, SIS 2008 [3][9]

Lieu des Accouchements	Décès maternels	Dystocies	Eutociques	Total Acc.
Centres de Santé	320	1,545	138,501	160,046
Hôpitaux de District	510	17,418	37,091	71,131
Hôpitaux de Référence	-			10,547
Grand Total	830	18,963	175,592	241,724

Si on va dans les détails, et si on se réfère aux statistiques du SIS/MINISANTE 2008, on constate que : même si le taux d'accouchement assisté s'améliore progressivement, il est à constater que le nombre de décès maternels est souvent plus élevé dans certaines FOSA que dans d'autres :

- 40% des HD n'ont pas enregistré de décès maternel dans leurs Centres de Santé en 2008
- Six Centres de Santé totalisent la plus grande partie des décès maternels. Il s'agit de : Rukomo (HD Nyagatare, Province de l'Est), Nyamure (HD Nyanza, Province du Sud), Nyarurama (HD Gitwe, Province du Sud), Gitega (HD Kabgayi, Province du Sud), Kansi (HD Kibilizi, Province du Sud), Muhondo (HD Ruli, Province du Nord) : ces 6 CS totalisent

60% des décès maternels enregistrés dans les Centres de Santé en 2008 (toujours selon le SIS/MINISANTE : voir tableaux 3 et 4).

Tableau 4: Rwanda: HD ayant enregistré des décès maternels, SIS 2008 [3][9]

Hôpitaux	Nb CS	Tot Acc. Aux CS	Dystocies	Décès	CS ayant enregistré les décès
Hôpital Bushenge	7	2727	26	2	Gisakura : 2
Gakoma	4	1374	121	3	Musha : 3
Gitwe	13	5262	49	14	Nyarurama : 14
Huye (ex Kabutare)	11	6139	10	11	Rubona : 9 Kinyamakara : 1 Simbi : 1
Kabgayi	13	5911	3	31	Gitega : 21 Kabgayi : 8 Shyogwe : 2
Kibagabaga	9	3974	26	2	Jari : 1 Kagugu : 1
Kibirizi	8	4080	84	12	Kansi : 12
Kibungo	12	5999	66	1	Rukumberi : 1
Kibuye	8	2650	84	3	Mukungu : 2 Kiziba : 1
Kigeme	8	2620	4	4	Kigeme : 3 Cyanika : 1
Kirehe	12	5087	224	1	Gahara : 1
Kirinda	5	1385	27	2	Birambo : 2
Mibirizi	7	5067	41	1	Nkungu : 1
Nemba	13	2784	8	5	Janja : 4 Busengo : 1
Nyagatare	18	4259	18	65	Rukomo : 63 Nyarurema : 2
Nyanza	12	4794	329	90	Nyamure : 90
Nyamata	12	7685	19	9	Gashora : 7 Nyamata : 1 Gihinga : 1
Remera Rukoma	11	4373	123	26	Kigese : 24 Kayenzi : 1

					Gihara : 1
Ruhengeri	11	5381	148	4	Gasiza : 2 Nyakinama : 2
Ruli	6	1520	1	19	Muhondo : 9 Nyange : 7 Rushashi : 3
Rwamagana	11	5417	15	6	Muyumbu : 5 Nyakariro : 1
Shyira	15	3370	5	9	Jomba : 7 Kabatwa : 2
TOTAL					320 décès dans les CS.

NB : Ceci concerne uniquement les décès enregistrés dans les Centres de Santé

Il n'y a pas eu d'investigation en ce qui concerne les décès enregistrés dans les maternités des Hôpitaux de District et dans les Hôpitaux de Référence.

Tableau 5: Rwanda: HD n'ayant enregistré aucun décès maternel, SIS 2008 [9]

Hôpitaux	Nb CS	Tot Acc. (CS)	Total décès (CS)
Hôpital Byumba (Gicumbi)	21	2727	0
Hôpital Gahini	6	2636	0
Hôpital Gihundwe	5	1887	0
Hôpital Gisenyi (Rubavu)	9	6684	0
Hôpital Kaduha	6	2222	0
Hôpital Kabaya	9	1569	0
Hôpital Kiziguro	9	4597	0
Hôpital Mugonero	6	1237	0
Hôpital Muhima	8	1208	0
Hôpital Muhororo	8 CS, 7 FOSACOM	3214	0
Hôpital Munini	13	4480	0
Hôpital Murunda	17	4717	0
Hôpital Ngarama	7	2219	0
Hôpital Rutongo	15	5820	0
Hôpital Rwinkwavu	8	3268	0
Kanombe Military Hospital	7	4184	0

Si les interventions visant à réduire la mortalité maternelle améliorent la situation sur le plan quantitatif, la qualité de ces interventions pourrait réduire leur impact. Si certaines causes techniques sont connues (manque de personnel, problèmes de formation, problèmes de planification), la composante du comportement humain et le rôle du client ne sont pas encore investigués de façon systématique.

La présente étude se propose alors de déterminer les facteurs liés à cette mortalité maternelle si anormalement élevée dans certaines FOSA.

Les éléments qui seront examinés dans la présente étude sont les cas de décès maternels qui sont rapportés par le SIS du MINISANTE, les caractéristiques et les causes de ces décès, ainsi que les opinions et les perceptions des utilisateurs et des prestataires sur la qualité des services obstétricaux rendus par les FOSA, les causes des décès et les moyens de les éviter.

1.5 HYPOTHESE ET OBJECTIFS DU TRAVAIL

1.5.1 Hypothèse

La mortalité maternelle est élevée dans certaines FOSA du Rwanda. Cette situation s'explique par une faible qualité du service obstétrical.

1.5.2 Objectif général :

Etudier les facteurs liés à la qualité des accouchements assistés dans les formations sanitaires, dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité des services obstétricaux dans 4 Centres de Santé sélectionnés dans les 4 Provinces.

1.5.3 Objectifs spécifiques :

1. Relever les cas de décès maternels dans les Centres de Santé sélectionnés pour l'étude, en décrire les caractéristiques et les circonstances de survenue.
2. Evaluer la disponibilité des éléments de la qualité des soins obstétricaux dans ces FOSA
3. Comparer les résultats obtenus en termes de qualité en ce qui concerne l'efficacité des soins obstétricaux offerts par ces Centres de Santé
4. Relever les perceptions des clients et des prestataires sur les causes des décès et les barrières spécifiques à l'efficacité du service obstétrical dans les FOSA étudiées.

Ici, le mot efficacité est utilisé pour exprimer le fait que les Centres de santé, accouchements assistés sont fait de façon à éviter tout risque pour la mère et pour l'enfant, c'est-à-dire en suivant scrupuleusement toutes les instructions données pour une bonne surveillance du travail, une assistance correcte à l'accouchement, ou le transfert.

2. METHODOLOGIE

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude, descriptive, de type exploratoire, d'autant plus que nous ne connaissons pas beaucoup sur les différents facteurs qui influencent la mortalité dans les Centres de Santé sujets de l'étude. L'étude a deux volets : une partie quantitative, car plusieurs indicateurs de santé et les caractéristiques des décès devaient être identifiés dans les Centres de Santé étudiés devaient être relevés et analysés et une partie qualitative, pour déterminer les perceptions des utilisatrices des services obstétricaux et des prestataires sur la prestation des services obstétricaux.

2.2 METHODOLOGIE PROPREMENT DITE

2.2.1 Atteinte des objectifs spécifiques

A. Volet quantitatif

Le volet quantitatif sert uniquement à confirmer si les décès maternels déclarés dans les rapports du SIS/2008 ont réellement eu lieu. S'ils ont eu lieu dans certains centres de santé et pas dans d'autres, c'est qu'il y a des causes particulières (spécifiques aux CS étudiés) qu'il faut essayer d'élucider dans la partie qualitative.

- a) Pour relever les cas de décès, des registres des accouchements ont été consultés pour toute l'année 2008 dans chaque CS ayant enregistré des décès et celui où aucun décès n'a été rapporté, pour vérifier si les statistiques avancées sont justes, donc si les décès tels que rapportés ont réellement eu lieu.
- b) Pour décrire les caractéristiques de chaque décès et ses causes, nous avons utilisé les mêmes registres pour relever les informations suivantes : âge, parité, statut matrimonial, niveau d'éducation, assurance maladie, distance parcourue pour arriver au CS, accouchement dans la FOSA, en chemin ou à domicile, cause du décès, décès au CS ou à l'Hôpital (transfert et contre-transfert), traitement reçu.

Les autres éléments considérés sont : le nombre de transferts, les causes du transfert, le contretransfert, le traitement reçu à l'Hôpital. La collecte des données devait concerner 103 décès.

- c) Pour évaluer les éléments de la qualité des soins obstétricaux dans les Centres de Santé, l'interview avec les prestataires et l'observation ont été utilisés pour avoir les informations suivantes relatives à la prestation des services : nombre d'infirmiers, la disponibilité des services de base (maternité, eau, électricité, communication, transport d'urgence), la disponibilité des outils de surveillance du travail (parthogramme, procédures (ordinogramme), contrôle de l'infection (savon, eau, stérilisation), enregistrement des données, service de garde (calendrier).
- d) Pour la comparaison des résultats entre les 2 catégories de Centres de Santé, des registres et différentes fiches ont aussi été consultés pour relever : accouchements faits, motifs de transfert, traitement reçus par les cas transférés (rapports du contre-transfert). Les informations obtenues ont été rassemblés sur des tableaux conçus à cet effet, et analysés en termes de pourcentages pour chaque donnée considérée.

B. Volet qualitatif

L'aspect qualitatif est la plus importante partie de l'étude. Des participants ont été sollicités pour donner des opinions, impressions et autres jugements sur les services obstétricaux dispensés dans les FOSA, et les problèmes rencontrés pour leur utilisation: les responsables des FOSA, les prestataires, et les utilisateurs, spécialement les groupes de femmes venues dans les CPN, pour estimer leurs connaissances sur l'accouchement dans les FOSA, les causes des décès maternels, les difficultés rencontrées pour l'utilisation des services obstétricaux, et le degré de satisfaction des services qui leurs sont proposés, ainsi que leurs propositions pour améliorer la situation.

L'approche utilisée dans cette partie qualitative est une logique déductive (Positivisme) et une approche interprétative [10, 11].

La méthode utilisée avec les participants est celle de : l'interview individuelle pour les responsables des Centres de santé, des maternités ou les directeurs des hôpitaux. Les groupes de discussion dirigée ont été organisés pour les bénéficiaires des services obstétricaux (femmes enceintes venues pour les CPN). Des groupes de 6 à 8 personnes ont été identifiés pour la discussion dans chaque Centre de Santé sélectionné. Les titulaires des FOSA ou des services obstétricaux ont participé à l'interview.

Des groupes de discussion dirigée ont été organisés dans 8 Centres de Santé avec les bénéficiaires (ou utilisatrices) des services obstétricaux, notamment les femmes venues en consultation prénatale. En général, c'était un groupe de 6 femmes ayant accouché au moins une fois. Une série de questions ont été préparées, et les discussions ont été enregistrées, puis recopiées sur papier, traduites en français, encodées et analysées dans le logiciel ATLAS TI. 5.6.3

2.2.2 Définition des variables

A. Variables de la partie quantitative de l'étude

Tableau 6: Liste des variables quantitatives utilisés

Définition conceptuelle
1. Variables socio-économiques
2. Assurance Maladie
3. Distance parcourue pour arriver à la FOSA
3. Accouchements dans les FOSA
4. Proportion des naissances dans les SONU-C
5. Nombre de décès à cause des complications
6. Nombre de décès par cause

B. Thèmes abordés dans la partie qualitative de l'étude

1. Les perceptions des participants sur les causes de mortalité maternelle,
2. Les perceptions des participants sur les causes des accouchements à domicile,
3. Les perceptions des participants sur les causes qui poussent les femmes à venir accoucher au Centre de Santé,
4. Les perceptions des participants sur les problèmes spécifiques limitant la qualité des services des Centres de Santé,
5. Les perceptions des participants sur les solutions à apporter pour améliorer la qualité des services des Centres de Santé.

2.2.3 Sujets qui feront partie de l'étude

Tableau 7: Sujets qui feront partie de l'étude

Prestataire	FOSA	Total
Responsable	Centre de Santé	8
Infirmière chef de la Maternité	Centre de santé	8
Groupe de femmes venues en CPN et ayant accouché au moins une fois	Centre de santé	8x
Responsable	Hôpital	4
Infirmière chef de la Maternité	Hôpital	4
Agent responsable de la collecte des données	Hôpital	4

2.2.4 Plan d'analyse des données

Approche quantitative : données collectées et encodées puis analysées, et enfin, des relations d'association entre les variables devaient être vérifiées avec les tests statistiques :

- Coefficient de corrélation de Pearson
- Test d'association du X²
- Tests d'hypothèse

Pour l'approche qualitative, les données collectées ont été encodées et analysées en utilisant le logiciel ATLAS TI.5.6.3

2.3 ECHANTILLONNAGE

2.3.1 Taille de l'échantillon

L'échantillon étudié est constitué de 8 Centres de Santé, dont deux par Province, et se trouvant dans la zone rayonnement d'un Hôpital de District : 4 Centres de Santé ayant enregistré un nombre important de décès maternels (un par Province) et 4 Centres de Santé (un par Province) dont le rapport 2008 du SIS montre qu'il n'y a pas eu de décès maternel, pour servir de contrôle. Ainsi, 4 Hôpitaux de District (un par Province) seront donc concernés ; comme le montre le tableau 7. L'échantillonnage n'était donc pas aléatoire. La méthode de sélection utilisée est « **l'extreme case sampling** » de la méthode qualitative, emprunté à Michael Quinn Patton [11]

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, il n'a pas été nécessaire de faire un calcul, car toutes les données quantitatives ont été relevées dans la Base de Données du SIS.

Pour les données concernant les cas de décès, les caractéristiques socio-économiques des décès maternels devaient être collectées. Toutefois, en cas de besoin il était prévu que dans les Centres de Santé ayant enregistré beaucoup de décès (ex : CS Rukomo, HD Nyagatare : 63 décès), le choix des dossiers aurait été fait sur une base systématique, pour avoir à peu près 20 dossiers. Pour tous les autres CS où il y a eu moins de 20 décès, il était prévu que tous les dossiers soient examinés.

En ce qui concerne les « Groupes de Discussion Dirigée », des groupes de 6 personnes ont été faits à la faveur d'une séance de CPN dans les CS sélectionnés pour faire partie de l'étude.

Les interviews avec les prestataires étaient individuelles. Au moins un prestataire par FOSA et tous les Responsables des FOSA ou des Maternités ont été interviewés, sauf au CS de Gakamba (Hôpital de District de Shyira), inaccessible au moment de l'étude, et celui de Rurenge (Hôpital de District de Nyagatare) abandonné car n'offrant aucune information supplémentaire, par saturation théorique, comme le proposent Ulin et Al, dans leur ouvrage « Qualitative methods in Public Health, a field guide for Applied research » [12]

La participation a été strictement volontaire.

Tableau 8: Centres de santé sélectionnés pour l'étude

Hôpitaux et Provinces	Nb CS	Tot Acc. dans les CS	Total Décès dans les CS	CS ayant enregistré les décès en 2008
Nyagatare (Ouest)	18	4259	65	Rukomo (63 décès)
Remera Rukoma (Sud)	11	4373	26	Kigese (24 décès)
Ruli (Nord)	6	1520	19	Muhondo (9 décès)
Shyira (Ouest)	15	3370	9	Jomba (7 décès)
TOTAL				103 décès
Centres de Santé n'ayant enregistré aucun décès en 2008 (Contrôles)				
Nyagatare (Ouest)				Rurenge (0 décès)
Remera Rukoma (Sud)				Kamonyi (0 décès)
Ruli (Nord)				Rushashi (0 décès)
Shyira (Ouest)				Gakamba (0 décès)

2.3.2 Population d'étude et comment l'atteindre.

L'étude a eu lieu dans les Centres de Santé situés deux à deux dans les zones de rayonnement de 4 hôpitaux de district, soit un hôpital de district par province.

La population était constituée de femmes ayant déjà accouché au moins une fois qui fréquentent les services de CPN, les prestataires de soins obstétricaux, les responsables des services de santé participant à l'étude.

A part la population de personnes, des archives des FOSA sélectionnées ont été consultées, aussi bien au Centre de Santé qu'à l'Hôpital de District s'il y a lieu.

Pour atteindre les sujets de l'étude, des rendez-vous ont été obtenus des responsables des FOSA pour avoir leur disponibilité et avoir les autorisations pour mener des discussions avec les utilisatrices des soins prénataux. Ensuite, le jour des visites, une conversation a lieu d'abord avec le Responsable pour lui expliquer la raison de la visite, la procédure, pour lui demander l'autorisation de consulter les registres et pour avoir l'autorisation d'organiser des groupes de discussion dirigée avec les utilisatrices des soins prénataux. Pour ces groupes de discussion dirigée, là aussi une conversation est menée pour expliquer la raison de la démarche, et pour obtenir leur autorisation (écrite ou non) pour discuter avec elles.

Six Centres de Santé sur les 8 prévus ont été visités (voir liste Tableau 7), et les informations recueillies, soit 2 CS pour un district choisi dans les 4 provinces. Les 2 Centres de Santé non visités étaient des CS contrôles, c'est-à-dire qui n'ont enregistré aucun décès en 2008. Aussi, 3 hôpitaux sur les 4 prévus ont été visités.

Les Centres de Santé contrôles (n'ayant enregistré aucun décès maternel), ont été choisis selon le caractère de similitude et de proximité (mais avec des résultats opposés) avec les CS ayant enregistré des décès (selon le SIS/MINISANTE) [11, 12].

Facteurs d'inclusion et d'exclusion

Facteurs d'inclusion :

1. Un Centre de Santé dans un district/province ayant enregistré des décès et un autre (contrôle) n'ayant enregistré aucun décès maternel en 2008. ,
2. Un Hôpital de District/province ayant dans sa zone de rayonnement ces Centres de Santé,
3. Femmes bénéficiant du service de CPN ayant déjà accouché au moins une fois et acceptant de participer à l'étude. Un intérêt particulier a été donné aux femmes ayant subi une complication obstétricale si nous les trouvons,
4. Prestataires de soins obstétricaux et autres ayant accepté de participer à l'étude,
5. Responsables (Titulaires, Directeurs) de ces services.

Facteurs d'exclusion :

1. FOSA et autres participants en dehors des Districts sélectionnés
2. Personnes ne remplissant pas les critères d'inclusion

Ainsi, la collecte des données a été faite de la façon suivante :

A. Partie quantitative de l'étude :

Pour les indicateurs de la santé et les variables quantitatives de l'étude concernant les FOSA, la base de données du SIS a été consultée pour toutes les FOSA étudiées.

Pour les variables et autres informations concernant les cas de décès, les fiches de CPN, les fiches de suivi de l'accouchement, les parthogrammes de tous les cas ont été identifiés et des données systématiquement relevées : les archives suivantes ont été consultées :

- les fiches et registres de CPN : pour avoir informations sur l'état civil et les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des patientes,
- les rapports de maternité : pour avoir des informations sur l'accouchement, les complications et les causes de décès ainsi que les cas transférés,
- les parthogrammes pour avoir des informations sur le déroulement du travail et la survenue des complications, en cas de décès identifié,
- les fiches de transfert : pour les cas transférés et les feed-back,
- les rapports de garde en cas de besoin.

A l'aide d'un formulaire (fiches), des données sur les caractéristiques des FOSA sélectionnées, la disponibilité et la qualité de leurs services ont été collectées (indicateurs de la santé), particulièrement les indicateurs de la qualité des services obstétricaux. A ce sujet, les registres et autres fiches de la FOSA ont été consultés. Les registres utilisés sont : les registres d'accouchement, les parthogrammes, les fiches de transfert. Les formulaires utilisés sont :

- Formulaire des données sur les décès maternels (Annexe I)
- Données quantitatives (cas individuels de décès maternels (Annexe II)

- Disponibilité des services obstétricaux (indicateurs) (Annexe III)

B. Partie qualitative de l'étude

- * l'interview approfondie (Titulaires des FOSA, Médecins, Infirmières de la Maternité, Agents des CPN, Directeurs de la santé (Annexe IV)
- * Les « groupes de discussion dirigée ou focus group discussion » ont été organisés dans les Centres de Santé pour les femmes venues en CPN (Annexe IV et VII à XI)
- * La Narration et l'Ecoute libre, en même temps que l'interview.
- * Check-list des éléments de la qualité des accouchements assistés pour se renseigner sur la disponibilité et/ou la qualité des services obstétricaux
- * Questionnaire pour la collecte des données quantitatives
- * Guide de l'interview pour les questions qualitatives
- * Guide de l'interview pour les groupes de discussion dirigée

2.4 MATERIEL

2.4.1 Matériel utilisé dans la partie quantitative :

1. Des registres des accouchements
2. Fiches de transfert
3. Rapports mensuels des Centres de Santé
4. Rapports annuels des Centres de santé
5. Formulaire de collecte des données : décès maternels, caractéristiques des cas de décès, disponibilité des services obstétricaux
6. Ordinateur
7. Logiciel d'analyse : SPSS, Excel

2.4.2 Matériel utilisé dans la partie qualitative :

1. Un enregistreur pour la prise de son lors des interviews et focus group discussion
2. Cassettes
3. Un registre pour la prise des notes lors des interviews
4. Différents formulaires
 - Consentement éclairé
 - Fiche du rapport d'interview
 - Guide du focus group discussion
 - Formulaire de prise de notes sur le terrain

- Formulaire de prise de notes dans le focus group discussion
- Formulaire de debriefing dans les Focus group discussion

5. Logiciels à utiliser :

- Traitement de texte : MS Word,
- Génération des tableaux et des graphiques : Excel
- Analyse des données qualitatives : ATLAS TI 5.6.3

2.5 CONSIDERATIONS ETHIQUES

La participation à l'étude a été entièrement volontaire, après une information claire quant à l'objet de l'étude. Après avoir expliqué la raison et l'objet de l'étude, le consentement des participants a été libre. Mais avant, une autorisation a été donnée par les Responsables des FOSA.

Pour le consentement des participants, une copie du consentement éclairé avait été préparée et devait être signée par les participants en cas de besoin ou si les participants l'exigent. Toutefois, aucune signature n'a été exigée de la part des participants.

Pour la confidentialité des données recueillies surtout pour les cas de décès, la confidentialité est garantie et aucun nom n'est associé aux données qui elles mêmes sont uniquement utilisées dans le cadre de cette étude.

Un exemplaire du consentement éclairé a été préparé à cet effet et est annexé au présent document (Annexe V).

2.6 UTILISATION DES RESULTATS OBTENUS

Dans le cadre de ce travail, il y a 2 possibilités :

Dans le cas où les décès déclarés dans le SIS/MINISANTE 2008 ont réellement eu lieu :

Nous espérons identifier les causes d'une mortalité encore aussi élevée dans certains Centres de Santé. Aussi, nous espérons identifier les conditions qui aident les autres FOSA à éviter ou en tout cas à contrôler plus efficacement les causes de mortalité maternelle. Immédiatement, les résultats obtenus devaient surtout nous aider à orienter la conduite du volet qualitatif de notre étude, et plus tard ils seront utilisés pour la planification et aideront les décideurs et les responsables des FOSA à prendre des mesures basées sur l'évidence, pour décider des interventions à haut impact pour réduire cette mortalité maternelle.

Si les données relevées s'avèrent fausses :

Ce sera un grand problème dans le système de collecte des données mis en place par le SIS. Les résultats seront utilisés pour interpeler les autorités sanitaires à développer des stratégies pour une meilleure gestion des données : y consacrer suffisamment d'efforts car actuellement, la planification des activités, la mobilisation des fonds et la distribution équitable de ces fonds et des services ne peuvent se faire que sur des informations fiables collectées par un système efficace.

Dans l'approche qualitative les informations recueillies permettront d'estimer le degré de satisfaction des clients, les problèmes qu'ils rencontrent pour une utilisation optimale des services, les barrières restantes qui limitent encore l'utilisation des services obstétricaux, ainsi que les impressions des prestataires. Les résultats permettront de réviser la stratégie de communication en ce qui concerne la santé de la reproduction.

2.7 DIFFICULTES RENCONTREES

Au cours de cet exercice, il y a eu beaucoup de difficultés:

1. Manque de temps lié à la charge de travail au MINISANTE.
2. Manque de techniciens pouvant aider à organiser les groupes de discussion dirigée : le technicien a pu être disponible seulement en Juin 2010.
3. Longs trajets pour accéder aux Centres de Santé, notamment celui de Jomba, où il fallait plus de 5h de voyage. En y arrivant, tout le monde était parti, et seul le Titulaire a pu être disponible.
4. Dans cette Province de l'Ouest, le CS de Gakamba n'a pas pu être visité, car le pont qui y mène avait été détruit par les pluies.
5. Pour le Centre de Santé de Jomba, l'Hôpital qui reçoit les malades transférés (HD Kabaya) n'est pas celui qui fait les supervisions (HD Shyira).
6. Dans le même CS de Jomba, nous avons trouvé 11 femmes transférées mais qui ont été transportées par leurs familles vers l'Hôpital de Shyira, et la Tutulaire a déclaré être incapable de savoir ce qui s'est passé pour ces femmes.
7. Le coût très élevé de la collecte des données : paiement des techniciens (2 personnes) et carburant pour aller dans chaque province.
8. Difficultés d'obtenir des RV pour les responsables.
9. Dans la recherche de la documentation, il a été très difficile de trouver les journaux discutant des problèmes de l'accouchement assisté dans les pays en développement, même en consultant HINARI. Les seuls documents trouvés sont des rapports de l'OMS, de l'UNFPA, UNICEF et de la Banque Mondiale.

3. RESULTATS

3.A APPOCHE QUANTITATIVE

3.A.1 Mortalité maternelle dans les Centres de Santé

Le tableau 8 donne un rapport synthétique du nombre de décès rapportés par le SIS 2008, pour les Centres de Santé étudiés. A titre de comparaison, sont aussi marqués le nombre total des accouchements en 2008 trouvés dans les rapports des Centres de Santé et les chiffres trouvés dans le SIS, les cas référés, les décès maternels trouvés dans les rapports des CS et ceux du SIS, ainsi que le taux annuel d'utilisation des services obstétricaux dans chaque CS.

Sur les 103 décès attendus dans les rapports des CS, nous avons seulement trouvé un seul décès maternel rapporté par le CS de Kigese (Kamonyi, HD Remera Rukoma). Pour le reste, tous les décès rapportés par le SIS n'ont pas été retrouvés, ni dans les rapports des CS, ni dans les rapports compilés au niveau des Hôpitaux de District (registre informatisé).

Un cas très particulier concerne le CS de Kigese, qui n'a rapporté qu'un seul décès dans ses rapports, mais où le SIS rapporte 24 décès au niveau du SIS/Hôpital de District et au niveau du SIS/MINISANTE.

Il n'a pas été possible d'avoir des informations dans les CS de Gakamba (Hôpital de District de Shyira) et de Rurenge (Hôpital de District de Nyagatare)

Un autre fait très important est que le nombre d'accouchements trouvé dans les rapports annuels des Centres de Santé est différent des chiffres trouvés dans le SIS/MINISANTE, et ce pour tous les CS étudiés.

En ce qui concerne le transfert des femmes par rapport au total des femmes venues accoucher dans les CS étudiés pour l'année 2008, le taux varie entre 23,3% au CS de Kigese (Hôpital de district de Remera Rukoma) à 14% au CS de Rwankuba (Hôpital de district de Ruli).

Le taux d'utilisation des services obstétricaux est aussi élevé au CS de Rukomo (67,7%), mais reste faible partout ailleurs dans les CS étudiés (23-42%).

Tableau 9 : Relevé du nombre de décès maternels dans les FOSA étudiées (registres)

Centres de Santé	Nb Acc Rap. CS	Nb Acc. SIS 2008	Référés	% référés	Décès maternels (CS)	Décès * (SIS /HD)	Décès * (SIS MINISANTE)	Utilisat** moyenne %
KIGESE	420	421	128	23,3	1	24	24	42
KAMONYI	709	642	149	17,3	0	0	0	36,2
MUHONDO	225	219	38	14,4	0	0	9	29,9
RWANKUBA	306	306	50	14	0	0	0	36,9
JOMBA	174	155	52	23	0	0	7	23
GAKAMBA	-	257	-	-	-	-	0	-
RUKOMO	754	511	164	17,8	0	0	63	67,7
RURENGE	-	-	-	-	0	0	0	
TOTAL	2 558	2 254	581	22,4	1	24	103	

*Les décès du SIS rapportés concernent les décès des CS étudiés

**L'utilisation moyenne des services obstétricaux est calculé en utilisant comme numérateur le nombre de femmes venues accoucher dans la FOSA, et comme dénominateur, le nombre d'accouchements attendus (les hors zones ne sont pas pris en compte).

3.A.2 Caractéristiques des cas de décès identifiés

Le seul cas de décès identifié, sur les 103 cas auxquels nous nous attendions, a été trouvé au Centre de Santé de Kigese, zone de rayonnement de l'Hôpital de Remera Rukoma, district de Kamonyi. C'était une jeune femme de 26 ans, vivant en concubinage avec son partenaire, primipare, enceinte de près de 6 mois (estimation de l'infirmière), arrivée en urgence au Centre de Santé, et décédée 4 heures après son arrivée au Centre de Santé. La cause du décès est une pathologie inconnue mais qui n'était pas liée à la grossesse. Les 102 autres cas n'ont pas été confirmés par nos investigations.

3.A.3 Causes du transfert vers les hôpitaux

Selon les registres des Centres de Santé, le taux de transfert des femmes vers les hôpitaux de district variaient entre 23% et 14%, avec une moyenne de 17% pour les CS étudiés. En ce qui concerne les motifs de transfert, le travail prolongé venait en tête. 63,7% des femmes étaient transférées pour le travail prolongé au CS de Rukomo (Hôpital de Nyagatare), mais il est seulement de 23,4% au CS de Rwankuba (Hôpital de Ruli). Les anciennes césariennes et la souffrance fœtale étaient aussi de fréquentes causes de transfert vers les hôpitaux, tandis que les présentations vicieuses ont été des motifs fréquents aux CS de Kamonyi et de Rwankuba. Le même CS de Rwankuba accuse une fréquence élevée de transferts pour rupture prématurée des membranes (17% des cas de transfert).

Pour ces mêmes transferts, on connaît les motifs pour 89% des cas au CS de Kamonyi, et de 94% des cas au Rwankuba, 53,9% au CS Kigese, 28,9% au CS Muhondo, et 35,3% au CS de Rukomo. Il faut noter que les CS de Kamonyi et de Rwankuba assistent l'accouchement pour une grande proportion de femmes en hors zones.

Le tableau 9 donne les détails sur les motifs de transfert.

Tableau 10: Causes du transfert vers les hôpitaux

Centres de Santé	Référés	Travail prolongé (%)	Ancien Cas césarienne (%)	Présentation vicieuse (%)	Procidence. Cordon (%)	Souffrance foetale (%)
KIGESE	128	37,9	13,2	5,9	4,3	14,4
KAMONYI	149	36,0	11,2	1,0	0,7	8,2
MUHONDO	38	ND	ND	ND	ND	ND
RWANKUBA	50	23,4	ND	10,6	ND	4,2
JOMBA	52	ND	ND	ND	ND	ND
RUKOMO	164	63,7	13,7	8,6	ND	ND

Suite du tableau précédent

Centres de Santé	Dystocie du col (%)	R.Prémat. membranes (%)	Dysproport. foetopelv. (%)	Accouchement Prématuré (%)	Autres (%)
KIGESE	4,3	ND	ND	ND	8,6
KAMONYI	1,5	3,0	7,5	3,7	8,2
MUHONDO	ND	ND	ND	ND	ND
RWANKUBA	17,0	17,0	ND	ND	6,3

Le tableau ci-dessus n'est pas complet car il a été les rapports du contre-transfert sont partout fragmentaires et mal conservés lorsque les évaluations du PBF sont terminées.

3.A.4 Contre transfert

Le contre transfert permet au Centre de Santé de connaître le traitement qui a été réservé aux patients transférés à l'Hôpital de District, ainsi que ce qui s'est passé, et à l'Hôpital de District de mettre en place une stratégie d'assistance au personnel des CS pour mieux appréhender les cas de patients, de façon à éviter les abus.

Dans les rapports 2008 des Centres de Santé, les données sur le contretransfert sont incomplètes et trop disparates. Elles ne permettent pas d'avoir une bonne information sur l'adéquation entre le motif de transfert et le traitement réservé au cas transféré. En donnant comme exemple de 42 transferts pour faiblesse des contractions (hypocinésies) ou le travail prolongé, il y a eu 24 accouchements eutociques, 5 accouchements avec perfusion d'ocytocine, 4 accouchements avec instruments (ventouse et autres), et 9 césariennes. Les CS n'utilisent pas les mêmes termes pour le travail prolongé. Certains l'appellent faiblesse des contractions sans plus de détail, et d'autres l'appellent travail prolongé. Toutefois, le travail prolongé est défini comme tout travail qui dépasse une durée de 4 heures sans évolution, quelles qu'en soient les causes.

Pour les 11 anciens cas de césariennes, il y a eu 9 césariennes, et 2 accouchements eutociques mais assistés avec un instrument.

3.A.5 Disponibilité des éléments de la qualité des accouchements assistés

Pour la disponibilité des services obstétricaux, une liste de contrôle a été faite, et il a été vérifié si les composantes de cette liste sont disponibles. Les principaux éléments de cette liste sont : le parthogramme, protocole de surveillance du travail, procédures, contrôle de l'infection (notamment :eau, savon, gants, stérilisation), nombre et qualification des prestataires, visite post-natale, moyen de transfert, communication.

Dans les 6 CS visités : tous les CS avaient un parthogramme pour la surveillance de l'évolution du travail, ils avaient un ordinogramme simplifié, et un nombre acceptable de prestataires (infirmiers qualifiés : entre 8 et 12), un moyen de transfert composé d'ambulance appelé en cas de besoin, un service de garde, un moyen de communication (1 phonie dans un CS et des téléphones mobiles), ainsi que des registres. Les résultats dans chaque Centre de Santé sont résumés dans le tableau 10.

Le tableau 10 est donc une synthèse indiquant la disponibilité de certains éléments indispensables au bon déroulement de la surveillance du travail et des accouchements.

Des informations manquent pour 2 CS non visités : Gakamba, inaccessible au moment de l'étude et le CS de Rurenge qui devait être visité en dernier. Il a été abandonné car n'offrant aucune information supplémentaire par rapport à ce qui était connu déjà (= saturation de l'information).

Tableau 11: Disponibilité des principaux éléments de la qualité des accouchements assistés

	Hôpital de District REMERA RUKOM		Hôpital de District RULI		Hôpital de District SHYIRA-KABAY		Hôpital de District NYAGATARE	
	CS Kigese	CS Kamonyi	CS Muhondo	CS Rwank	CS Jomba	CS Gakam	CS Rukomo	CS Rurenge
Maternité*	Non	Oui	Oui (new)	Non	Non		Non	
Partogramme	√	√	√	√	√		√	
Protocole de surveillance du travail	-	-	-	-	-		-	
Procédures (ordinogramme)	√	√	√	√	√		√	
Contrôle de l'infection	-	√	√	√	-		√	
Qualification des prestataires	√	√	√	√	√		√	
Visite post-natale	-	-	-	-	-		-	
Moyens de transfert	Ambul	Ambul	Ambul	Ambul	Ambul		Ambul	
Service de garde	√	√	√	√	√		√	
Moyens de communication	Phonie	Mobile	Mobile	Mobile	Mobile		Mobile	
Gestion de l'information (fichiers, ordinateurs)	Oui	OK	OK	OK	OK		OK	

*La Maternité dont il s'agit ici est une maternité construite selon le plan standard, et équipé du matériel indispensable. Seuls 2 CS avaient une maternité fonctionnelle au sens actuel du terme. Un autre CS avait une maternité en construction. Tous les autres utilisent des locaux de fortune qui ont besoin d'une rénovation ou d'une nouvelle construction.

3.A.6 Comparaison des résultats obtenus en terme de la qualité des accouchements assistés

Pour les CS de Kamonyi et Kigese (Hôpital de District de Remera Rukoma) : il n'y a ni eau courante et ni électricité dans le CS de Kigese, tandis que le CS de Kamonyi a une bonne

maternité, et est actuellement connecté à l'électricité. En plus il est plus accessible car situé sur la route principale. Ainsi une bonne partie de la population de la zone de rayonnement du CS de Kigese va se faire soigner à Kamonyi. Les 2 CS sont des services publics et aucun problème de transfert des malades n'a été signalé.

Pour les CS de Muhondo et Rwankuba de l'Hôpital de District de Ruli (District de Gakenke), la maternité était en cours de construction à Muhondo au moment de notre visite, mais le CS de Rwankuba n'en a pas. Ils sont tous bien approvisionnés en eau et en électricité. Le CS de Rwankuba, appartient à l'Eglise Catholique et est bien fréquenté malgré son exigüité. Une bonne partie des femmes qui viennent y accoucher sont des hors zone. Pour le reste, il n'y a pas de différence.

Parmi les CS visités, celui de Jomba (Hôpital de District de Shyira) est le moins bien équipé et souffre de plusieurs handicaps. Il n'a ni eau, ni électricité, ni maternité, et est situé sur une partie du secteur Jomba, tandis qu'une grande partie de la population doit aller se faire soigner dans d'autres FOSA. L'accès au CS est particulièrement difficile aussi bien pour les malades que pour l'ambulance. Une autre particularité du CS de Jomba est que les malades transférés par ambulance sont soignés dans l'Hôpital de District de Kabaya, alors que l'Hôpital chargé de la supervision est celui de Shyira. Le CS de Gakamba qui devait servir de contrôle à celui de Jomba, n'a pas été visité car inaccessible (pont coupé) au moment de l'étude.

Le CS de Rukomo (Hôpital de District de Nyagatare), appartenant à l'Eglise Catholique, se trouve dans de bonnes conditions de travail, même s'il n'a pas de maternité. Il y a de l'eau courante, et de l'électricité. Il n'y a pas de problème de transfert des malades car l'Hôpital de district se trouve à 30 minutes de voyage (beaucoup moins pour le CS de Rurenge qui devait servir de contrôle mais qui n'a pas été visité).

En général, pour le personnel et la qualification des prestataires (infirmiers qualifiés), tous les CS disposent d'au moins 8 infirmières A2, et les rôles de garde semblent se dérouler normalement.

Cependant, il manque partout un service post-natal, et le manque d'eau et d'électricité, dans 2 CS sont des situations préoccupantes pour le contrôle de l'infection.

A part le parthogramme, il n'y a pas de protocole de suivi des accouchements (une sorte d'ordinogramme, normalement affiché dans la Maternité). Le personnel interrogé a dit que cela se trouve dans les hôpitaux.

Comme partout ailleurs dans toutes les FOSA, le suivi post-natal fait défaut dans les CS de santé objets de l'étude.

Pour la gestion de l'information, les ordinateurs ont été distribués dans les CS, surtout au cours de l'année 2010. Toutefois, les rapports continuent de se faire manuellement par le personnel recruté à cet effet, car certains ne savent pas encore utiliser le logiciel du SIS.

3. B APPROCHE QUALITATIVE

3. B.1 Perceptions des participants sur les causes de mortalité maternelle

Pour l'approche qualitative, l'étude se proposait de relever les perceptions des utilisatrices des services obstétricaux et des prestataires quant aux causes de la mortalité maternelle, les causes de l'accouchement à domicile, les raisons qui poussent les femmes à venir accoucher au CS pour celles qui le font, les causes spécifiques qui limitent la qualité ou l'utilisation des services obstétricaux dans les FOSA, et leurs avis sur les solutions possibles.

Causes médicales :

Les résultats des discussions avec les utilisatrices des services obstétricaux des Centres de Santé et les prestataires de soins, montrent que des mères en travail peuvent mourir de plusieurs façons : la cause la plus souvent invoquée est une complication qui survient alors que la femme a accouché à la maison. Alors plusieurs situations peuvent survenir : le placenta qui ne vient pas alors que personne ne sait comment faire, une forte hémorragie, une autre pathologie jusqu'alors inconnue qui complique le déroulement du travail.

Une autre réponse souvent donnée, est le retard mis pour arriver à la FOSA, pour plusieurs raisons qui seront discutées dans un autre thème. Lorsqu'une complication survient, il est alors trop tard pour effectuer le transfert, car l'ambulance met aussi du temps pour venir.

Une utilisatrice des services de la CPN au CS de Kamonyi a dit :

« Souvent, les mères meurent lors de l'accouchement à cause du placenta, surtout celles qui accouchent à domicile, parce qu'elles ne savent pas comment faire ».

Une autre utilisatrice du CS de Kigese a dit :

« Il arrive qu'elle ait déjà une autre pathologie, ou bien sa grossesse n'est pas normale, alors elle accouche à la maison sans le savoir. Ou bien alors, elle saigne beaucoup et son sang s'épuise ».

Une autre a dit :

« Ou bien, celles qui sont à la maison parce qu'elles ont refusé d'aller accoucher à la FOSA et elles meurent car le placenta ne s'est pas évacué, ou il est partiellement évacué et ils ne le savent pas, parce qu'on ne peut pas le vérifier. On pense que c'est terminé alors que c'est faux. La personne continue alors à saigner, sans savoir pourquoi, jusqu'à ce qu'elle meure, parce qu'ils ne sont pas allés à la FOSA ».

Les prestataires ont aussi évoqué les mêmes causes de décès. Les quelques différences sont que, les prestataires ont en plus parlé de l'infection du post-partum et de l'éclampsie, tandis que les utilisatrices ont parlé d'une pathologie jusqu'alors inconnue qui vient compliquer le déroulement du travail.

A part l'infection du post-partum, tout le monde s'accorde pour dire que toutes les complications de l'accouchement pouvant causer la mort maternelle surviennent chez les femmes qui accouchent à la maison.

« A part celles qui peuvent saigner après avoir accouché à domicile, il n'y a pas d'autre cause liée à la maternité, car en cas de problème, les patientes sont immédiatement évacuées », a dit l'Infirmière Titulaire du CS de Rwankuba.

B . Autres causes de mortalité maternelle

Pour les autres causes de mortalité maternelle, prestataires et utilisatrices divergent beaucoup. Les utilisatrices ont plus souvent invoqué les raisons suivantes :

a) La négligence par le personnel soignant. Les participantes ont dit que même si la personne est arrivée à temps, il arrive que le personnel n'assure pas un bon suivi du travail. Une complication survient alors et provoque la mort de la personne, ou la mort de son bébé.

« Il arrive aussi qu'elle accouche dans une FOSA, elle est alors victime de la négligence de la part du personnel, qui n'organise pas le transfert dans une FOSA plus capable pour qu'on essaie de la soigner. Ou bien, une maman arrive dans la FOSA et on tarde à venir la voir »,

a dit une participante du FGD au CS de Kigese

En fait de négligence, les mères sont aussi négligentes et ne respectent pas les consignes qui leur ont été données.

« En fait, il y a des choses qu'on nous dit d'aller consulter dès que la grossesse a 3 mois, pour qu'on puisse bien nous surveiller. Alors toi tu laisses, alors que le problème aurait pu être identifié suffisamment tôt, et tu peux aussi te préparer et venir au Centre de Santé assez tôt. Dans ce cas, en cas de nécessité, il n'est pas nécessaire de venir au Centre de Santé. Tu peux aller directement à l'hôpital à Ruli. Cela aussi c'est un problème qui peut causer la mort d'une maman ».

a dit une maman du CS de Rwankuba.

Ce qui est intéressant, c'est que la part de la négligence du personnel a été nuancée, certaines participantes ayant dit que la négligence a beaucoup diminué dans les Formations Sanitaires.

b) Une autre raison très souvent citée est celle de l'empoisonnement, citée dans presque tous les FGD. En effet, une grande partie des femmes ont l'opinion que beaucoup de femmes enceintes sont empoisonnées et elles peuvent mourir si elles vont accoucher dans les FOSA sans d'abord se faire soigner. Une femme en CPN au CS de Rukomo (District Nyagatare) a dit :

« Moi, une fois je suis venue ici et une femme venait de mourir alors qu'elle était en travail. Alors j'ai entendu sa famille dire que d'habitude on la haïssait, qu'elle a été empoisonnée. En ce moment-là, on l'a amenée à Nyagatare pour l'examiner, mais je ne sais pas comment cela s'est terminé. Ces choses-là existent de piéger les femmes sur leurs grossesses », « En fait, par les temps qui courent, tout le monde est piégé sur sa grossesse, de telle sorte que, avant d'accoucher, on prend d'abord des médicaments donnés par un guérisseur traditionnel »

c) La prise des médicaments traditionnels. Toutefois, ces médicaments sont souvent donnés pour soigner les empoisonnements jugés systématiques pour toute femme en travail. a dit une utilisatrice du CS de Rukomo (District Nyagatare)

« Aussi, ces médicaments traditionnels qu'on leur donne peuvent aussi causer la mort. Il y en a qui te disent qu'il est préférable de les commencer plus tôt, on te les donne à 5 mois de grossesse, en disant que ça se passera mieux. Ces choses peuvent probablement aussi causer du mal aux mères »

d) Une autre cause de la mort maternelle mais invoquée plus rarement, est celle de l'âge avancé au moment de la grossesse.

« Il y en a qui meurent à cause de l'âge qu'on a dans sa maternité. Tu peux voir une maman qui accouche alors qu'elle est vieille, qu'elle n'a plus de force dans son corps. »,

a dit une maman du CS de Rwankuba (District de Gakenke)

e) Enfin, il y a le problème du transport des femmes en travail : soit du domicile au CS, ou du CS vers l'hôpital.

Pour les prestataires, les raisons invoquées sont souvent : le retard à la maison pour venir accoucher et il peut s'en suivre une hémorragie grave.

Les autres ont invoqué un manque de surveillance, surtout la nuit, lorsque l'infirmière de garde est occupée en salle d'opération (césarienne concomitante), le manque de sang pour transfusion, surtout le Rh négatif. Une personne interviewée a aussi dit que le CHUK a interdit les transferts de gens qui ont besoin du sang de façon très urgente, transfert qui pourrait faire gagner du temps en faveur du malade.

La troisième importante raison invoquée par les prestataires est l'éloignement de la FOSA par rapport aux utilisatrices : c'est un cas très sérieux aux Centres de Santé de Jomba et de Kigese.

Le problème du transport a aussi été invoqué : certains CS sont situés trop loin des Hôpitaux. Lorsqu'on appelle les ambulances, ça prend beaucoup de temps, surtout quand les ambulances étaient allées ailleurs pour évacuer d'autres malades.

Certains responsables des Hôpitaux ont aussi mentionné le problème engendré par le nouveau type d'ambulances actuellement distribuées, qui ne peuvent transporter qu'un seul malade à la fois. Lorsqu'il y a 2 personnes à évacuer ça devient très difficile et une autre ambulance doit venir, ce qui est une perte de temps considérable.

Enfin, les responsables continuent de parler d'une forte pénurie de personnel infirmier : les Infirmiers A2 qui sont retournées à l'Ecole et ne peuvent pas être remplacés et les Infirmiers A1 qui sortent de l'Ecole ne sont pas rapidement engagés.

3. B.2 Perceptions des participants sur les causes de l'accouchement à domicile

Sur ce thème de discussion, utilisatrices et prestataires ont les mêmes avis sur certains points: la vieille mentalité d'avoir encore confiance en les accoucheuses traditionnelles, et le retard volontaire en attendant que les contractions soient plus fortes. Ensuite, le manque d'habits pour le bébé (pauvreté) est une importante raison qui empêche les mamans de venir accoucher au CS. Il y a enfin le long voyage à faire.

En ce qui concerne le manque de la valise du bébé, les utilisatrices ont évoqué plusieurs raisons qui sont derrière : une évidente pauvreté, le refus du mari car la femme met au monde seulement des filles, etc. il y en a aussi qui attendent la dernière minute pour aller acheter les habits du bébé et ce sont celles-là qui accouchent sur la route. Une participante du CS de Muhondo a dit :

« Il arrive aussi que quelqu'une a accouché d'une fille, et pour la grossesse suivante, le mari ne lui donne pas de vêtements de l'enfant. Alors elle passe d'abord au marché pour les acheter et c'est comme cela qu'elle peut accoucher en chemin »,
 « Il y a des fois que tu n'a pas encore trouvé le nécessaire pour le bébé, alors qu'on va vous les demander, et alors tu choisis d'accoucher à domicile. Cela veut dire qu'en ce moment là, tu arrives à terme avant d'avoir eu le matériel exigé et tu ne peux pas faire autrement »

- a) La surprise par le travail : plusieurs femmes ont cité la surprise et la rapidité du travail qui ne leur donne pas le temps de se préparer pour aller au Centre de Santé : Pour une femme du CS Kigese :

« Moi j'ai accouché à domicile. Je n'ai pas pu venir dans la FOSA. Le travail a commencé à l'improviste et j'ai accouché très rapidement. A part qu'à l'époque, l'accouchement dans une FOSA n'était pas très répandu »,

- b) La raison plusieurs fois invoquée est l'ignorance et les vieilles mentalités : certaines femmes ne voient pas encore les avantages d'accoucher dans un CS, et continuent de faire comme avant, car tout s'est bien passée. Ici, il y a une influence encore grande des personnes âgées et des maris. Cependant, une grande majorité désapprouve entièrement cette attitude.

« Il y a aussi l'ignorance, où les anciens accouchaient à la maison et ils croient que c'est comme cela que ça doit se passer. Alors quand tu es avec une femme âgée, elle te dit d'être courageuse, et que donc mon enfant tu vas accoucher. Tu continues alors à persévérer jusqu'à ce que tu accouches. Quand tu dis à la vieille femme que tu veux aller accoucher dans la FOSA, elle te dit de persévérer, car elles aussi ont accouché à la maison. Alors tu persévères »,

citation d'une participante du CS de Kigese.

« Ce sont surtout les belles-mères qui empêchent les femmes d'y aller, ainsi que les maris. Elles disent : nous aussi on a accouché 10 enfants à domicile et ils sont toujours vivants. Au contraire tu vois qu'on commence à t'ingurgiter des herbes (médicaments) » a dit aussi une femme au CS de Kigese.

A la différence des prestataires, les utilisatrices ont beaucoup parlé d'autres raisons apparemment sérieuses : la peur de voir sa nudité regardée par des inconnus notamment les soignants souvent jeunes. Cette raison paraît être particulièrement sérieuse dans un CS (Kigese).

« Il y a aussi des situations où une maman dit qu'elle ne veut pas que le personnel de Santé la regarde. Je ne veux pas aller montrer ma nudité, j'accoucherai à la maison. Elle se demande alors : comment est-ce que je peux accoucher alors qu'on me regarde, alors elle choisit de rester à la maison et en secret ».

Certaines femmes ont dit que la façon avec laquelle elles accouchent fait peur. Alors quand elles racontent ce qui s'est passé, il y en a qui refusent d'y aller. », citations des participantes du CS de Kigese :

« Il arrive qu'une personne qui a accouché à la FOSA raconte comment on fait les accouchements, elle dit que quand tu arriveras ça se passera comme ci comme ça : ils examineront, etc. Alors certaines femmes décident qu'elles n'iront pas pour ne pas subir le même sort »

« Quand tu arrives, on te met sur une petite table (agatanda) et on te fait des touchers pour voir l'état d'avancement du travail. Cela, beaucoup le craignent »

Pourtant, plusieurs autres participantes trouvent que toutes ces raisons ne sont pas justifiées, et elles pensent qu'il est toujours avantageux d'accoucher dans une FOSA

« Moi, je ne vois aucune autre raison que nos mentalités, car nous avons un Centre de Santé près de chez nous, et on s'occupe de nous »,

s'exprime une femme du CS de Kigese.

« Accoucher dans une FOSA c'est bien parce que tu es bien suivie, ta santé et celle du bébé, parce que des fois tu peux accoucher à domicile et tu attrapes le tétanos par exemple, à cause du manque d'hygiène lors de l'accouchement »

a dit une femme du CS de Kamonyi.

A l'instar des prestataires, le relief, les périodes de pluie et surtout quand le travail commence pendant la nuit constituent une barrière particulièrement importante à l'utilisation des services obstétricaux. Le problème du relief (très accidenté, mauvaises routes, CS situé très loin de certaines cellules) est particulièrement sérieux au CS de Jomba dans le district de Nyabihu. La Titulaire du CS de Jomba a dit :

« Le relief est aussi très difficile. Le Centre de Santé est situé à une extrémité du secteur et seulement une petite partie peut y accéder facilement. Elles viennent généralement 1 fois pour consulter, et vous disent clairement qu'elles ne pourront pas venir accoucher au CS »

Ce problème de relief est souvent lié au long voyage fait par les utilisatrices pour venir au CS. Au CS de Jomba, où le taux d'utilisation des services obstétricaux est bas, la Titulaire nous a déclaré que les femmes qui viennent en CPN lui disent franchement qu'elles ne peuvent pas venir jusqu'au CS en cas de travail.

Toutefois, il semble que le problème diminue rapidement :

« Mais en général, ce problème diminue rapidement, mais il n'est pas possible de connaître l'impact, car le taux d'accouchement, qui est calculé sur la population cible, montre que l'accouchement au CS est encore faible. Il y a donc un problème de calcul de la population cible » a dit la Titulaire du CS de Rwankuba.

3. B.3 Perceptions des participants sur les causes qui poussent les femmes à venir accoucher au Centre de Santé

Ce thème a été abordé uniquement avec les utilisatrices des services obstétricaux, pour voir si l'augmentation du nombre d'accouchements assistés est basée sur des arguments solides qui vont durer.

Certaines femmes ont commencé à accoucher au CS car elles avaient des problèmes en accouchant à domicile, et elles y sont allées pour plus de sécurité :

« J'ai déjà 5 accouchements. Les 4 premiers ont eu lieu à domicile, si bien que j'ai dit à mon mari de m'accompagner et il a refusé, en disant que d'ordinaire j'accouche à la maison, où est-ce que je vais. Mais j'ai refusé et je suis venue au Centre de Santé où j'ai été bien accueillie et où j'ai accouché normalement. Je suis rentrée en me sentant bien solide, et forte, alors qu'avant je saignais beaucoup et j'étais très affaiblie. Sinon,

j'accouchais vraiment à la maison, et mes voisines aussi accouchaient à domicile. Alors mon mari me disait : mais puisque d'habitude tu accouchais ici, et les autres aussi, où est-ce que tu vas ? Mais vu comment je saignais beaucoup, je me suis dit : laisse-moi aller au Centre de Santé pour voir comment cela va se passer. Alors, j'ai bien accouché sans problème. Moi, je suis bien contente du Centre de Santé. Je n'ai plus vu d'hémorragies », a dit une participante du CS de Santé de Rukomo (Nyagatare).

D'autres vont systématiquement accoucher au CS parce qu'elles y sont très bien accueillies et bien traitées. Ce sentiment est constaté dans la majorité des CS objets de l'étude.

Une raison évoquée est la sensibilisation organisée par les agents de santé communautaire, qui vont jusqu'à accompagner les femmes en travail jusqu'au CS.

« En fait, les agents de santé de l'Umudugudu, quand ils savent que tu es enceinte, ils viennent chaque mois pour te sensibiliser ainsi que le mari, de façon que celles qui traînent pour venir accoucher au Centre de Santé, le font par mauvaise mentalité » a dit une participante du CS de RUKOMO.

D'autres viennent y accoucher car elles sont bien suivies ainsi que leur bébé, et les autres viennent parce qu'elles sont VIH+ et bénéficient des soins préventifs pour leur bébé.

« En ce qui me concerne, lors de la première grossesse, la grossesse est arrivée à terme alors que l'enfant était toujours debout (position assise ?), alors que je ne le savais pas. J'ai beaucoup souffert et le bébé est mort-né à cause de la souffrance. Quelquefois j'y pense et je me dis que peut-être rien ne serait arrivé si j'étais venue au Centre de Santé. Peut-être que eux, ils auraient pu faire quelque chose et mon enfant serait en vie » Citation d'une participante du CS de Kamonyi.

D'autres viennent accoucher par souci d'avoir de meilleures conditions d'hygiène, d'être sûre qu'en cas de complication, il y aura un traitement approprié ou un transfert.

Cependant il y a une autre raison avancée par les participantes dans 2 Centres de Santé : la peur de sanctions (5.000 FRW)

« Actuellement on dit que la maman qui n'ira pas accoucher à la FOSA sera punie. C'est pour cette raison que j'ai accouché à la FOSA. Sinon, avant je sentais que je n'irai pas. Je ne voulais pas être regardée par le personnel de santé », a dit une participante

Aussi, dans plusieurs districts, accoucher dans un CS c'est obligatoire. Même celles qui accouchent en chemin doivent continuer au CS, sinon il y a des amendes.

Enfin, l'augmentation du nombre de CS et la proximité avec la population rend l'utilisation des services plus facile

« Des fois aussi, des progrès sont arrivés, il n'y a plus de Centre de Santé situé plus loin de la population, de façon que vraiment, si quelqu'une pense encore à accoucher à domicile, elle a des problèmes », dit une participante du CS de Nyagatare.

Une autre cause importante citée par les participantes est la mutuelle de santé qui a réduit les problèmes de paiement des factures de soins. Une participante du CS de Kamonyi a dit :

« A mon avis, ceci existait dans les temps anciens, à cause de la pauvreté et le manque de moyens pour venir au Centre de Santé, mais maintenant, la mutuelle est venue, les mamans accouchent et la mutuelle paye. Donc il n’y a plus de mamans qui craignent de venir au Centre de santé, parce qu’en cas de complications, on lui donne un transfert, et l’ambulance la transporte, tout sur le financement de la mutuelle »

3. B.4 Perceptions des participants sur les problèmes spécifiques limitant la qualité des services des Centres de Santé

Ce qui est apparu plus souvent, c’est la négligence par certains agents de santé. Il a été cité plusieurs fois, mais dans certains Centres de Santé, les femmes sont très satisfaites (CS Rwankuba et CS Rukomo en particulier). Citation d’une participante du CS Kigese :

« Il fut un temps où des mères mourraient à cause de la négligence, et les médecins ne s’en occupaient pas, et même celle qui avait besoin d’un transfert à l’hôpital n’y était pas envoyée, mais maintenant cela n’arrive plus souvent, de telles situations ont diminué. En ce qui me concerne par exemple, mon premier accouchement s’est fait à 7 mois. Mais puisque c’était Pâques, ils sont allés à la messe, et j’ai accouché seule, entre 2 lits du Centre de Santé. Quand ils sont arrivés, c’était déjà fini, et le bébé est finalement mort. Alors tu comprends, moi aussi je pouvais mourir ou alors, si nous avions eu un transfert, peut-être le bébé aurait survécu. Ceci a fait que l’accouchement suivant a eu lieu à domicile, parce qu’à mon avis c’était la même chose ».

« Cependant, tous les soignants n’accueillent pas bien les malades. Moi j’ai été mal reçue, et personne ne m’a suivie, de telle façon qu’ils sont partis, et ils sont revenus alors que j’avais déjà accouché. Ils ont alors commencé à m’insulter, morts de honte, en me demandant pourquoi je ne les avais pas appelés ? Est-ce que tu n’entendais pas que l’enfant est entrain de venir ? Evidemment, moi je les ai laissés car j’étais très fatiguée et je n’avais pas assez de souffle » a dit une participante du CS Kamonyi.

Un troisième problème invoqué est la prescription des instructions incompréhensibles que la femme enceinte doit exécuter, comme la consultation en cas de signe clinique d’une complication. Comme elle ne comprend pas, elle ne le fait pas et ça peut tourner mal.

« Il arrive que le soignant écrive des choses dans le cahier, exemple à telle date tu viendras en consultation, et la date arrive sans que tu le saches, parce qu’il ne t’a rien dit. Lui il le sait, mais toi tu ne le sais pas. Ceci peut causer la mort parce que la maman est restée à la maison et elle ne revient pas pour que le problème soit résolu » a dit une participante du Centre de Santé de Kigese.

Une autre raison invoquée est le retard mis par les ambulances pour venir évacuer les femmes victimes de complications, mais de l'avis général, ce problème a diminué, même s'il n'a pas disparu.

Le nombre réduit du personnel, surtout au moment des gardes. Il arrive que la femme en travail a besoin d'un prestataire alors qu'il est occupé pour un autre patient ou en salle d'opération. Il semble que le travail a augmenté et le personnel existant ne suffit pas à toutes les tâches et notamment lors des gardes.

A part la pénurie du personnel communément citée, les problèmes plus souvent cités par les prestataires sont beaucoup plus techniques : insuffisance des locaux, notamment au niveau de la Maternité. A ce problème, il faut ajouter le manque d'eau courante (CS Kigese, Kamonyi, Jomba surtout), le manque d'électricité.

Certains CS ont une importante partie de la population de leur zone de rayonnement, qui habite très loin du CS (jusqu'à 60%).

Beaucoup de prestataires estiment que le service ambulancier, même s'il s'est amélioré, n'est pas encore satisfaisant. Seuls les CS de Muhondo et Rwankuba (Hôpital de District de Ruli) sont entièrement satisfaits du service ambulancier, et là-bas, le nombre de CS servis est plus réduit. Au CS de Rukomo (Hôpital de District de Nyagatare) on a dit aussi qu'il n'y a pas de problème particulier.

Le transport des patients est particulièrement préoccupant au CS de Jomba.: à cause du relief, le même CS voit deux types de transports de malades transférés : certains préfèrent être transportés de façon traditionnelle et amenés dans un hôpital plus proche d'eux, et les autres sont amenés dans un autre hôpital par ambulance.

« Peu de femmes peuvent venir seules pour accoucher. Beaucoup arrivent à la dernière minute, même par transport traditionnel. L'ambulance quand elle est appelée, elle prend longtemps à cause de la route (vraiment trop mauvaise). Pendant la saison des pluies, l'accès est terriblement difficile. Il y a un grand risque pour les femmes transférées à Shyira par transport traditionnel (on ne peut pas connaître la suite) » a dit la Responsable du CS Jomba.

Enfin, il y a grand problème de supervision : il y a un CS dont le titulaire a déclaré que l'Hôpital qui reçoit les transferts n'est pas celui qui fait les supervisions. Les seules supervisions qui s'y font sont les supervisions du PBF.

La charge du travail dans certains CS : beaucoup d'accouchements hors zone, une très bonne utilisation des services.

« La charge du travail : il y a vraiment beaucoup de malades qui se font soigner ici. Le personnel est peu nombreux et il ne respire pas et il y a beaucoup d'accouchements. On ne trouve même plus des infirmiers A2 sur le marché. L'espace Maternité est trop petit » a dit la Soeur Responsable du CS de Rukomo

3. B.5 Perceptions des participants sur les solutions à apporter pour améliorer la qualité des services des Centres de santé

Encore une fois, les solutions proposées par les utilisatrices et les prestataires divergent et sont en rapport avec ce que chaque groupe pense comme problème à résoudre : Pour les utilisatrices, les solutions proposées sont les suivantes :

a) Consultations prénatales systématiques pour toute femme enceinte, pour un meilleur suivi

« Moi, à mon avis, la mère doit venir en consultation comme on nous le conseille. Et les soignants doivent essayer de chercher tout ce qui pourrait causer la mort maternelle, parce que ce sont eux qui le savent » a proposé une participante du CS Muhondo.

b) Avoir un guérisseur traditionnel dans les Centres de Santé pour diagnostiquer et soigner les empoisonnements, ce qui pourrait inciter les femmes à venir plus vite au CS. Proposition d'une femme du CS Muhondo

« A mon avis, il devrait y avoir un guérisseur traditionnel dans la FOSA, qui peut donner des médicaments pour que les femmes accouchent normalement, sans perdre la vie » « Il faut aussi chercher une solution au problème des empoisonnements. Actuellement personne ne va accoucher sans que sa grossesse ait été piégée. Il faudrait prendre des mesures sévères contre les empoisonneurs » a dit une femme du CS Rukomo.

c) Formation des maris pour qu'ils aident leurs femmes notamment dans les travaux domestiques et aussi pour aller accoucher dans les FOSA

« Les maris, eux aussi, ont besoin d'être formés, pour qu'ils ne laissent tous les travaux aux femmes enceintes, parce qu'une mère peut accoucher et mourir à cause des travaux pénibles qu'elle fait seule. Et puis ils devraient donner à leurs femmes, ce dont elles ont besoin afin d'être préparées au moment d'aller accoucher », une femme du CS Muhondo a dit.

d) Les soignants doivent se corriger et cesser de négliger les femmes en travail, assurer leur formation et faire des supervisions

« Les soignants devraient se corriger, en cessant de négliger les mamans en travail. Ces dernières devraient aller au Centre de Santé immédiatement dès le début du travail, sans attendre la dernière minute ou que ça se complique » a dit une participante du CS Kamonyi.

« A mon avis, les soignants devraient être formés, pour qu'ils puissent s'occuper des malades sans devoir les laisser attendre plus longtemps. Pour le reste, le Ministère devrait visiter le Centre de Santé à l'improviste, sans prévenir, pour qu'ils puissent constater eux-mêmes ce qui s'y passe, et voir si ce qu'ils ont appris est réellement appliqué » C'est aussi une proposition d'une autre participante du CS Kamonyi.

e) Construire un autre centre de soins plus proche :

« Pour nous qui habitons loin du Centre de Santé, nous demandons qu'on nous donne un centre de soins plus proche. Moi par exemple, si j'ai un problème à l'improviste, je ne pourrais pas arriver ici assez rapidement. Sans argent, je ne pourrais pas venir » Idem

c) Aider les femmes à accoucher plus rapidement à cause des douleurs liées au travail.

d) Expliquer aux femmes les instructions données dans leur cahier, pour qu'elles puissent les appliquer :

« Alors je pense que les soignants devraient nous expliquer comment notre santé se porte, tandis que l'écrire dans le cahier sans que nous sachions ce que ça signifie ne sert à rien. Nous ne recevons pas assez d'explications », a expliqué une femme du CS de Kigese.

Les prestataires, eux se basent sur les aspects beaucoup plus techniques du problème de la qualité des services dans leurs FOSA :

- a) Augmentation du nombre de personnel (toutes les personnes interviewées),
- b) Mettre un Médecin dans les Centres de Santé,
- c) Transformer le CS en Hôpital de District (CS Rukomo),
- d) Construire des maternités là où il n'y en pas,
- e) Augmenter le nombre d'ambulances,
- f) Créer et équiper un service d'anesthésie. Quand on affecte un anesthésiste, il s'en va à cause du manque de matériel,
- g) Construire un autre CS dans le secteur pour faciliter l'accès à toute la population,
- h) Mettre des postes de santé dans des cellules situées loin du CS, et faire l'extension du CS existant,
- i) Connecter l'électricité et faire une adduction d'eau au CS,
- j) Sensibiliser les parents et aussi les dirigeants locaux pour qu'ils s'impliquent davantage,
- k) Donner suffisamment de formation sur le SONU pour tout le personnel.

4. DISCUSSION

4.1 Mortalité maternelle dans les Centres de Santé

L'un des objectifs de notre étude, était de faire l'inventaire des décès qui ont eu lieu dans les Centres de Santé étudiés, pour l'année 2008. Il s'agissait aussi de décrire les caractéristiques des cas de décès, et d'identifier leurs causes.

Dans le rapport du SIS 2008, 103 décès étaient enregistrés dans les 4 CS étudiés. Et ces chiffres sont officiels, car publiés officiellement. Cependant, un seul cas de décès maternel a été confirmé dans le CS de Kigese (District Kamonyi, Province du Sud). C'était une femme jeune de 26 ans, primigeste, mais la cause de sa mort, inconnue, n'avait rien à voir avec la grossesse. C'est plutôt une bonne surprise, et la situation est en réalité beaucoup moins dramatique.

Il s'agit en fait des erreurs d'enregistrement dans la chaîne de transmission de l'information du SIS. Pour les 24 décès enregistrés dans le CS de Kigese, il s'agissait d'une erreur de saisie par l'agent de l'Hôpital de Remera Rukoma. Dans le rapport de Janvier 2008, le même nombre d'accouchements eutociques (23) a aussi été saisi dans la colonne des décès maternels, et cette saisie a été faite par l'agent de l'Hôpital de District. Ceci voudrait alors dire que toutes les femmes qui ont accouché dans ce Centre de Santé en Janvier 2008 sont décédées, ce qui serait assez surprenant.

Partout ailleurs, aucun cas de décès n'a été retrouvé dans aucun CS retenu dans l'étude. Lorsqu'on analyse les cas de décès survenus dans les Hôpitaux, il n'y a pas eu de décès survenu sur les cas transférés par les CS retenus dans l'étude (du moins pour 2008 et pour les FOSA étudiés). Le cas le plus surprenant est le cas du CS de Rukomo, où 63 cas de décès ont été rapportés, alors qu'aucun décès n'a été enregistré dans ce CS depuis plusieurs années.

Dans les discussions que nous avons eues avec les utilisatrices et les prestataires, il est ressorti que les décès maternels dans les CS sont devenus très rares. La plupart des titulaires qui sont responsables de ces FOSA depuis plusieurs années (Kigese, Rwankuba, Jomba, Rukomo), ont déclaré qu'ils n'avaient jamais eu aucun cas de décès et étaient très étonnés par les statistiques du SIS.

La cause des erreurs d'enregistrement au niveau des CS et des hôpitaux était que les rapports étaient faits par les titulaires des CS et des directeurs des hôpitaux. Ils le faisaient chaque fois à la dernière minute, à cause du manque de temps. Et ils étaient envoyés sans aucun autre contrôle.

Au niveau du MINISANTE, il y avait aussi des problèmes en 2008. 2 personnes étaient en charge de la saisie des données en utilisant le logiciel GESIS. Il n'y avait donc aucune analyse, ni audit de la qualité de ces données et donc pas de feedback. Et eux-mêmes commettaient beaucoup d'erreurs car dans 3 CS où des décès sont enregistrés, l'erreur de saisie a été commise par l'agent du SIS/MINISANTE.

Avant 2006, le SIS était composé d'une équipe de plusieurs personnes au MINISANTE. Cette équipe a été dissoute lors de la réforme de 2006. Une seule personne (un Médecin) y est restée, à laquelle on a adjoint un autre agent (un démographe) sans expérience en matière de SIS. C'est cet agent qui devait entrer toutes les données (emmenées sur cassettes) venant des hôpitaux. Ceci veut dire qu'il y avait des problèmes sur toute la chaîne.

Ce problème d'erreurs dans la collecte des données du SIS était très grand et a été mis à jour dans le cadre du monitoring des activités financées par le Global Fund au cours de l'année 2009, mais aussi en 2008. Ainsi, l'une des priorités du Global Fund Round 7 a été le renforcement du Monitoring & Evaluation au Ministère de la Santé [13].

Des « Data Managers » ont été recrutés pour les CS et les Hôpitaux et des ordinateurs ont été distribués, et un nouveau logiciel du SIS a été installé en 2009. En 2009, les mêmes problèmes ont continué, et il a fallu mettre en place un mécanisme d'audit des données (Référence). De nouveaux instruments du SIS ont été développés et des modes opératoires ont été élaborés. Et puis, la collecte des données a été mise dans le PBF, pour inciter les gens à faire ce travail avec plus de sérieux. Dans le même but d'améliorer la qualité des données collectées sur la mortalité maternelle, un audit des décès maternels a été mis en place à partir de Juillet 2009. Malheureusement, la tentative de en place une unité de M&E ayant un SIS renforcé n'a pas abouti dans la dernière réformé. Enfin, même avec les actions déjà entreprises, le problème persiste car, les données enregistrées par ces audits diffèrent toujours des données rapportées dans le SIS [19]. Pour résoudre ce problème, il a été décidé de mettre en place une équipe chargée de l'audit de la qualité des données, et d'engager un statisticien.

Toutefois, ces fausses statistiques ont eu comme résultat positif de faire mettre la santé maternelle à la tête des priorités du secteur santé et c'est en 2009 que de nouvelles actions très énergiques ont été entreprises pour améliorer la situation : achat de 100 ambulances, construction, réhabilitation et équipement des maternités, mise en place des audits des décès maternels, le renforcement des capacités (formation des sages femmes), le renforcement du système de santé et des stratégies pour inciter les femmes à accoucher dans les FOSA (Imihigo des districts).

Ainsi, la mortalité maternelle est très faible dans les Centres de Santé. Il est clair que les normes de transfert des femmes en travail sont scrupuleusement respectées, et même un peu trop dans certains endroits.

En effet, 23% des femmes venues accoucher ont été transférées dans les Hôpitaux de District (CS Rukomo et Kigese), ce qui est un peu excessif, et entre 14 et 17,8% pour les autres, ce qui normal, car selon les experts, il est attendu que 15% des femmes en travail peuvent avoir des problèmes de dystocies [8] avec des complications nécessitant un transfert [14].

Parmi les femmes transférées, entre 63,7% et 37,9% ont été transférées à cause du travail prolongé, au CS Rukomo et Kigese, et entre 23,4% pour les autres. 4,2% et 14,4 % l'ont été à cause de la souffrance fœtale, et entre 13,7% et 13,2% étaient des anciens cas de césarienne.

Une autre constatation c'est la proportion des accouchements qui ont lieu dans les formations sanitaires visitées. En 2008, 52% des femmes accouchaient dans les FOSA au niveau national. Pourtant, à part le CS de Rukomo qui enregistrait 67,7% et 42% dans le CS Kigese, les autres enregistraient entre 29,9 et 37,9%.

Pourtant, tous les responsables interviewés ont dit que l'accouchement assisté dans les FOSA a beaucoup augmenté. Les chiffres bas sont causés par une estimation trop haute du nombre d'accouchements attendus, qui est basé sur le recensement de 2002, alors qu'entretemps, la planification familiale a sensiblement augmenté [15]. Ce problème de dénominateur concernant le nombre d'accouchements attendus est devenu un véritable cauchemar au MINISANTE, où les rapports actuels montrent une réduction importante de la performance dans les accouchements assistés dans les FOSA, et la couverture vaccinale. Le DHS 2010 en cours d'analyse devrait donner la situation réelle de ces indicateurs dans les districts et sur le plan national.

En ce qui concerne les éléments de la qualité du service obstétrical recherchés dans le cadre de ce travail et figurant dans le cadre conceptuel, l'essentiel semble être disponible en ce qui concerne le personnel, et les outils de monitoring du travail, mais la plupart des CS n'ont pas de maternité, pas d'eau courante, et pas d'électricité, à part une petite installation d'énergie solaire. Cette situation est

un grand handicap pour l'amélioration de la qualité des services, mais la situation est vraiment plus grave dans les Centres de Santé de Jomba (Nyabihu) et Kigese (Kamonyi).

Pour le reste, les utilisatrices semblent satisfaites du service qui leur est rendu.

La Conservation des documents

La conservation des documents dans les FOSA étudiées est très mauvaise en général. Il a été très difficile de réunir des rapports mensuels de l'année 2008. Assez souvent il fallait utiliser des rapports annuels alors que nous avons besoin des 2 pour confirmer les chiffres. Dans 3 CS, il a fallu aller directement faire des relevés dans les registres de l'accouchement

Les fiches du contretransfert n'ont pratiquement aucune valeur après la passage des évaluateurs du PBF et sont jetées pêle-mêle ça et là. C'est pourquoi nous n'avons pas pu collecter assez d'information sur les traitements réservés aux femmes transférées. Cependant dans les hôpitaux visités, nous n'avons pas vu des cas de décès parmi les femmes venant des CS étudiés. Il faut noter que les contretransfert ont pris de la valeur lorsque le PBF les a mis sur la liste des indicateurs évalués.

L'une des causes de cette mauvaise conservation est le manque de place dans les CS, et la manipulation des papiers est difficile. Il est espéré que l'utilisation de l'ordinateur dont sont actuellement équipées toutes les FOSA, va améliorer considérablement la situation.

4.2 Perceptions des Participants sur les causes des accouchements à domicile

La plupart des Utilisatrices ont cité les raisons suivantes :

- L'impréparation : le travail commence alors que les habits du bébé (petite valise) ne sont pas prêts : ceci peut être dû à la pauvreté (souvent), le refus du mari (naissance de filles). Il y en a aussi qui attendent la dernière minute pour y aller,
- Le travail qui commence à l'improviste et qui évolue trop rapidement, le travail qui commence la nuit,
- Un manque de transport,
- L'ignorance et les vieilles mentalités : mauvaise influence du mari qui refuse, les vieilles belles mères, l'impression que les autres accouchements se passeront bien, après le premier.

Les autres raisons sont les suivantes : peur de montrer sa nudité, la façon d'accoucher.

Comme on le voit, toutes ces causes sont liées au retard marqué pour venir accoucher dans un Centre de Santé. Ce retard est lié à la prise de décision. En effet plusieurs raisons font que la décision est prise plus tard ou pas du tout. Cette situation est la même qu'au Kenya où, selon une étude, le retard de prise de décision a des causes socio-économiques (habits du bébé) et culturels, mais aussi l'attitude du mari, alors que les femmes connaissent très bien les signes du travail et les inconvénients d'accoucher à domicile [1].

Aussi, le second délai, lié au temps mis pour arriver au CS, est un problème encore important malgré des efforts faits en ce sens. Le relief, la distance, le manque de transport (traditionnel), le facteur nuit peuvent encore être des facteurs limitatifs [1]

Enfin, la valise du bébé qui n'est pas prête au début du travail est un signe de mauvais planning pour la naissance du bébé. Cette situation est aussi observée ailleurs, pour les mêmes raisons, mais au Kenya, il a été mentionné que c'est imprudent d'acheter des habits pour un bébé dont on ne sait pas qu'il vivra.

Ce mauvais planning a trouvé une solution au Centre de Santé de Rukomo : les maris ont l'obligation d'accompagner leurs épouses au moins lors de la première consultation prénatale. Ils s'engagent alors à faire une épargne pour les dépenses liées à l'accouchement. Lorsque le travail commence, la femme vient immédiatement au CS à moto. Donc pas besoin du transport traditionnel et le relief s'y prête bien. Lorsque cela ne se passe pas comme prévu, le mari est tenu de s'expliquer, avec des risques d'amendes.

Cependant il est très important de constater que la barrière financière pour payer les soins, mise au premier rang des causes d'accouchement à domicile ailleurs, n'a jamais été citée, sauf en ce qui concerne l'achat des habits du bébé. En effet, avec les Mutuelles de santé, l'utilisation des services de santé a atteint 95% en 2010 [16] et il est espéré que les accouchements assistés augmenteront proportionnellement aux efforts consentis [1].

Une chose importante est que les accoucheuses traditionnelles ne sont pas mentionnées parmi les causes qui freinent l'utilisation des services obstétricaux, comme c'est le cas au Kenya en zones rurales. [1,13]

Pour les causes d'accouchement à domicile, les prestataires ont cité les raisons suivantes : le relief, surtout en saison des pluies, le travail qui commence la nuit, le long voyage, les vieilles mentalités et l'influence des anciennes accoucheuses traditionnelles, le manque d'habits pour le bébé. Certaines sont les mêmes raisons avancées par les utilisatrices.

Ainsi, maintenant que les habitudes évoluent en matière d'accouchement, il semble que les habits du futur bébé jouent un grand rôle comme cause de l'accouchement à domicile.

Ensuite, il y a le problème du travail qui commence à l'improviste, la nuit, les pluies, et le relief. Enfin, il y a encore ces vieilles mentalités qui dissuadent les femmes de venir accoucher dans les FOSA.

Cependant la plupart des participantes ont dénoncé ces vieilles mentalités comme étant démodées, et la peur de montrer sa nudité comme étant non justifiée et fantaisiste. Une autre raison très importante au Yemen, mais qui n'a jamais été mentionnée, c'est la peur d'être examinée par les agents de sexe masculin en maternité [13]. Cette appréhension semble ne pas préoccuper les femmes participant à l'étude.

Et puis, même si les statistiques ne le montrent pas à cause des problèmes de calcul, tous les prestataires, ainsi que les utilisatrices, sauf au CS de Jomba, disent que l'accouchement à domicile diminue rapidement.

4.3 Perceptions des utilisatrices et des prestataires sur les causes de la mortalité maternelle dans les Centres de Santé

Les prestataires et les utilisatrices, ont cité comme principale cause responsable de la mortalité maternelle : la rétention placentaire, qui va avec les hémorragies, et les hémorragies elles-mêmes (provoquées par la rétention du placenta ou par une autre cause souvent méconnue du public). Ces 2 causes sont associées à l'accouchement à domicile, là où il n'y aura pas d'assistance en cas de problème.

Les femmes sont très bien documentées à ce sujet. Et c'est vrai car la rétention placentaire associée à des hémorragies ou les hémorragies dues à une autre cause, sont responsables de 25% de tous les cas de décès maternels dans le monde [7]. Il est admis que jusqu'à 75% des hémorragies qui pourraient être mortelles sont prévenues par le seul fait d'accoucher dans un Centre de Santé [17].

Une autre cause très souvent mentionnée dans la discussion avec les utilisatrices des services obstétricaux est l’empoisonnement dont les femmes sont victimes durant leur grossesse. L’empoisonnement est cité dans tous les Centres de Santé où ont eu lieu les groupes de discussion dirigée. C’est une très importante cause du retard mis par les femmes en travail pour venir au CS. Ou elles ne viennent pas accoucher de peur de recevoir des médicaments, ou elles restent à la maison pour chercher d’abord des guérisseurs traditionnels. Dans ce cas des complications peuvent survenir, ou alors, des médicaments traditionnels peuvent causer la mort en interférant avec le cours normal du travail.

Vrai ou faux, l’empoisonnement fait très peur aux femmes et aux familles en général, et l’incompréhension est totale puisqu’elles disent que le personnel de santé ne croit pas à l’empoisonnement. Ce sujet a même été évoqué comme une importante barrière à l’utilisation des services obstétricaux. Il a même été recommandé de faire une recherche à ce sujet afin de trouver une solution adéquate à ce problème [19].

Une autre cause qui a été évoquée par les utilisatrices, est la négligence du personnel qui a pour conséquence l’absence ou le retard dans la prestation des services. Même si des cas concrets ont été décrits comme preuve, la majorité des participants ont signalé que cela a sensiblement diminué, et que le personnel s’occupe correctement des femmes en travail. Elles disent que si cela existe encore, ce sont des cas particuliers. En effet, cette amélioration pourrait être vraie, dans la mesure où, les indicateurs des services obstétricaux sont en très bonne place dans le PBF.

Enfin, d’autres causes de décès maternel ont été signalées, comme le risque d’une grossesse contracté en âge avancé, ou une pathologie associée à une grossesse, qui peuvent être bien suivis par l’utilisation de la consultation prénatale [18].

Une autre cause évoquée est le manque de sang en cas d’hémorragies survenant chez des femmes ayant accouché dans une formation sanitaire. La situation souvent évoquée est la pénurie de sang, souvent de Rhésus négatif (cas d’un décès survenu à l’Hôpital Remera Rukoma en 2008). Le décès survient alors que le véhicule est allé chercher du sang. Ceci est aussi un manque d’information, car en général on ne peut pas laisser mourir quelqu’un pour un problème de Rhésus.

La pénurie pourrait aussi être causée par un problème d’approvisionnement, notamment dans la zone du Sud-Ouest.

Une autre cause très sérieuse de la mortalité maternelle est l’éloignement des Centres de Santé par rapport à la population. Cet éloignement fait que les accouchements ont lieu à domicile. Ce problème existe et a été particulièrement soulevé par les Titulaires des CS de Jomba (Nyabihu) et Kigese (Kamonyi).

En effet, le Secteur étant la zone de rayonnement du CS, certains secteurs sont longilignes et les FOSA sont situés sur un côté. Alors les femmes qui habitent aux antipodes font un voyage tellement long, qu’elles sont obligées d’accoucher à la maison, surtout si en même temps le travail commence la nuit, si le relief est accidenté et en cas de pluie. Certaines solutions trouvées est le transfert (spontané ou organisé) des utilisateurs dans les autres FOSA plus proches (accouchements en hors zone), mais ceci a un impact très sérieux sur les recettes et la gestion des Mutuelles de santé. Une solution plus viable serait la construction d’une autre FOSA dans certains secteurs particulièrement étendus.

Ainsi, la grande cause de mortalité identifiée par tout le monde, ce sont les hémorragies, surtout survenant lors des accouchements à domicile. Une autre cause retenue par les utilisatrices mais non reconnue par les prestataires est l'empoisonnement dont les femmes enceintes sont victimes.

Les autres causes indirectes sont l'éloignement, l'association de la grossesse avec une autre pathologie, et les pénuries de sang. Ces causes indirectes existent aussi ailleurs [7].

4.4 Perceptions sur les causes qui poussent les femmes à venir accoucher dans un Centre de Santé

Cette question avait été posée pour voir si l'accouchement assisté repose sur les arguments solides et convaincants de la part des utilisatrices.

Tous les répondants ont donné des réponses positives en relation avec les avantages tels qu'un meilleur suivi du travail, la prise en charge du bébé et la prévention ou le traitement des complications liées à l'accouchement.

Toutefois, dans 2 groupes de discussion dirigée, on a évoqué le problème des amendes (5,000 FRW) qui sont encourues par les femmes qui n'accouchent pas dans les Centres de Santé.

Ainsi, même si c'est obligatoire avec des sanctions, il semble que le message incitant à l'accouchement dans les FOSA a bien passé, à part les barrières géographiques et certaines croyances qui ont été signalées.

Un avantage très important est que la barrière financière n'est plus signalée comme un problème à l'utilisation des services de santé au niveau des Soins de Santé Primaires, mais plutôt comme un frein à l'achat des habits pour bébés, ce qui est beaucoup moins grave.

4.5 Perceptions des Participants sur les problèmes limitant la qualité des services dans les Centres de Santé

Ici, il y a une forte divergence, qui en dit long sur les préoccupations qui sont différentes pour les utilisatrices des soins obstétricaux et les prestataires de soins. En effet, les femmes participant à l'étude parlent beaucoup de la négligence du personnel, mais il y a un consensus qu'il n'est pas généralisé, et qu'il est en diminution constante. Cette meilleure prise en charge des femmes venant accoucher est sans doute le résultat du PBF et de l'amélioration des conditions de travail par les équipements et la formation du personnel en SONU. En effet, un accouchement bien fait en milieu de soins est fortement rémunéré par le PBF.

En matière de satisfaction par rapport aux services rendus, les CS, Rukomo et de Rwankuba sont particulièrement bien côtés. On ne peut pas dire si c'est un hasard, mais ces CS appartiennent aux Religieux et les titulaires sont des Sœurs. Il faut noter qu'avant le PBF, la négligence du personnel de santé était dénoncée quotidiennement.

La prescription des instructions non compréhensibles par ceux qui doivent les appliquer : cette plainte est assez ancienne. Non seulement les agents de santé écrivent mal (peuvent soigner tout sauf leur écriture) et en une langue autre que le Kinyarwanda, mais aussi et surtout, ils n'expliquent pas ce que les patients doivent faire. Ainsi des instructions données lors de la CPN ne sont pas suivies par les femmes. D'ailleurs le personnel soignant, à cause de la surcharge, ne prennent pas le temps d'expliquer ni ce qu'ils font, ce qui doit être fait et pourquoi, et ceci en violation de la charte des droits et responsabilités du patient [20,21].

Pour les prestataires, les problèmes limitant la qualité de prestation des services obstétricaux sont classiques et il n'est pas nécessaire d'y revenir.

4.6 Perceptions sur les solutions à apporter pour améliorer la qualité des services dans les Centres de Santé

Les solutions proposées par les prestataires et les utilisatrices sont directement liées aux problèmes identifiés par les 2 groupes de participants. Toutefois, certaines propositions sont plutôt originales :

L'affectation de guérisseurs dans les FOSA montre à quel point les empoisonnements inquiètent les femmes enceintes. Cette inquiétude est la raison pour laquelle beaucoup de femmes déclarent qu'il est nécessaire de consulter un guérisseur avant de venir accoucher et ça peut faire perdre un temps précieux de venir accoucher au CS. Cependant, dans tous les documents consultés concernant la santé maternelle notamment en Afrique, nous n'avons pas trouvé de situations identiques, peut être parce que les autres causes qui empêchent l'accouchement dans les FOSA : barrière géographique, financière, mutilations sexuelles, occupent une place particulièrement importante, même si on ne peut pas l'exclure dans les pays comme la Tanzanie ou l'Ouganda où les empoisonnements sont particulièrement redoutés par la population.

Pour l'affectation de médecins ou la transformation de certains CS en hôpitaux de district, la proposition est justifiée par la charge du travail, notamment à Rukomo où près de 750 accouchements ont eu lieu en 2008. Cette solution est d'ailleurs aussi envisagée par le Ministère de la Santé qui, à cause de l'importante extension du paquet d'activité dans les CS et dans les Hôpitaux de district, envisage d'affecter des médecins dans les CS et des médecins spécialistes dans certains services des hôpitaux de districts.

Le transport des femmes en travail du domicile au CS es aussi préoccupant, en partie parce que les CS sont trop éloignés des femmes, mais aussi à cause du relief, du manque d'argent pour payer les transporteurs, où alors les femmes vivant seules n'osent pas laisser leur domicile par crainte de cambriolage. Cependant, au CS de Rukomo, une solution a été trouvée et peut être appliquée dans plusieurs parties du pays : lors de la première CPN, les maris sont priés d'accompagner leurs femmes. Au CS, ils signent une pétition comme quoi ils s'engagent d'économiser de l'argent pour le transport de leurs épouses, lorsque le travail commencera. Ainsi, les femmes viennent à moto à la première contraction. Il y a assez de motos et le relief s'y prête très bien.

Une autre solution qui est déjà opérationnelle dans le district de Ngororero est en rapport avec les FOSACOM (Formations sanitaires communautaires) créées au niveau des cellules. A cause du relief particulièrement accidenté et du nombre très insuffisant des Centres de santé, la direction de l'Hôpital de District de Muhororo, en collaboration avec la Mairie de Ngororero, ont créé des structures communautaires de santé (futurs postes de santé). Du personnel infirmier y a été affecté et des accouchements peuvent y être faits. Parallèlement, des équipes de transporteurs y ont été constituées dans chaque cellule, et chaque fois qu'il fallait transporter un malade ou une femme en travail, on faisait appel à eux, car au moment de leur création, il n'y avait pas d'ambulances suffisantes. Il faut noter que ces FOSACOM ont été institutionnalisés en postes de santé (health posts) et sont maintenant disséminés partout, mais avec une mission spécifique de planification familiale et des « stratégies avancées/outreach activities ».

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1 CONCLUSION

Cette étude de la qualité des accouchements assistés dans les Centres de Santé, avait pour but de chercher les causes d'une mortalité maternelle rapportée comme étant très élevée dans les Centres de Santé étudiés.

Au terme de notre étude, nous avons constaté les résultats suivants :

1. **Cas de décès maternels** : Lorsque nous avons visité les archives des 4 Centres de Santé, nous avons constaté qu'il n'y avait aucun décès lié à la maternité dans les 4 CS, alors que le rapport du SIS montrait un total de 103 décès maternels. Un seul décès maternel était enregistré, mais la mort n'avait pas été en relation avec la grossesse.
2. **Caractéristiques et circonstances de survenue des décès maternels** : elles n'ont pas pu être déterminées, car les décès rapportés n'ont pas eu lieu. Pour le seul cas de décès maternel documenté, la cause n'a pas été déterminée, mais elle n'était pas liée à la grossesse.

Une autre observation est que dans l'ensemble le transfert des femmes se fait dans les limites du respect des instructions données, car pour la plupart, 14 à 17% des parturientes sont transférées à l'hôpital, ce qui correspond à la proportion des complications attendues.

La principale cause des transferts est le travail prolongé, suivi des anciens cas de césariennes, de la souffrance fœtale (vraie ou fausse).

3. **Eléments de la qualité des soins obstétricaux :**

Les Centres de Santé visités avaient des outils minimum pour la surveillance du travail et des guides pour le transfert des femmes en cas de complication. Cependant plusieurs centres souffrent du manque de locaux (maternité), eau courante, électricité, sauf énergie solaire. Le personnel minimum était présent, mais au regard des titulaires, il reste insuffisant. Les soins post-nataux n'existent presque pas encore. Lorsqu'on compare les Centres de Santé qui étaient supposés avoir enregistré des décès maternels et ceux qui n'en avaient pas selon le SIS, on constate qu'il n'y a pas de différence en ce qui concerne les éléments de la qualité des soins obstétricaux : seul le CS de Kamonyi possède une maternité opérationnelle. D'ailleurs, puisque tous les CS n'ont pas enregistré des décès, cette comparaison n'est plus nécessaire.

4. **Perceptions des clients et des prestataires sur les causes des décès et les barrières à l'utilisation du service obstétrical :**

- a. Les principales causes de mortalité citées par les participantes sont les hémorragies et les causes de ces hémorragies, surtout pour les femmes ayant accouché à domicile, et ceci est confirmé par les prestataires, qui ajoutent l'éclampsie aux causes de décès.
- b. Toutefois, les femmes qui ont participé aux groupes de discussion dirigée ont insisté sur le rôle des empoisonnements dont sont victimes les femmes enceintes et qui jouent un rôle dans la mortalité maternelle, même si les prestataires n'y croient pas beaucoup.
- c. La cause principale de la mortalité maternelle étant les complications survenant lors des accouchements à domicile, les participantes ont donné leur avis sur les raisons qui les empêchent de venir accoucher dans les FOSA : la principale raison invoquée est l'impréparation, qui est liée à l'achat des habits pour bébé. L'autre raison est le travail qui commence à l'improviste, surtout la nuit, ainsi que la mauvaise influence des maris et des personnes âgées, notamment les belles-mères et le long voyage. Pour les prestataires, il s'y ajoute le relief, surtout dans la partie nord du pays.

- d. En ce qui concerne les causes qui poussent les femmes à venir accoucher au Centre de Santé, il est intéressant de constater que les raisons invoquées montrent qu'elles ont bien compris les avantages d'un accouchement assisté dans une FOSA.
- e. En ce qui concerne les problèmes limitant la qualité des accouchements dans les Centres de Santé, les utilisatrices invoquent surtout la négligence de certains membres du personnel (mauvaise qualité de service), le nombre réduit de ce personnel, et la prescription des instructions incompréhensibles. Pour les prestataires, les causes sont beaucoup plus techniques et plus classiques (manque de personnel, manque d'équipement, infrastructures insuffisantes).
- f. Pour les solutions à apporter à la situation, elles sont en rapport avec les problèmes identifiés, mais les utilisatrices proposent des nouveautés liées à leurs inquiétudes : affectation d'un guérisseur dans les Centres de Santé, l'implication des maris, tandis que les prestataires proposent la transformation de certains CS (CS de Rukomo) en hôpitaux et l'affectation d'un Médecin dans les CS restants.

Points positifs et négatifs trouvés dans le cadre de cette étude :

Points positifs	Points négatifs
1. La plus grande partie des participants comprennent et soutiennent les consignes en vigueur pour utiliser les services obstétricaux mis à leur disposition.	1. La collecte des données reste encore problématique, même si actuellement des efforts sont mis en place pour améliorer la situation.
2. En général, les utilisatrices sont satisfaites des services rendus au Centre de Santé, malgré quelques difficultés.	2. Le retard lié à la prise de décision pour aller accoucher au Centre de Santé existe toujours et les causes, justifiées ou non doivent trouver une solution adéquate.
3. L'attitude des personnes âgées en ce qui concerne l'accouchement au CS diminue et dénoncée par les femmes qui ont participé à l'étude.	3. L'influence négative des maris et des personnes âgées existe toujours même si elle diminue rapidement.
4. Parmi les barrières signalées qui limitent l'utilisation des services de santé, la barrière financière liée au paiement des services n'existe plus, à cause des mutuelles de santé.	4. Le problème de l'empoisonnement au cours de la grossesse, réel ou non, est un sérieux frein à l'utilisation des services obstétricaux.
5. La majorité des participants sont d'accord pour dire que la qualité des services s'est beaucoup améliorée, même s'il y a encore beaucoup à faire.	5. L'utilisation des méthodes coercitives pour obliger les femmes à accoucher au Centre de Santé dans certaines zones.
6. Le transfert des malades est sensiblement mieux organisé, ce qui a contribué à la presque disparition des décès maternels dans les Centres de Santé	6. Les habits du bébé peuvent constituer une nouvelle barrière financière à l'accouchement assisté.
7. Le contre-transfert est plus souvent appliqué, notamment à cause du PBF,	7. L'éloignement des CS pour certaines populations constitue un grand frein pour

même si il n'est pas encore fait à 100%

l'utilisation des services de santé. Ceci est particulièrement vrai pour le CS de Jomba, mais aussi au CS de Kigese.

8. Certains CS manquent encore des équipements de base comme les maternités, l'eau courante. L'énergie solaire installée est trop faible et elle n'est souvent utilisée que pour les ordinateurs.
9. La supervision reste encore un problème, et dans certains CS, la situation est paradoxale : l'hôpital qui reçoit les transferts n'est pas celui qui fait les supervisions (CS Jomba)
10. Dans ce même CS, certains malades n'utilisent pas l'ambulance pour leur transfert. Ils utilisent un transport traditionnel car il n'y a pas d'accès vers l'hôpital qui leur est plus proche. Il n'y a donc pas de contre-transfert pour ces malades.
11. Les rapports du contretransfert ne sont pas systématiques et surtout ne sont pas bien classés, de même que tous les rapports en général.
12. Le manque de personnel a été dénoncé dans toutes les FOSA visitées, malgré les efforts faits en ce sens par le Gouvernement (surtout les Infirmiers A2)
13. Les services de réanimation dans les Hôpitaux n'existent pas ou ne sont pas équipés

5.2 RECOMMANDATIONS

A. Pour les points positifs relevés :

Au Ministère de la Santé et Autorités locales :

1. Continuer les efforts mis en place pour promouvoir l'accouchement assisté dans les FOSA.
2. Promouvoir la qualité des soins dans toutes ses composantes et en tenant compte des ressources disponibles.
3. Réviser la stratégie de communication pour inclure les préoccupations des utilisatrices des services obstétricaux.
4. Continuer les efforts entrepris pour renforcer les Mutuelles de santé afin qu'elles puissent couvrir la plupart des paquets de service.
5. Continuer les efforts faits pour améliorer le transport d'urgence (SAMU et ambulances).
6. Faire appliquer le « Patient's roaming » pour que les patients habitant très loin de leurs CS puissent se faire soigner sans beaucoup de problèmes au niveau des Mutuelles de santé.

B. Pour les points négatifs

Au Ministère de la Santé et aux Autorités locales :

1. Continuer et renforcer le Système d'Information Sanitaire à tous les niveaux :
 - Affecter, former et rendre opérationnels les agents du SIS au CS, HD
 - Former les agents du SIS à l'utilisation du nouveau GESIS
 - Bien clarifier le flux de l'information, de la communauté au niveau central
 - Terminer l'informatisation et installer la transmission électronique des rapports du SIS
 - Renforcer l'équipe chargée du SIS au niveau central : agents de saisie, responsable de l'audit de la qualité, un statisticien pour l'analyse des données,
 - Organiser la dissémination de l'information
 - Harmoniser les outils de collectes des données et les systèmes de gestion de l'information sanitaire installés dans les programmes du MINISANTE
 - Rendre opérationnel l'Etat Civil
 - Etendre l'audit des décès maternels au niveau de la Communauté
 - Organiser une meilleure conservation des documents, du CS jusqu'au niveau central : l'archivage est un problème particulièrement inquiétant dans les FOSA
2. Continuer la sensibilisation de la population sur les avantages de l'accouchement assisté dans les FOSA, et faire participer les maris en ce qui concerne les soins prénataux. A ce sujet, une étude sur les problèmes résiduels pouvant limiter l'accouchement assisté peut être nécessaire pour avoir un meilleur plan de communication.
3. L'utilisation actuelle des méthodes coercitives devrait être accompagnée d'une campagne soutenue sur les avantages de l'accouchement dans les FOSA pour que les personnes concernées puissent s'approprier ce principe.

4. Des mesures devraient être prises pour que les habits du bébé ne constituent pas une nouvelle barrière financière à l'utilisation des services obstétricaux. Une assistance doit être organisée pour fournir ces habits aux femmes démunies.
5. Etablir un dialogue continu pour trouver une solution aux nouvelles barrières à l'utilisation des services (notamment : problème de l'empoisonnement, achat des habits pour bébés).
6. De nouveaux Centres de Santé doivent être construits dans les secteurs qui en manquent ou qui ont besoin de CS supplémentaires pour résoudre le problème du long voyage fait par la population.
7. Construire des maternités et donner des équipements aux CS qui en ont besoin.
8. Continuer à mettre les indicateurs de la Santé Maternelle dans les Contrats de performance.
9. Etablir des mécanismes facilitant le transport des femmes en travail, de leur domicile au Centre de Santé.
10. Etablir un réseau de communication entre le CS et les utilisateurs de services pour améliorer la qualité des services.
11. Mettre en place des services de réanimation fonctionnels dans les Hôpitaux de District, et un système adéquat d'approvisionnement en sang pour transfusion.

Enfin, nous ne prétendons pas avoir épuisé le sujet, car la gestion des données revêt une importance capitale dans le Système National de Santé, où la planification et la prise de décision doivent se baser sur l'évidence, tandis que la santé maternelle reste la priorité des priorités au Rwanda. Des études complémentaires sont donc nécessaires pour mieux appréhender le problème de la gestion des données et les problèmes résiduels qui peuvent nuire à l'accouchement assisté dans les FOSA du Rwanda.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 World Bank. Maternal Health Project: Averting Preventable Maternal Mortality: Delays and Barriers to the Utilization of Emergency Obstetric Care in Nairobi's Informal Settlements, 2006 .
- 2 INSR, E. A. (2006): DHS Rwanda 2005.
- 3 Ministry of Health (2008): Annual report 2008, p 198.
- 4 World Health Organization (1994): Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries.
- 5 Li XF EA. The postpartum period: the key to maternal mortality . Int J Gynecol Obstet. 1996 ;1:1-10.
- 6 Winter-CPAR. Make Motherhood Safer. 2008 .
- 7 WHO EA. Maternal Mortality in 2005: Estimates. . 2007.
- 8 UNHCR. Raise Fact Sheet: Emergency Obstetric Care. . 1999.
- 9 MINISANTE. SIS . 2008.
- 10 Beverly Hangcock. An Introduction to Qualitative Research. 2002 .
- 11 Michael Quinn Patton. Qualitative Evaluation and Research Methods . 1990:169-86.
- 12 Ulin PR EA. Qualitative methods in Public Health, a field guide for Applied research. 2004.
- 13 MINISANTE. Towards Universal Access to Integrated HIV/AIDS Services in Rwanda, Global Fund Round 7. 2007.
- 14 UNICEF EA. Species Topics in Global Public Health: Maternal Health in Yemen. Jones & Barteltt Learning. 2010 :2.
- 15 Ministry of Health. Health Sector Performance Report. 2009-2010 .
- 16 Ministry of Health. CTAMS/Mutuelles de santé, rapport annuel . 2009-2010 .
- 17 BMJ. Summary of intervention effectiveness on neonatal and maternal outcomes). British Medical Journal . 2005 .
- 18 Ministère de la Santé: Normes et Standards: Livre 3, Santé de la Reproduction, Santé Maternelle. 2009
- 19 Ministry of Health: Joint Health Sector Review.October 2010
- 20 Ministry of Health: The Patient's Charter of Rights and Responsibilities: 2009.
- 21 Ministry of Health: Rwanda Strategic Plan for Quality, draft: 2010

ANNEXES

ANNEXE II

Données quantitatives (cas individuels de décès maternels)

Centre de Santé de

N°	Age	Résid.	Niveau d'éduc.	Profess.	Assurée	Statut matri.	Parité	Distance domic/FOSA	Cause décès	Temps de séjour au CS	Heure de la mort (nuit, jour)	Transféré à l'HD

Les autres données recherchées ont :

- Utilisation des services ANC, Planification familiale, etc

ANNEXE IV

GUIDE DE QUESTIONNAIRE POUR L'INTERVIEW PERSONNEL APPROFONDIE

Sujets de questions	INTERVIEW GUIDE
EXPERIENCE SUR LES PROBLEMES DE PRESTATION DES SERVICE	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Femme : Quand vous alliez accoucher pour la première fois, comment vous sentiez-vous ? Comment cela s'est passé. ✚ Homme : Comment vous sentiez vous quand votre femme allait accoucher ? ✚ Où a-t-elle accouché ? Pourquoi ? ✚ Où ont lieu les autres grossesses ? Pourquoi ? ✚ Y'a-t-il eu des problèmes lors de ces accouchements ? d'après vous ceci a été causé par quoi ? ✚ Avez-vous fait des CPN ? D'après vous ils servent à quoi ? ✚ Quand vous avez accouché à la maison cela s'est passé comment ? ✚ Y a-t-il eu des accidents mortels liés à l'accouchement dans votre entourage ? ✚ Quelles sont les conséquences pour le ménage sinistré
CONNAISSANCES SUR LES PROBLEMES OBSTETRIQUES (GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT) ES	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Pour avoir un accouchement sécurisé, qu'est-ce qu'il faut faire ? Pourquoi ? ✚ D'après vous quel est le meilleur endroit pour accoucher. ✚ Quels sont les risques les plus graves si on accouche en dehors de toute assistance (bébé et sa maman) ✚ D'après vous, les anciennes accoucheuses traditionnelles ont-ils encore un rôle à jouer ? ✚ Qu'est-ce la maman doit faire pour assurer sa bonne santé et celle du bébé après l'accouchement (soins postnataux)
OPINIONS ET VALEURS SOCIALES SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT Y COMPRIS LES BARRIERES	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Quelles sont les raisons qui poussent les femmes à accoucher à la maison ? (problèmes financiers, transport, anciens accouchements eutociques, etc ✚ Y a-t-il des problèmes au CS qui empêchent les femmes à ne pas y aller pour accoucher ? ✚ Pourquoi est-ce que les multipares ont tendance à accoucher à la maison ?

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ D'après vous qui serait meilleur pour améliorer la sécurité des accouchements ? ✚ Est-ce que les maris et les hommes en général ont un rôle à jouer ?
<p>SENTIMENTS (FEELINGS) SUR LA PRESTATION DES SERVICES OBSTETRICAUX</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Comment vous sentez vous lorsqu'il y a mort maternelle ✚ Quelles sont les réactions de la communauté ✚ Comment se comporte la communauté lorsqu'une femme commence le travail ? ✚ Quelle est l'attitude générale des femmes âgées en ce qui concerne l'accouchement en général ? ✚ D'après vous qu'est-ce qui cause cette attitude ? ✚ Qu'est-ce qui devrait se faire pour améliorer la sécurité des accouchements
<p>QUESTIONS GENERALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ En général, comment est-ce que le système de santé devrait être organisé pour répondre à vos besoins ✚ Qu'est-ce qui manque pour que l'utilisation des services augmente comme ailleurs ✚ qu'est ce qui devrait être fait au niveau communautaire (umudugudu)

ANNEXE V

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT GENERAL :

ICYEMEZO CYO KWIYEMEZA KUGIRA URUHARI MU BUSHAKASHATSI:

Umushakashatsi: Jean NKURUNZIZA

Urwego akoreramo ubushakashatsi: Kurangiza amashuri

Inyito y’Ubushakashatsi: “ Gusuzuma uko kubyarira kwa Muganga byifashe mu mavuriro amwe n’amwe yo mu Rwanda »

Iriburiro

Nitwa : Jean NKURUNZIZA, nkaba ndi umunyeshuri mw’**Ishuri ry’Ubuzima Rusange rya Kaminuza y’u Rwanda**

Mu rwego rwo kurangiza amashuri niga mu bijyanye n’ubuzima rusange, ngomba gukora ubushakashatsi, noneho ibyo mbonye muri ubwo bushakashatsi nkabushyira mu gitabo.

Niyo mpamvu ngusaba uburenganzira bwo kuganira nawe ku birebana n’uburyo ababyeyi babyarira kwa Muganga : uko byifashe, ibibazo bibonekamo, n’uuryo ivuriro ryanyu n’abakozi baryo babyifatamo

Nagusabaga kubinyemerera ariko ushobora no kubyangira ubonye hari icyo bikubangamiyeho

Mu gihe turaba tunganira, hagize icyo wumva udasobanukiwe ntuzuyaze kumpagarika ngo ubanze unyake ibisobanuro kubyo utumva neza kandi niteguye gutanga ibisobanuro byose bishoboka. N’iyo igitekerezo cyakuzamo twarangije wakibaza, ku gihe icyo aricyo cyose.

Ikigamijwe muri ubu bushakashatsi bwanjye:

Twese tuzi ko kubyarira kwa Muganga bigabanyaga cyane impfu z’ababyeyi, kandi muri iki gihe kubyarira kwa Muganga biriyongera ku buryo bugaragara. Muri 2008, nta mpfu z’ababyeyi zabonetse mu bigo nderabuzima byinshi, ariko hari bimwe muri byo byabonetsemo impfu nyinshi ku buryo umuntu adahita yumva impamvu. Ikigo cyanyu rero nacyo cyabonetsemo izo mpfu nyinshi.

Kubera icyo mpamvu, ndashaka gukora ubushakashatsi kugirango ndebe niba hari impamvu zihariye zituma muri ibyo bigo haboneka amakuba menshi gutyo. Kubw’ibyo, iri vuriro naruhisemo kuko ari ryo ryabonetsemo impfu nyinshi muri 2008.

Kwiyemeza nta gahato kugira uruhari mu bushakashatsi

Kwemera ku bwawe kugira uruhari muri ubu bushakashatsi ni ku bushake. Ufite uburenganzira bwo kwemera cyangwa kwanga.

Icyemezo icyo aricyo cyose ufata nta ngaruka n’imwe kizakugiraho. Mu gihe wemeye, ushobora kandi no kuva mu bushakashatsi bwanjye igihe cyose wabona bikubangamiye

Uko bigenda

Ndagusomera mu ijwi niranguruye ibibazo, maze muri byo usubize ibitagize icyo bigutwara. Ikindi nagirango nkwiseze ni uko ibibazo byose uza gusubiza, ntawundi uzabimenya kuko ari ibanga.

Abarimu bo mw' Ishuli ry'Ubuzima Rusange nanjye nibo bonyine bazamenya inomeru iranga ikigo cyanyu n'ibyo mwavuze, kandi impapuro zose tuzazibika ahiherereye.

Usibye ibibazo tubabaza, ndagusaba n'uburenganzira bwo kubakorera ibi bikurikira:

- 1) Kureba mu maraporo yanyu yo mu kazi, cyane cyane raporo zikorwa mu gihe cya CPN no muri Maternité
- 2) Kureba raporo zerekana uko byagenze igihe ababyeyi bitabye imana babyara.
- 3) Kureba impapuro za transfert

Igihe bigufata

Gukora ibyo byose birafata igihe nkicy'amasaha abiri (1 H).

Ingaruka zishoboka

Ntazo

Inyungu zo kugira uruhari muri ubu bushakashatsi

Ubu bushakashatsi nta nyugu zako kanya mwe mubikuramo. ni ukumfasha kurangiza amashuri.

Gusa uruhari rwawe mu gusubiza ibi bibazo ku mikorere y'urwego rw'ubuzima bizafasha ababishinzwe kurushaho kunoza imikorere y'amavuriro kuburyo bunogeye abayagana.

Agahimbazamushi

Nta gihembo nashobora kubabonera. ngirango mumfashe kurangiza neza inshingano zanjye

Ibanga

Ibizaboneka muri ubu bushakashatsi bizandikwa ku buryo hatazajya hamenyekana uwabivuze. n'ibigo by'ubuvuzi bizandikwa ku buryo bitazamenyekana kuri buri wese. Informations zijyanye n'ababyeyi bitabye Imana by'umwihariko, nta buryo bwo kuzamenya nyirazo.

. Abakozi bo mu Ishuli ry'Ubuzima Rusange nibo bonyine nomero ziranga ibigo by'ubuvuzi n'abantu bamfashije kubona amakuru ajyanye nabwo.

Uburenganzira bwo kwanga kugira uruhari muri ubu bushakashatsi

Nkuko byavuzwe haruguru, ufite uburenganzira busesuye bwo kuva muri ubu bushakashatsi kandi nta nkurikizi byakugiraho.

Abo ushobora gusaba ibisobanuro

Uramutse ugize ikibazo cyaba icyamatsiko cyangwa icyubundi bwoko tumaze gutandukana, wasaba ibisobanuro aba bakurikira:

-Umuhuzabikorwa w'ubushakashatsi, Jean NKURUNZIZA kuri telefone igendanwa nomero **0788562803**

- Umuyobozi w'Ishuri Rikuru ry'Ubuzima Rusange kuri telefone igendanwa nomero:

ANNEXE VI**ICYEMEZO CYO KWIYEMEZA KUGIRA URUHARI MU
BUSHAKASHATSI**

Umukomo cyangwa igikumwe cyawe biravuga ko wiyemeje kugira uruhari nta gahato muri ubu bushakashatsi.	
Amazina y'ubazwa:	Italiki: Umunsi / Ukwezi / Umwaka
Umukono/Igikumwe:	
Umuhamya/umugabo wa mbere: Amazina y'umuhamya: _____	Italiki: Umunsi / Ukwezi / Umwaka
Umukono/Igikumwe:	
Umuhamya/umugabo wa kabiri: Amazina y'umuhamya: _____	Italiki: Umunsi / Ukwezi / Umwaka
Umukono/Igikumwe: _____	

ANNEXE VII**FOCUS GROUP DISCUSSION**

LA PROBLEMATIQUE DES ACCOUCHEMENTS ASSISTES DANS LES CS

Fiche n° :

CS :

Date :

Début :

Fin :

ANNEXE IX :**FORMULAIRE DE PRISE DE NOTES SUR LE TERRAIN**

Fiche n°

Modérateur :

FOSA :

Qui prend notes :

Date :

Catégorie du Focus Group :

Heure de début :

Heure fin de la discussion :

SEATING ARRANGEMENT DES PARTICIPANTS

ANNEXE X :**FORMULAIRE DE PRISE DE NOTES DANS LES FOCUS DISCUSSION GROUPS**

Fiche n°	Date :	Transcripteur
QUESTIONS	REPOSES	OBSERVATIONS
Question 1		
Question 2		
Question 3		

ANNEXE XI :**FORMULAIRE DE DEBRIEFING DANS LES FOCUS GROUP DISCUSSION**

Formulaire n°

FOSA :

Date :

Modérateur :

Transcripteur

1. Principaux thèmes émergeant dans la discussion

2. Y a-t-il eu une information qui contredit celles qu'on a eu dans les discussions précédentes

3. Y a-t-il quelque chose qui n'est pas clair parmi ce qui a été dit ?

4. Y a-t-il quelque chose observé mais qui n'est pas évident ou qui prête à confusion à partir de la discussion

5. Quels sont les problèmes rencontrés (logistique, comportement, questions non claires)

6. Quelle information particulière à suivre de près ?

7. Y a-t-il d'autres suggestions à faire ?

