MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION ET DE LA SURVIE DE L'ENFANT

PROJET DE REVISION DES INDICATEURS DES SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE

Étude de cas du Sénégal

RAPPORT

2023

Résumé exécutif

Contexte et justification

Les Soins Obstétricaux d'Urgence ont été identifiés comme essentiels pour réduire la mortalité maternelle aux côtés de l'accouchement assisté par un personnel qualifié et la planification familiale. En 1997, le Programme AMDD de l'Université de Columbia, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, a développé des directives pour la surveillance des services obstétricaux et contribuer à la réduction de la Mortalité Maternelle.

Ce document de référence de 1997 présentait des indicateurs interreliés pour mesurer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces indicateurs ont été mis à jour en 2009 pour prendre en compte le nouveau-né. Dix ans plus tard, une initiative visant à évaluer, repenser et réviser le cadre, a été mise en œuvre par le Programme AMDD et ses partenaires.

Dans cette initiative, trois pays sont sélectionnés pour des études de cas approfondies sur la mise en œuvre des évaluations passées des Soins Obstétricaux d'Urgence. L'objectif est de créer un cadre révisé et adapté aux besoins des pays, en plaçant les utilisateurs visés (décideurs politiques, responsables de la mise en œuvre, bénéficiaires des services) au cœur du processus.

Le Sénégal a été choisi pour une étude de cas dans le cadre de la révision des indicateurs, ayant déjà effectué plusieurs enquêtes sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence depuis 2000, et ayant mis en place en 2018 un réseau de maternités pour offrir ces soins 24/24 et 7j/7 qui est régulièrement monitoré .

Objectif général

L'objectif général de l'étude de cas pays est de **tirer les leçons** de l'utilisation du cadre et des indicateurs (ainsi que des directives) de SONU pour planifier, mettre en œuvre et surveiller des services de SONU de qualité, qui permettent de prévenir, d'identifier et de prendre en charge efficacement les complications maternelles et néonatales.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de la recherche consistent à :

- identifier les éléments nécessaires pour le bon fonctionnement du système de santé au profit des femmes enceintes et des nouveau-nés dans leur milieu ;
- analyser le mode d'organisation des services de prestation de SONU à la lumière des avis des managers, des responsables de la mise en œuvre, des prestataires et des bénéficiaires sur la situation idéale comparée à la situation réelle, ainsi que les compromis jugés acceptables pour une offre de SONU de qualité;

- identifier les voies et moyens d'améliorer les indicateurs et le cadre de mesure des SONU sur la base de l'expérience générale des planificateurs et des responsables de la mise en œuvre en ce qui concerne l'utilisation du cadre et les indicateurs de SONU.

Méthodologie de l'étude pays

Il s'agit d'une recherche évaluative axée sur la mise en œuvre des enquêtes SONU (Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence) au Sénégal. La recherche se déroule en quatre phases essentielles :

1. Revue avec analyse comparative des résultats des enquêtes SONU : Cette phase consiste en une analyse comparative des résultats de trois évaluations des enquêtes SONU réalisées entre 2000 et 2016 au Sénégal.
2. Analyse de l'utilisation, de la pertinence et de la qualité des indicateurs SONU : Dans cette phase, les acteurs et les bénéficiaires des enquêtes SONU sont interrogés pour évaluer leur perception de l'utilisation, de la pertinence et de la qualité des indicateurs SONU.
3. Conception/reformulation d'indicateurs : Cette étape vise à concevoir de nouveaux indicateurs ou à reformuler les indicateurs existants pour améliorer la qualité des enquêtes SONU.
4. Test des nouveaux indicateurs à divers niveaux de la pyramide sanitaire : Les nouveaux indicateurs sont testés dans différents niveaux de la pyramide sanitaire pour évaluer leur utilité dans la prise de décision clinique et/ou administrative.

PARTIE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION DES SONU AU SENEGAL

Méthodologie

L'approche utilisée tout au long du processus est l'approche de Conception Centrée sur l'Humain (Human Centered Design/HCD), qui vise à obtenir des informations en favorisant l'expression libre et l'écoute empathique des participants. Des outils tels que les collages d'images ont été utilisés pour stimuler la créativité et développer de nouvelles idées.

Les informateurs clés ont été ciblés à différents niveaux de la pyramide sanitaire, et les enquêtes au niveau communautaire ont été menées dans différentes zones ethnoculturelles du pays, représentant toutes les zones du pays. Les données ont été collectées auprès de personnes clés impliquées dans la mise en œuvre des enquêtes SONU, des gestionnaires de programme de santé maternelle et périnatale, des médecins, des sages-femmes et des usagers des services de maternité. Ces données ont été collectées à travers des interviews et des focus-group utilisant l'approche HCD.

La collecte des données au niveau communautaire a été réalisée à travers des focus-group avec des femmes ayant récemment accouché et avec leurs maris, dans différentes régions du pays, en milieu urbain et rural.

Des ateliers de formation ont été organisés pour l'équipe de recherche sur l'approche de Conception Centrée sur l'Humain (HCD) adaptée aux enquêtes SONU et les différentes techniques de collecte.

Les données collectées ont été synthétisées et analysées en utilisant l'analyse de contenu thématique. Des arbres à problèmes ont été élaborés pour expliquer les défaillances du système dans l'offre de SONU de qualité et leur impact sur la mortalité maternelle et néonatale.

Des précautions éthiques ont été prises tout au long du processus, notamment l'obtention du consentement des participants, après les avoir informés sur le caractère volontaire de leur participation, de l'anonymat, la confidentialité des informations fournies et la restitution des résultats aux participants.

Une des principales difficultés rencontrées a été la mobilisation des acteurs de la santé ainsi que certains utilisateurs des services pour participer aux groupes de discussions. De plus, le temps parfois limité lors des groupes de discussions a pu empêcher une approche approfondie de certains sujets.

Résultats

Suivi de l'évolution des SONU à travers les enquêtes d'évaluation au Sénégal

Il est intéressant de noter l'évolution des Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU) au fil des années, basée sur des évaluations régulières pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes présentant des complications et réduire la mortalité maternelle et néonatale. Voici les principales étapes de cette évolution :

1. Première évaluation en 2000 : L'approche stratégique des SONU était axée sur la surveillance des processus et des interventions pour offrir des Soins d'Urgence aux femmes présentant des complications obstétricales. Cette évaluation a permis d'élaborer un programme de lutte contre la mortalité maternelle basé sur des indicateurs de processus. Les résultats ont donné des orientations pour la planification de l'offre de SONU à différents niveaux de la pyramide sanitaire, en fonction des ressources disponibles.
2. Deuxième évaluation en 2012 : Cette évaluation a élargi sa portée en incluant une analyse des besoins en Soins Obstétricaux Néonatals d'Urgences dans tout le pays. Plus de structures ont été enquêtées, et davantage d'indicateurs ont été pris en compte pour une meilleure compréhension des besoins en matière de soins obstétricaux et néonatals.

3. Renforcement de la prise en compte du nouveau-né en 2011 : Entre les deux évaluations, en 2011, des ajustements ont été apportés pour mieux prendre en compte les besoins des nouveau-nés. Deux fonctions SONUB ont été ajoutées : l'administration parentérale d'antibiotiques et d'anticonvulsivants au nouveau-né, ainsi qu'une fonction SONUC pour la réanimation complète du nouveau-né.
4. Dernière évaluation en 2016 : Cette évaluation s'est concentrée sur les indicateurs clés et a servi à la mise en place de la stratégie du réseau de maternités de référence en SONU. Cela implique une approche plus ciblée et une meilleure coordination des maternités pour garantir des Soins Obstétricaux d'Urgence de qualité à travers le pays.

L'évolution de l'approche des SONU au fil des évaluations montre une volonté d'amélioration continue des services de santé maternelle et néonatale, en tenant compte des besoins changeants et en mettant en place des mesures pour combler les lacunes identifiées. Ces évaluations régulières et les ajustements qui en découlent sont essentiels pour assurer des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, ainsi que pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Résultat des interviews et groupes de discussions

Les éléments présentés et analysés à partir des interviews et des groupes de discussion mettent en évidence un défi majeur concernant les Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU) : celui des ressources humaines. Les participants ont exprimé leurs préoccupations concernant le manque de personnel qualifié dans les zones décentralisées, ainsi que l'inadéquation entre le profil des prestataires et les compétences requises.

Synthèse 1 : Bas moral du personnel des SONU

Le moral du personnel de santé est bas car ils n'ont pas toujours la possibilité d'offrir les soins adaptés aux besoins de la population.

Le manque de personnel qualifié, en particulier dans les zones décentralisées, a été unanimement décrié par tous les acteurs interrogés. Cela entraîne une surcharge de travail pour le personnel en place, qui doit gérer un large éventail de tâches, y compris les soins aux mères et aux nouveau-nés, les tâches administratives et la surveillance des autres services de la maternité. Cette situation est aggravée par une mauvaise répartition des tâches, en particulier dans les hôpitaux.

En plus du manque de personnel qualifié, le manque de spécialistes dans les structures périphériques (gynécologues, pédiatres, anesthésistes) pose également problème. Cela signifie que les gardes ne sont pas toujours assurées, ce qui entraîne des retards fréquents et de l'absentéisme, ainsi qu'un risque de "burn out" et d'abandon de postes chez les prestataires de soins. Cette situation a un impact sur la qualité des services de SONU, avec des attitudes peu convenantes envers les patientes et une démotivation du personnel.

Ces défis ont des conséquences directes sur l'offre de Soins Obstétricaux d'Urgence, qui ne peut être assurée 24h/24, et cela a un impact négatif sur la mortalité maternelle et néonatale. Les prestataires de soins ne peuvent pas toujours offrir les soins adéquats aux utilisatrices des SONU en raison du manque de personnel et de la surcharge de travail.

La situation a également des répercussions émotionnelles sur le personnel de santé, qui éprouve de la détresse face aux décès maternels et néonatals dans des conditions difficiles. Le manque de soutien psychologique aggrave leur démotivation et influe sur la qualité des services offerts, en particulier dans les zones décentralisées.

> *"Il m'arrive de perdre une malade dans des conditions difficiles et cela fait mal."* (Gynécologue EPS urbain)
>
> *"Docteur, je sais que j'ai les compétences pour faire le travail qui est attendu de moi, mais j'ai besoin d'un soutien psychologique"* Prestataire SONUC à son superviseur
>
> "*les Sages-femmes sont déprimées mais elles soutiennent les femmes moralement et font le maximum pour sauver la vie de la mère et celle de l'enfant*" (Femme utilisatrice d'un hôpital).

Du point de vue des utilisatrices des SONU et des maris, l'insuffisance du personnel qualifié est également une préoccupation majeure dans toutes les zones, qu'elles soient urbaines ou rurales. Les longues files d'attente pour recevoir des soins sont souvent causées par le manque de personnel, mais également par des problèmes d'organisation et de comportement des prestataires de soins.

En résumé, le défi le plus important des Soins Obstétricaux d'Urgence, priorisé par l'ensemble des acteurs, concerne les ressources humaines. Le manque de personnel qualifié, en particulier dans les zones décentralisées, entraîne une surcharge de travail, une offre de SONU non assurée 24h/24 et une faible qualité des services, impactant ainsi la mortalité maternelle et néonatale. Des actions visant à renforcer les effectifs qualifiés et à améliorer les conditions de travail et de bien-être du personnel de santé sont nécessaires pour surmonter ces défis et améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

En plus de cette insuffisance du personnel, un autre problème lié aux faiblesses des compétences a été soulevé, avec pour origine la faible qualité de la formation de base. Ainsi, certaines fonctions spécifiques des SONU, telles que l'accouchement assisté par ventouse, posent des problèmes en raison de l'insuffisance ou de l'inadéquation des compétences du personnel. Certains matériels, comme les pousse-seringues, ne sont pas utilisés correctement en raison du manque de compétences appropriées. La maintenance du matériel est souvent confiée à un personnel peu qualifié, ce qui entraîne sa détérioration prématurée. Cela affecte la continuité et la qualité des services, contribuant ainsi à la mortalité maternelle et néonatale.

Pour améliorer la qualité des Soins Obstétricaux d'Urgence, il est essentiel de s'attaquer à ces problèmes d'insuffisance de compétences chez les prestataires de soins. Cela peut passer par une régulation et une supervision plus strictes des écoles de formation, ainsi que par des programmes de formation continue conformes aux normes, et de mise à niveau pour le

personnel en exercice. Il est également crucial de garantir une utilisation adéquate et une maintenance appropriée des équipements médicaux pour assurer la sécurité des patientes et des nouveau-nés. Enfin, il est important de promouvoir une culture de qualité et de sécurité des soins au sein des établissements de santé pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale.

Synthèse 2 : Les nouveau-nés ne sont pas assez pris en compte parce que le système de santé met plus le focus sur les mères

Les prestataires déplorent le manque de ressources et de compétences pour sauver les nouveau-nés du fait que l'organisation des services (en particulier les ressources humaines) est plus orientée vers les mères.

Concernant toujours les compétences, il a été noté la faiblesse de la prise en charge du nouveau-né faute de personnel dédié dans les salles d'accouchement (en particulier dans les SONUB, même s'il y a une disponibilité d'infirmières néonatalogistes dans quelques hôpitaux), ou faute d'une bonne répartition des tâches.

Le constat de la faible prise en compte du nouveau-né par le personnel dans les SONU a été fait malgré des initiatives (coin nouveau-né, fonctions pour le nouveau-né ajoutés au Sénégal, introduction des Soins Maternels Kangourou…). Le bât blesse en salle d'accouchement, où *"Après l'accouchement, le nouveau-né est un peu oublié en salle d'accouchement. On dirait que les SONU s'arrêtent juste à l'accouchement." (*Pédiatre EPS). Ceci serait dû selon les acteurs *à une insuffisance de :*

- (i) prestataire dédié au nouveau-né ; *"Les Sages-femmes ne peuvent pas s'occuper à la fois de la mère et du nouveau-né." (*Pédiatre EPS)
- (ii) compétences suffisantes dans la prise en charge du nouveau-né "*les prestataires : sages-femmes, médecins, ont peur du nouveau-né*" (Pédiatre EPS) ;
- (iii) de ressources humaines qualifiées (pédiatres) dans les structures périphériques y compris dans certains hôpitaux régionaux pour la prise en charge des complications néonatales.

Cependant dans certains hôpitaux il existe des initiatives consistant à mettre en place des équipes de prestataires formées et dédiés au nouveau-né dans la salle d'accouchement au niveau du coin nouveau-né, voire des unités de néonatologie au sein des maternités.

Synthèse 3 : De nombreuses insuffisances dans la planification et la gestion des équipements

Les managers déplorent le fait que les équipements soient défectueux essentiellement faute d'entretien systématique et de renouvellement à temps qui dépend d'un plan d'amortissement inexistant dans leurs structures.

La disponibilité du matériel, des équipements et des médicaments est un élément essentiel pour assurer des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) de qualité. Cependant, les témoignages mettent en évidence plusieurs problèmes liés à la gestion de ces intrants :

1. Non disponibilité des médicaments : Le manque de disponibilité des médicaments est un facteur de stress supplémentaire pour les prestataires. Il peut entraîner des retards dans la prise en charge des patientes et compromettre la qualité des soins. Une meilleure planification et gestion des intrants médicaux sont nécessaires pour garantir leur disponibilité en temps voulu.
2. Insuffisance de planification et de gestion des intrants : Les problèmes de disponibilité des médicaments et des équipements sont liés à des lacunes dans la planification et la gestion de ces intrants. Il est essentiel d'établir des plans d'amortissement pour les équipements, afin de pouvoir planifier leur renouvellement avant qu'ils ne se détériorent ou deviennent obsolètes. L'absence de ligne budgétaire dédiée à la maintenance du matériel dans les structures entraîne une faible maintenance et un manque de renouvellement à temps.
3. Absence de plan d'amortissement : L'absence de plan d'amortissement pour les équipements entraîne deux conséquences négatives dans les structures SONU. D'une part, la maintenance du matériel peut être négligée en raison du manque de financement dédié. D'autre part, le matériel et les équipements peuvent ne pas être renouvelés à temps, ce qui affecte leur fonctionnalité et leur disponibilité. Cela a un impact direct sur la disponibilité des services de SONU, ce qui peut compromettre la qualité des soins fournis.
4. Problèmes de disponibilité d'équipements fonctionnels : La faiblesse de la maintenance et l'absence de plan d'amortissement entraînent des problèmes de disponibilité d'équipements fonctionnels. Ces équipements peuvent se détériorer prématurément ou devenir obsolètes, ce qui nuit à la qualité des services de SONU.
5. Problèmes spécifiques concernant le nouveau-né : La prise en charge du nouveau-né est particulièrement touchée par l'insuffisance de matériel et d'équipement. Les coins nouveau-nés sont souvent non fonctionnels, et des problèmes tels que la non-disponibilité du matériel de réanimation, des tables de réanimation non conformes aux normes, et l'absence de rattachement du coin du nouveau-né à la pédiatrie sont fréquemment rencontrés, en particulier dans les structures périphériques.
6. Impact sur la prise en charge du nouveau-né : L'absence de matériel de réanimation, d'oxygène et de médicaments d'urgence pour le nouveau-né peut avoir des conséquences graves sur la prise en charge des nouveau-nés en détresse. Cela peut entraîner des retards dans l'accès aux soins appropriés et des évacuations vers des centres de santé mieux équipés, mais souvent éloignés, ce qui augmente le risque de complications et de décès néonatals.

« … j'ai perdu un de mes enfants à cause de ça. Il est né avec un problème respiratoire donc on devait lui insérer un tube pour qu'il respire mieux. On m'a dit d'aller à Tambacounda mais, il est décédé en cours de route. Ils m'ont dit que je suis venu un peu tard. Tu vois si nous avions cet équipement ici. Cependant, ils ont fait leur possible pour m'aider ». (Bénéficiaire Centre de santé)

« J'ai un amour ardent pour une salle d'hospitalisation bien équipée pour une bonne prise en charge des patientes" (Gynécologue EPS).

Pour améliorer la disponibilité du matériel, des équipements et des médicaments, il est essentiel de mettre en place une planification et une gestion rigoureuses de ces intrants. Cela nécessite une allocation budgétaire adéquate avec un respect des clés de répartitions du budget des structures de santé, une maintenance régulière des équipements, et un suivi attentif pour s'assurer que le matériel est renouvelé à temps. En outre, il est important de considérer les besoins spécifiques des coins nouveau-nés et d'assurer la disponibilité d'équipements et de médicaments essentiels pour la prise en charge des nouveau-nés en détresse respiratoire ou nécessitant une réanimation.

En résumé, la disponibilité du matériel, des équipements et des médicaments est un élément crucial pour la qualité des Soins Obstétricaux d'Urgence et la sécurité des patientes et des nouveau-nés. Des efforts doivent être déployés pour améliorer la gestion de ces intrants et garantir leur disponibilité dans toutes les structures SONU.

Synthèse 4 : Incohérence dans la répartition du matériel et des équipements

Les managers ont relevé le paradoxe des structures disposant de matériel sans ressources humaines pour les utiliser pendant que d'autres disposent de ressources humaines sans matériel pour travailler, faute de planification correcte

La mauvaise planification et distribution des équipements et du matériel dans les Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU) constituent un autre aspect critique de la problématique. Ces problèmes peuvent entraîner des inégalités entre les zones urbaines et rurales, avec des disparités importantes dans l'accès à des équipements de qualité.

Les témoignages mettent en évidence deux problèmes majeurs liés à la planification et à la distribution des équipements :

1. Inadéquation entre les besoins et les ressources : Certaines structures SONU disposent d'équipements dont elles n'ont pas besoin ou qu'elles ne peuvent pas utiliser faute de personnel qualifié. D'un autre côté, d'autres structures qui devraient bénéficier de ces équipements n'en disposent pas. Cela conduit à un gaspillage de ressources et à une mauvaise utilisation des équipements disponibles.
2. Disparités entre zones urbaines et rurales : Les discussions de groupe révèlent un déséquilibre important entre les zones urbaines, notamment Dakar, et les zones rurales en termes de disponibilité, d'accessibilité et de fonctionnalité des

équipements. Les structures SONU situées dans les régions rurales sont souvent défavorisées en termes d'accès à des équipements de qualité, ce qui entraîne des inégalités en matière de santé entre ces régions.

> "…*Aujourd'hui, on dit hôpital régional mais quel hôpital régional ? Combien de matériels de qualité trouve-t-on là-bas ? Ça fait défaut. L'État doit revoir son programme de santé du début à la fin, pour que les choses puissent évoluer, parce qu'on trouve les mêmes maladies ici dans le monde rural." (*Conjoint CS rural)

Ces inégalités sociales de santé sont particulièrement préoccupantes car elles signifient que les populations vivant dans les zones rurales ont un accès limité à des soins obstétricaux d'urgence de qualité. Cela peut avoir des conséquences graves sur la santé maternelle et néonatale, car les femmes et les nouveau-nés dans ces régions, sont plus susceptibles de ne pas recevoir les soins appropriés en cas de complications obstétricales.

Pour remédier à ces problèmes, il est essentiel de mettre en place une planification rigoureuse et une distribution équitable des équipements et du matériel dans toutes les structures SONU, en tenant compte des besoins spécifiques de chaque région. Cela nécessite une meilleure coordination entre les niveaux central et régional de la santé, ainsi qu'une implication des acteurs locaux dans la prise de décision concernant les besoins en équipements de leur région.

En outre, il est important de prendre en considération les compétences et le personnel disponibles dans chaque structure SONU lors de la distribution des équipements. Une approche personnalisée, basée sur les besoins réels et les capacités de chaque structure, peut contribuer à une utilisation plus efficace des ressources disponibles. Ceci permettra d'éviter que des zones rurales soient laissées pour compte.

Enfin, des efforts doivent être déployés pour combler les écarts entre les zones urbaines et rurales en matière d'accès aux équipements et aux soins obstétricaux d'urgence. Cela peut nécessiter des investissements ciblés dans les régions défavorisées, ainsi que des mesures incitatives pour attirer et retenir le personnel qualifié dans ces régions. Une approche globale et équilibrée est nécessaire pour garantir que toutes les femmes et tous les nouveau-nés, quelle que soit leur région de résidence, bénéficient de soins obstétricaux de qualité et équitables.

En résumé, les inégalités dans la distribution des équipements et du matériel dans les structures SONU représentent un défi majeur pour l'amélioration des services de santé maternelle et néonatale. Une planification plus équilibrée et une coordination plus efficace sont nécessaires pour garantir un accès équitable aux équipements médicaux et aux soins obstétricaux d'urgence dans tout le pays. Cela permettra de réduire les disparités sociales de santé et d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale dans l'ensemble du Sénégal.

Synthèse 5 : Divergences de vue entre prestataires et managers des structures SONU dans la gestion des médicaments

Les prestataires déplorent que les médicaments d'urgence ne soient pas toujours disponibles au moment crucial à cause de problèmes de financement et de gouvernance.

Le problème de disponibilité des médicaments dans les structures de Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU) est une préoccupation majeure qui impacte directement la qualité des soins offerts aux patientes. Il existe des divergences de vue entre les prestataires de santé et le personnel administratif concernant l'approvisionnement en médicaments, car ces derniers peuvent percevoir l'achat de ces intrants comme une charge financière pour les structures de santé plutôt que comme un investissement pour améliorer les services de SONU.

> *"…Quand tu n'as pas beaucoup d'argent et que tu dois acheter des médicaments en dehors de la pharmacie du poste de santé, ce que tu achètes ce n'est pas la même chose que lorsque tu achètes au niveau du poste. Si tu n'as pas les moyens, tu vas juste acheter une partie de l'ordonnance et laisser le reste. Seul Dieu pourra assister pour guérir."* (Bénéficiaire Centre de santé)

Les stratégies mises en place pour améliorer la disponibilité des médicaments, telles que la facturation, les cautions ou le remboursement des produits par les patientes, sont confrontées à des limites et des problèmes de mise en œuvre. Les trousses d'urgence, par exemple, sont souvent difficiles à recouvrer, et la gestion des stocks au niveau des pharmacies de district et régionales présente des insuffisances pour répondre à la demande.

Le financement de la santé, dans son ensemble, doit être revu pour garantir la disponibilité permanente des médicaments clés pour les SONU. Les acteurs reconnaissent la nécessité de revoir le mécanisme de financement, notamment en respectant la clé de répartition des bénéfices générés par la vente des médicaments dans le cadre de l'Initiative de Bamako et en mettant en place un suivi rigoureux de la gestion des produits et de leur financement, comme cela était réalisé avec le monitoring des Soins de Santé Primaires (SSP).

Les utilisatrices expriment leur préoccupation concernant la faible disponibilité des médicaments dans les pharmacies des structures de santé, les obligeant ainsi à se tourner vers les pharmacies privées où les prix sont jugés trop élevés. Cette situation crée un dilemme pour les femmes, en particulier celles aux revenus modestes, qui doivent souvent choisir quels médicaments acheter en fonction de leur capacité financière. Certaines femmes et leurs conjoints estiment également que certaines prescriptions médicales sont abusives, avec des médicaments inutiles prescrits qui entraînent un gaspillage de ressources.

> *"…Quand tu n'as pas beaucoup d'argent et que tu dois acheter des médicaments en dehors de la pharmacie du poste de santé, ce que tu achètes ce n'est pas la même chose que lorsque tu achètes au niveau du poste. Si tu n'as pas les moyens, tu vas juste acheter une partie de l'ordonnance et laisser le reste. Seul Dieu pourra assister pour guérir." (Femme* bénéficiaire, milieu rural).

"…Après mon retour de Tambacounda, j'ai regardé les ordonnances que j'ai acheté, il y'avait beaucoup de médicaments qui n'avaient aucune importance puisque finalement ils ne les ont pas utilisés." (Conjoint, milieu rural).

Ces problèmes de disponibilité des médicaments peuvent avoir des conséquences graves pour les patients, en particulier pour les nouveau-nés, qui peuvent se retrouver sans les médicaments essentiels à leur survie.

Il est nécessaire de mettre en œuvre des mécanismes de contrôle et de gestion des médicaments plus efficaces au sein des structures de santé pour éviter les abus, les pertes et les gaspillages. Il est également essentiel de développer des stratégies de financement plus durables et équitables pour assurer une disponibilité permanente des médicaments essentiels dans les SONU et ainsi améliorer la qualité des soins maternels et néonataux offerts au Sénégal.

Synthèse 6 : Les mères continuent de mourir principalement du fait du manque de sang

Les prestataires sont régulièrement confrontés à une non disponibilité du sang faute de donneurs (obstacles culturels) et/ou des insuffisances logistiques pour assurer la collecte, la gestion et la distribution du sang impactant directement sur la mortalité maternelle puisque la première cause de décès reste les hémorragies

La disponibilité du sang est une préoccupation cruciale pour les managers des structures de Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU) au Sénégal, car elle a un impact direct sur la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales. Plusieurs facteurs contribuent à la problématique de l'accès au sang dans ces structures :

1. Insuffisance de dons volontaires : La culture du don de sang volontaire est encore insuffisamment développée dans certaines régions du Sénégal, en raison de facteurs socio-culturels et de croyances. Beaucoup de personnes hésitent à faire un don de sang par peur de connaître leur état sérologique ou en raison de préjugés concernant les rumeurs de « vente de sang ». Cette situation limite le nombre de donneurs potentiels et rend difficile la disponibilité de sang dans les structures de santé.
2. Problèmes logistiques et de gestion : La collecte, le stockage et la distribution du sang nécessitent une logistique efficace et une gestion rigoureuse des intrants. Les insuffisances dans ces domaines entraînent des ruptures de stocks et une disponibilité limitée de sang dans les structures de SONU.
3. Absence de banques de sang régionales et de dépôts secondaires de sang : Pour assurer un accès rapide au sang en cas d'urgence, il est essentiel de disposer de banques de sang régionales et de dépôts secondaires dans les structures de santé qui effectuent des transfusions, notamment les Centres de Santé de Niveau II (CS II) et les Établissements Publics de Santé (EPS) avec blocs opératoires. L'absence de ces

installations rend la gestion du sang moins autonome et entraîne des difficultés d'approvisionnement.

4. Absence de stratégies de fidélisation des donneurs : Pour encourager les dons de sang réguliers et fidéliser les donneurs, il est important de mettre en place des stratégies de sensibilisation et d'incitation. La fidélisation des donneurs potentiels permettrait de garantir une source continue et fiable de sang.

Les témoignages des conjoints soulignent l'importance vitale de la disponibilité du sang dans les SONU. Beaucoup de femmes risquent leur vie lors d'accouchements compliqués ou de césariennes en raison du manque de sang. Sensibiliser la population sur l'importance du don de sang et développer des stratégies pour encourager et fidéliser les dons volontaires pourraient contribuer à améliorer la situation.

> *"Les gens n'ont pas la culture de donner leur sang. Ils disent chaque fois qu'ils n'ont pas suffisamment de sang pour faire un don. D'autres ne connaissent pas leur état sérologique parce qu'ils doutent et ont peur de le connaître avec le don. On voit certains qui disent qu'ils ne vont pas donner leur sang parce qu'on le revend alors que ce ne sont que des préjugés. Socialement parlant, les personnes n'ont pas la culture d'aller faire gratuitement des dons de sang. Alors que si c'est des causeries où on donne de l'argent, les gens viennent en masse et ce n'est pas du tout normal. ...C'est très important, le sang est quelque chose de précieux, c'est un liquide qu'on ne peut pas acheter à la pharmacie. On peut sauver des vies et en avoir une bénédiction divine."* (Conjoint, milieu rural)

En résumé, la disponibilité du sang est un enjeu critique pour les SONU au Sénégal, et des mesures doivent être prises pour promouvoir la culture du don de sang volontaire, renforcer la logistique et la gestion des intrants, et mettre en place des installations régionales et décentralisées de transfusion sanguine pour garantir un accès rapide et sécurisé au sang en cas d'urgence obstétricale et néonatale. Cela pourrait contribuer à sauver des vies et améliorer la qualité des soins maternels et néonataux dans le pays.

Synthèse 7 : Les conditions de transport pour la référence mettent en jeu la vie des femmes et des nouveau-nés

Les hommes déplorent que faute d'ambulances dans les structures de santé, de chauffeurs, ou de carburant ils doivent mettre en péril la vie des mères et des nouveau-nés en les transportant dans les véhicules non adaptés, dont ils n'ont pas toujours les moyens, et ils arrivent parfois trop tard.

La question de la référence dans l'offre de Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU) est un sujet prioritaire identifié par les acteurs du secteur de la santé au Sénégal. Plusieurs problèmes liés à la référence ont été relevés :

1. Insuffisance de disponibilité des ambulances : Les structures de santé, en particulier les Postes de Santé (PS) en milieu rural, font face à une insuffisance de disponibilité des ambulances pour effectuer les références vers les niveaux supérieurs de soins. Le

manque de budget spécifique pour la référence au niveau des PS et des districts entraîne aussi des difficultés dans la gestion des ambulances, notamment en termes de carburant, ce qui retarde les déplacements d'urgence.

2. Non-respect des règles de référence : Il a été observé que certaines structures ne respectent pas pleinement les règles de référence, notamment en ce qui concerne la communication avec la structure de référence, l'utilisation d'outils et de fiches de référence, et la mise en conditions avant la référence. Ces manquements entraînent des retards ou des complications dans la prise en charge des patients référés.
3. Non disponibilité des chauffeurs : Le manque de chauffeurs doublés dans les structures périphériques limite leur disponibilité pour assurer des services d'urgence 24h/24, pouvant être responsable de retards dans les références en cas d'urgence obstétricale.
4. Faible implication des collectivités locales : Les acteurs ont relevé la faible implication des collectivités locales dans la gestion des ambulances, ce qui peut affecter leur disponibilité et leur entretien. Cependant, certaines expériences positives ont été rapportées dans certaines régions où l'implication des préfets a permis de mieux gérer l'approvisionnement en carburant des ambulances.

Les discussions de groupe avec les bénéficiaires et les conjoints ont révélé que l'insuffisance de disponibilité des ambulances lors des références est un problème majeur. Les familles se retrouvent souvent dans des situations stressantes où elles doivent chercher des moyens de transport alternatifs, tels que des taxis ou des charrettes, pour transporter la parturiente référée. Les délais de prise en charge peuvent être considérablement retardés, ce qui a des conséquences graves sur la santé des patientes.

Certains témoignages ont mis en évidence des cas tragiques où le manque d'argent pour payer le chauffeur d'ambulance a entraîné des retards fatals dans les références.

> *"J'ai récemment vu un homme dont la femme a été victime des problèmes de transport. Sa femme est décédée à cause de ça, parce qu'il avait un problème d'argent de 10.000 francs pour payer le chauffeur. Alors il est allé chercher l'argent, et il est revenu trop tard. Donc finalement il a pris beaucoup de temps et sa femme est décédée. Je l'ai vu pleurer. Donc c'est des leçons à prendre en compte".* Conjoint, milieu rural.

L'insuffisance de disponibilité des ambulances dans certaines zones conduit à des situations où une seule ambulance est en service et il faut attendre son retour pour effectuer une autre évacuation. La problématique de la référence en lien avec les ambulances est donc un enjeu crucial à résoudre pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales et réduire les risques de complications et de décès maternels.

Des efforts sont nécessaires pour renforcer la gestion des ambulances, garantir leur disponibilité permanente et faciliter les références rapides vers les niveaux supérieurs de soins. Cela pourrait contribuer à sauver des vies et améliorer la qualité des services de SONU au Sénégal.

Synthèse 8 : Le non-respect des protocoles pour la référence réduit les chances de survie des mères et des nouveau-nés

Les gynécologues et les pédiatres se désolent du fait que même si des protocoles ont été mis en place pour la référence, les mères et les nouveau-nés sont encore référées sans l'accompagnement de personnel qualifié pour procéder aux gestes d'urgence au besoin, sans informer la structure de référence et sans documentation (fiche de référence…), mettant en jeu leur vie durant le trajet et hypothéquant la prise en charge dans la structure de référence.

Les acteurs du secteur de la santé ont souligné que les règles de référence édictées dans les protocoles ne sont pas toujours respectées, ce qui peut entraîner des problèmes dans la prise en charge des patientes référées.

Certains aspects spécifiques de la référence ont été identifiés comme étant particulièrement problématiques :

1. Absence ou faible communication préalable avec la structure de référence : Il a été relevé que la communication préalable avec la structure de référence n'est pas toujours effectuée comme le recommandent les protocoles. Cela peut entraîner des retards dans la prise en charge de la parturiente référée, car la structure de référence n'est pas prête à recevoir le patient, ou n'est pas informée de la situation.
2. Déficiences dans le remplissage des outils de référence : Certains prestataires ne remplissent pas correctement les outils de référence, ce qui peut entraîner des informations incomplètes ou erronées lors de la référence. Cela peut compliquer la prise en charge et les soins nécessaires pour la patiente référée.
3. Utilisation de moyens de transport non adaptés : Il a été observé que certaines références ne sont pas effectuées avec des ambulances médicalisées équipées du personnel qualifié nécessaire pour gérer les complications éventuelles en cours de route. Cela peut mettre en danger la vie de la parturiente, car elle ne dispose pas d'une assistance médicale appropriée pendant le transfert.
4. Absence d'accompagnement du personnel qualifié : Dans certaines situations, la référence est effectuée sans la présence d'un personnel qualifié pour accompagner la parturiente référée. Cela peut entraîner des problèmes de prise en charge et de communication entre la structure de référence et la structure de provenance, car personne ne peut fournir les informations nécessaires sur l'état de la patiente.
5. Manque d'informations transmises lors de la référence : Il a été rapporté que parfois, lors de la référence, la structure de référence n'est pas informée de l'origine et du motif de la référence, ce qui peut entraîner des interrogations et des retards supplémentaires dans la prise en charge de la patiente.

Ces problèmes liés à la référence peuvent entraîner des retards dans la prise en charge, des complications médicales évitables et des risques accrus pour la santé des patientes référées.

Il est donc essentiel de renforcer les protocoles de référence, d'assurer une communication fluide entre les structures de santé et d'améliorer l'utilisation des ambulances médicalisées avec le personnel qualifié nécessaire pour garantir des références sûres et efficaces. Cela permettra d'améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence et de réduire les risques de complications et de décès maternels au Sénégal.

Synthèse 9 : Insuffisance de communication et d'empathie à l'égard des utilisateurs des SONU

Les femmes et les hommes déplorent le manque de communication de la part des prestataires, ce qui fait qu'ils ne comprennent pas les raisons de certaines prescriptions médicales et s'interrogent parfois sur les compétences de ces derniers. Ils déplorent aussi le manque d'empathie à leur égard menant à des relations conflictuelles.

Les témoignages et observations recueillis mettent en évidence l'importance de la communication et de l'attitude empathique des prestataires de soins dans la prise en charge des patientes, en particulier dans le contexte des services de SONU (Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence). Les insuffisances de communication entre les soignants, les patientes et leurs accompagnants entraînent de l'inquiétude, des préjugés et des interprétations négatives concernant les décisions médicales prises par les professionnels de santé.

> *« Ma femme a fait ici 12 jours. Quand elle est venue, les médecins nous ont tout de suite dit qu'elle devait subir une césarienne et d'après mes constats, la majeure partie des femmes qui viennent dans cet hôpital se font césariser et je ne saurais vous dire le pourquoi. Cela m'intrigue vraiment. Je ne sais pas si c'est à la mode ou quoi, mais vraiment je ne comprends pas. » (*Conjoint, EPS urbain)

Le manque de communication concernant les décisions techniques, telles que la décision et la pratique de la césarienne, crée des préoccupations chez les femmes et leurs conjoints. Ils craignent de voir les césariennes effectuées systématiquement ou même abusivement, ce qui entraîne une réticence à accepter cette procédure ou à recourir aux services de santé en cas d'urgence. De même, les résultats d'échographie jugés erronés contribuent à une incompréhension et une méfiance à l'égard des actes médicaux posés par les soignants.

L'absence de consultation et d'implication des patientes et de leurs accompagnants dans les décisions de référence en cas de complication est également soulignée. Les personnes concernées estiment qu'il est essentiel d'impliquer les patientes et leurs accompagnants dans le processus décisionnel afin de favoriser l'acceptabilité de la référence. Le manque d'information fournie aux accompagnants concernant les soins, les coûts et les processus thérapeutiques crée également des incompréhensions et des interprétations personnelles des causes des complications obstétricales.

Par ailleurs, l'attitude empathique et l'écoute des professionnels de santé sont des critères essentiels pour juger de leur compétence selon les femmes et de leurs accompagnants. Les interactions avec le personnel de santé, l'accueil, la communication et l'attitude empathique jouent un rôle crucial dans leur appréciation de la qualité des soins. Les femmes et leurs

familles peuvent éviter les services de santé avec une réputation peu empathique, même s'ils sont plus proches, au profit de services plus éloignés, où ils se sentent mieux accueillis et écoutés.

L'implication des hommes dans le suivi de la grossesse et lors de l'accouchement est également mise en avant. Les hommes réclament davantage d'implication et souhaitent être présents pendant l'accouchement pour soutenir leurs partenaires et se sentir impliqués dans le processus de prise en charge.

En conclusion, l'étude met en évidence l'importance de la communication, de l'écoute et de l'attitude empathique dans la prise en charge des patientes dans les services de SONU. Les insuffisances de communication et les attitudes peu empathiques des prestataires de soins peuvent entraîner des préjugés, des incompréhensions et une méfiance vis-à-vis des actes médicaux posés par les soignants. Pour améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence et renforcer l'adhésion des patients aux recommandations médicales, il est essentiel de mettre l'accent sur la communication efficace, l'écoute attentive et l'attitude empathique des prestataires de soins. Cela contribuera à renforcer la confiance des patients dans le système de santé et à améliorer les résultats de santé maternelle et néonatale.

Finalement, les données collectées illustrent que la question des ressources humaines est complexe, mais constitue un des déterminants de la satisfaction des usagers. Si les femmes et leurs conjoints ont un point de vue sur certains actes médicaux qui sont posés, ils remettent moins en question leurs capacités techniques que celles communicationnelles, relationnelles, leurs attitudes empathiques qui, selon eux, déterminent davantage leurs compétences. Ces capacités sont essentielles dans leurs interactions avec les patients, mais aussi avec les accompagnants, qui font partie intégrante de la prise en charge. Par ailleurs, les vécus relationnels des femmes n'évoquent pas seulement les compétences empathiques et communicationnelles des soignants, mais celles du personnel d'appui (gardiens, femmes de ménages), qui contribuent aussi à la qualité des services et à la satisfaction ou non des usagers.

PARTIE 2 : REVUE DES INDICATEURS PROPOSES

Méthodologie

Lors de la deuxième phase de l'étude, des ateliers mixtes ont été organisés avec des acteurs de la santé (gynécologues, pédiatres, maitresses sages-femmes, coordinatrices SR, MCR, MCD) et des membres de la communauté (femmes et hommes) pour valider les synthèses des discussions précédentes et recueillir des feedbacks sur les indicateurs proposés.

Les méthodes de collecte utilisées pendant ces ateliers comprenaient :

1. Présentation des résultats : Une présentation des arbres à problèmes et des synthèses des groupes de discussions précédents a été faite, suivie de discussions pour valider les informations recueillies.

2. Feedbacks sur les indicateurs proposés : Les participants ont discuté des nouveaux indicateurs proposés dans différentes thématiques telles que les ressources humaines, les équipements/médicaments, la référence, l'expérience de soins et le niveau de soins pour les fonctions SONU. Pour hiérarchiser les priorités, des sliders/échelles de classification ont été utilisés. De plus, une cartographie ou description d'un parcours de soin avec l'utilisation de post-it a été réalisée, ainsi qu'un storyboard/script décrivant les étapes de la collecte de l'indicateur à son utilisation.
3. Utilisation de cartes et exercices de priorisation: Ces méthodes ont été principalement utilisées pour recueillir les données et les préférences des participants.

Les données collectées lors de cette phase ont été synthétisées par thématiques et organisées selon les centres d'intérêt identifiés lors des discussions. Ces synthèses ont ensuite été classées en trois domaines pour la révision des indicateurs au niveau global. Ces trois domaines concernent l'amélioration des ressources humaines, l'accès aux équipements et médicaments, l'optimisation du système de référence, l'amélioration de l'expérience de soins pour les patientes et l'optimisation du niveau de soins pour les fonctions SONU.

Ces discussions ont permis d'affiner les indicateurs proposés et de mieux répondre aux besoins et aux préoccupations des acteurs de la santé et de la communauté concernée. Les résultats de cette phase sont essentiels pour orienter les prochaines étapes de l'étude et établir des recommandations pour améliorer les services de SONU et la prise en charge maternelle et néonatale dans la région concernée.

Résultats

Les résultats sont organisés selon les 3 domaines identifiés dans le cadre de la révision des indicateurs au niveau global, afin de faciliter leur compréhension et leur intégration dans le processus de révision en cours, et dans un souci d'uniformisation des études dans les 3 pays.

Voici une description détaillée des 3 domaines :

<u>Domaine 1</u> : **Une offre accessible et équitablement distribuée de structures de SONU de qualité**

Ce domaine vise à évaluer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des structures de soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU). Il se décline en plusieurs indicateurs :

1. Disponibilité des SONU : Cet indicateur évalue la présence et la répartition géographique des structures de SONU dans la région d'étude, en tenant compte des fonctions signalétiques et des différents niveaux de soins disponibles.
    a. Indicateurs sur les ressources humaines
        i. <u>Indicateur 1</u> : Pourcentage de structures ayant le nombre adéquat de RH en fonction du volume d'activités

Nombre minimum de sages-femmes par garde selon le type de structure SONU et selon le volume d'activité obstétricale (normes FIGO)[1]

Nombre de femmes accouchant dans la structure/ an	Nombre de femmes accouchant dans la structure/ mois	Structures sans activité chirurgicale (SONUB)	Structures ayant une activité chirurgicale (SONUC)
		Nombre minimum de RH qualifiées par garde	Nombre minimum de RH qualifiées par garde (non inclus ceux ayant des compétences chirurgicales)
< 500	**< 42**	Structures avec moins de 500 accouchements par an non inclus dans l'article	
500 - 1499	**42 - 124**	2	3
1500 - 2499	**125 - 207**	3	4
2500 - 4499	**208 - 374**	4	5
4500 - 6499	**375 - 542**	NA	8
6500 +	**543 +**	NA	10

Selon les participants, cet indicateur basé sur les normes FIGO devrait préciser s'il s'agit uniquement des sages-femmes pour les accouchements (les infirmiers/ères sont-ils/elles inclus (e) ?). D'autre part, le personnel pour la prise en charge du nouveau-né est-il inclus dans ces normes FIGO ?

Finalement, **cet indicateur sur la disponibilité des RH basé sur le volume d'activités et par garde** a été jugé comme un bon indicateur. Il est spécifique, facile à collecter, facile à interpréter et utile du point de vue programmatique par tous les participants.

Cependant, l'atteinte de la norme FIGO proposée peut représenter un défi majeur pour le Sénégal, étant donné que le réseau SONU actuel présente déjà un déficit de 45 sages-femmes. Pour respecter cette norme, il serait nécessaire de mettre en place plusieurs équipes par structure.

Néanmoins, dans les grandes structures, où le nombre de sages-femmes par garde serait plus élevé (par exemple, huit sages-femmes par garde), il est recommandé d'étudier la possibilité de limiter le nombre maximum de sages-femmes par garde à cinq ou six (par exemple, au-delà de 2500

[1] Source : Stones W, Visser GHA, Theron G; FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO Statement: Staffing requirements for delivery care, with special reference to low and middle-income countries. Int J Gynaecol Obstet. 2019;146(1):3-7. doi:10.1002/ijgo.12815

accouchements par mois), en plus d'une bonne répartition des tâches et une configuration optimale des infrastructures.

ii. Indicateur 2 : Proportion de structures ayant un personnel aux compétences pratiques avérées pour offrir les SONU

Cet indicateur évalue quelle proportion de personnel de santé est qualifiée et compétente pour offrir les SONU, dit "**personnel aux compétences pratiques avérées**".

Ceci va au-delà de la qualification académique et professionnelle (diplôme) et est basée sur l'évaluation sur le site des compétences réelles d'un personnel donné pour les tâches qui lui sont assignées dans la structure.

Selon tous les participants, l'indicateur est jugé spécifique, facile à collecter, à interpréter et utile du point de vue programmatique. Il pourrait être facilement mis en œuvre avec l'expérience de la supervision formative au Sénégal qui dispose déjà de checklists pour évaluer les compétences en SONU.

Cependant, ils se sont interrogés sur les modalités de sa mesure pour décider de la compétence du prestataire : en "une prise", ou bien après plusieurs gestes, ce qui pourrait alourdir le processus d'évaluation.

En outre, ils ont trouvé que le seuil minimal de 70% du personnel qui doivent être compétents pour que la structure soit déclarée "disposant de RH compétentes" était trop bas et ont proposé qu'il soit porté à 80% ou même 90%, afin de s'assurer de la présence d'au moins un personnel compétent dans chaque équipe de garde.

b. Indicateur sur les médicaments, équipements et matériel traceurs

i. Indicateur 1 : Proportion de structures disposant de tous les items traceurs (intrants, médicaments, équipements) pour l'offre des fonctions SONU

Cet indicateur mesure la disponibilité des médicaments, intrants et équipements clés nécessaires pour offrir les fonctions SONU. Il utilise le score d'aptitude pour l'offre de SONU qui est basé sur le rapport entre le nombre d'items traceurs disponibles et le nombre d'items traceurs nécessaires par niveau (SONUB et SONUC).

Selon tous les participants l'indicateur est jugé très bon et est déjà collecté dans le cadre du réseau SONU et saisi dans le DHIS 2. Il est considéré comme spécifique, facile à collecter, à interpréter et utile du point de vue programmatique.

ii. Indicateur 2 : L'importance de s'accorder sur les produits traceurs pour la fonction transfusion sanguine a été relevée et il la formule "sang et **produits sanguins**" a été proposée.

c. Indicateurs sur la préparation à la référence (Ces indicateurs ont été discuté avec les prestataires et avec la communauté)

i. Proportion de structures qui ont la capacité de référer en urgence (prêtes pour la référence en urgence : promptitude à référer, "Prêt à référer")

C'est un indicateur composite qui prend en compte 6 volets proposés au niveau global :

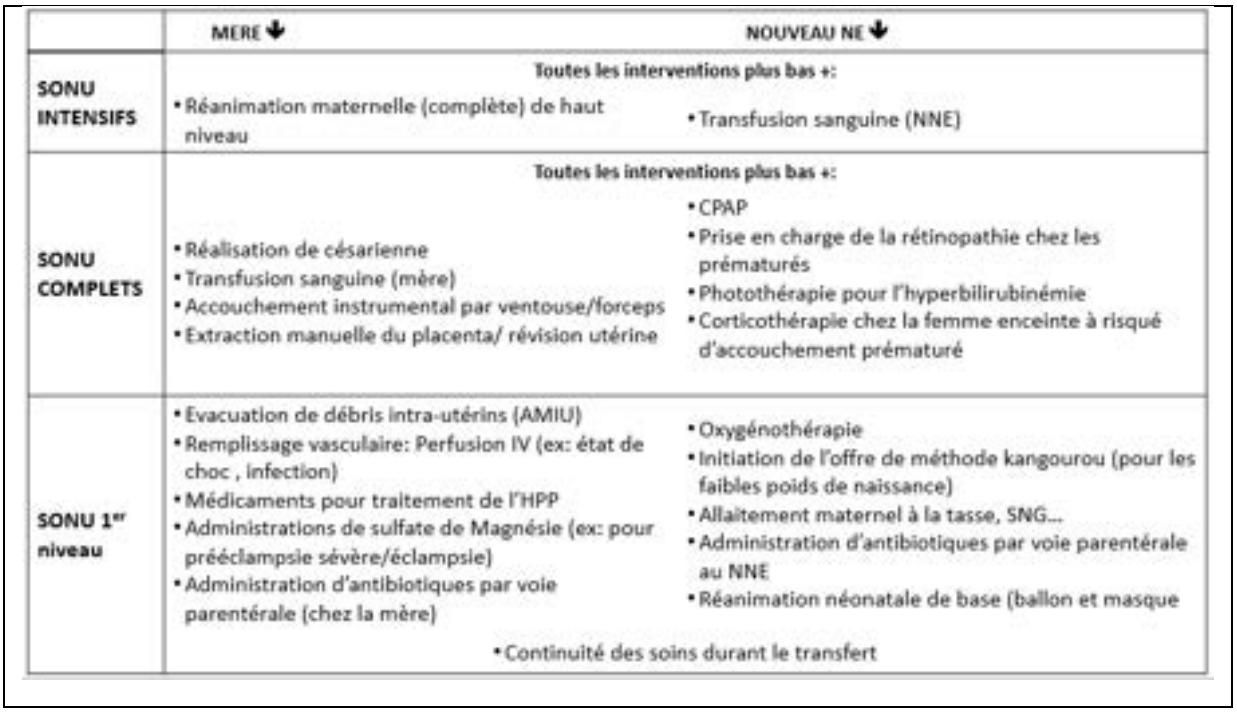
1. Capacités de transport
2. Efficience de la référence et coordination des soins
3. Soins Durant le transport
4. Accès financier à la référence
5. Soins centrés sur la famille
6. Dynamiques entre structures

L'Indicateur a été jugé spécifique, facile à interpréter et utile du point de vue programmatique par presque tous les participants. Les autres se sont interrogés sur la facilité de collecter les données.

Pour la communauté, la référence a été analysée selon les étapes ou composantes suivantes : la préparation, les soins pendant la référence, l'accessibilité financière de la référence et les soins de référence centrés sur la famille.

2. Accessibilité : Cet indicateur mesure la durée moyenne du trajet nécessaire pour accéder à une structure de SONU depuis les zones rurales et urbaines de la région. Il prend en compte les infrastructures de transport et les éventuels obstacles géographiques.
3. Conditions optimales pour l'offre de SONU de qualité : Cet indicateur évalue si les structures de SONU sont aptes et bien préparées pour la référence des patientes. Il prend en compte la disponibilité des médicaments traceurs nécessaires à l'administration des fonctions SONU, l'adéquation des ressources humaines et le matériel et équipement fonctionnels requis.

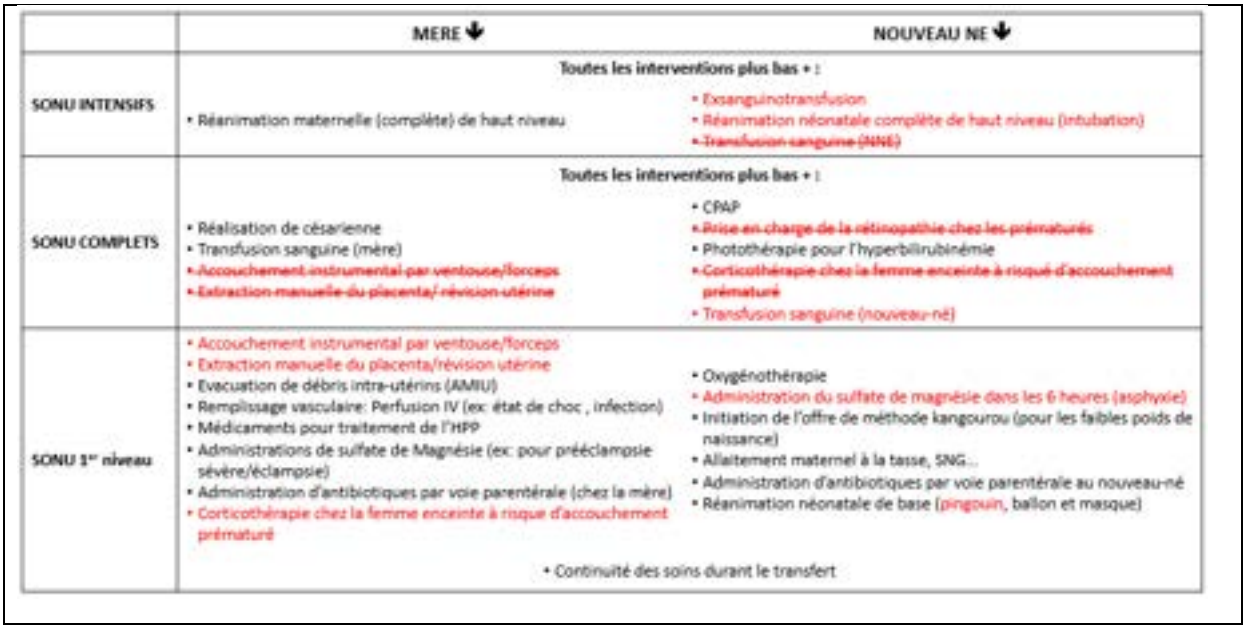
Ces propositions doivent être accompagnées d'une réorganisation de l'offre de SONU à travers une nouvelle répartition des fonctions SONU dans les différents niveaux de soin. Cette nouvelle répartition a été proposée au niveau international :



	MERE ↓	NOUVEAU NE ↓
SONU INTENSIFS	Toutes les interventions plus bas +:	
	• Réanimation maternelle (complète) de haut niveau	• Transfusion sanguine (NNE)
SONU COMPLETS	Toutes les interventions plus bas +:	
	• Réalisation de césarienne • Transfusion sanguine (mère) • Accouchement instrumental par ventouse/forceps • Extraction manuelle du placenta/ révision utérine	• CPAP • Prise en charge de la rétinopathie chez les prématurés • Photothérapie pour l'hyperbilirubinémie • Corticothérapie chez la femme enceinte à risqué d'accouchement prématuré
SONU 1er niveau	• Evacuation de débris intra-utérins (AMIU) • Remplissage vasculaire: Perfusion IV (ex: état de choc , infection) • Médicaments pour traitement de l'HPP • Administrations de sulfate de Magnésie (ex: pour prééclampsie sévère/éclampsie) • Administration d'antibiotiques par voie parentérale (chez la mère)	• Oxygénothérapie • Initiation de l'offre de méthode kangourou (pour les faibles poids de naissance) • Allaitement maternel à la tasse, SNG… • Administration d'antibiotiques par voie parentérale au NNE • Réanimation néonatale de base (ballon et masque
	• Continuité des soins durant le transfert	

Fonctions signalétiques et niveaux de soins – Prototype Draft décembre 2022

Les réflexions menées par les participants à l'étude de cas au Sénégal ont donné les résultats résumés dans le tableau ci-après *(les changements proposés sont en rouge et les suppressions proposées sont en rouge barré)*.



	MERE ↓	NOUVEAU NE ↓
SONU INTENSIFS	Toutes les interventions plus bas + :	
	• Réanimation maternelle (complète) de haut niveau	• Exsanguinotransfusion • Réanimation néonatale complète de haut niveau (intubation) • ~~Transfusion sanguine (NNE)~~
SONU COMPLETS	Toutes les interventions plus bas + :	
	• Réalisation de césarienne • Transfusion sanguine (mère) • ~~Accouchement instrumental par ventouse/forceps~~ • ~~Extraction manuelle du placenta/ révision utérine~~	• CPAP • ~~Prise en charge de la rétinopathie chez les prématurés~~ • Photothérapie pour l'hyperbilirubinémie • ~~Corticothérapie chez la femme enceinte à risqué d'accouchement prématuré~~ • Transfusion sanguine (nouveau-né)
SONU 1er niveau	• Accouchement instrumental par ventouse/forceps • Extraction manuelle du placenta/révision utérine • Evacuation de débris intra-utérins (AMIU) • Remplissage vasculaire: Perfusion IV (ex: état de choc , infection) • Médicaments pour traitement de l'HPP • Administrations de sulfate de Magnésie (ex: pour prééclampsie sévère/éclampsie) • Administration d'antibiotiques par voie parentérale (chez la mère) • Corticothérapie chez la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré	• Oxygénothérapie • Administration du sulfate de magnésie dans les 6 heures (asphyxie) • Initiation de l'offre de méthode kangourou (pour les faibles poids de naissance) • Allaitement maternel à la tasse, SNG… • Administration d'antibiotiques par voie parentérale au nouveau-né • Réanimation néonatale de base (pingouin, ballon et masque)
	• Continuité des soins durant le transfert	

Fonctions signalétiques et niveaux de soins – Prototype Draft décembre 2022 (Feedback Sénégal)

<u>Domaine 2</u> : Un système de SONU centré sur la personne

Ce domaine vise à évaluer l'expérience des soins, la recherche de soins et le bien-être du personnel de santé dans le cadre des services de SONU. Il se décline en plusieurs indicateurs :

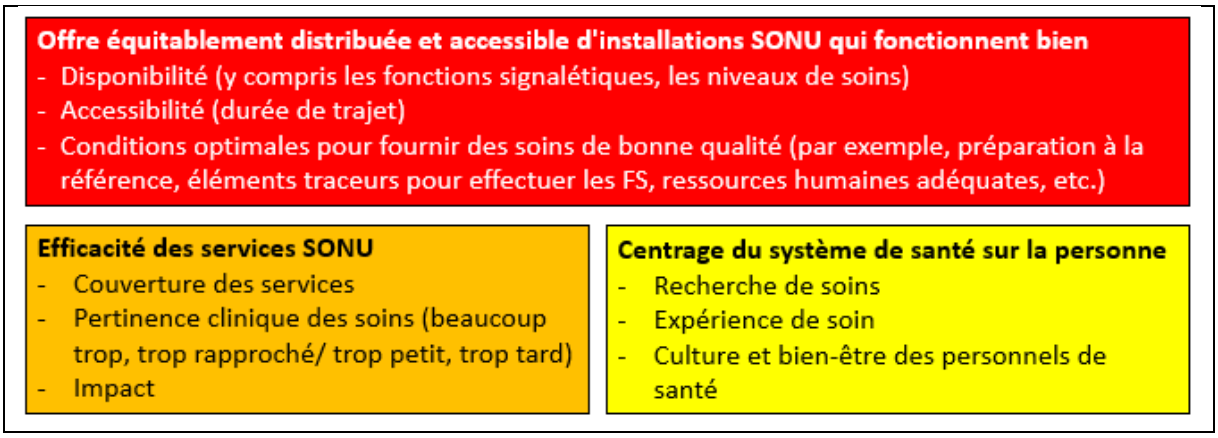
1. Expérience des soins : Cet indicateur mesure la satisfaction des patientes et de leurs accompagnants vis-à-vis des services de SONU, en prenant en compte des critères tels que l'accueil, la communication, l'écoute et l'empathie du personnel de santé.
2. Recherche de soins : Cet indicateur évalue la facilité avec laquelle les patientes recherchent des soins en cas de complications obstétricales ou néonatales, en prenant en compte les obstacles potentiels tels que le coût, la distance et les connaissances en matière de santé.
3. Bien-être du personnel de santé : Cet indicateur évalue le niveau de satisfaction et de bien-être du personnel de santé travaillant dans les structures de SONU, en prenant en compte des facteurs tels que les conditions de travail, la charge de travail et le soutien institutionnel.

Domaine 3 : **Des services de SONU efficaces**

Ce domaine vise à évaluer la couverture, la pertinence clinique et l'impact des services de SONU. Il se décline en plusieurs indicateurs :

1. Couverture des services : Cet indicateur mesure la proportion de femmes enceintes ou de nouveau-nés ayant accès aux services de SONU en cas de complications, en tenant compte des taux de référence et de prise en charge.
2. Pertinence clinique des soins : Cet indicateur évalue la qualité des soins prodigués dans les structures de SONU, en prenant en compte des critères tels que la conformité aux protocoles de traitement, la gestion des complications et les résultats cliniques.
3. Impact des soins : Cet indicateur évalue l'effet des services de SONU sur les résultats de santé des patientes et des nouveau-nés, en mesurant par exemple la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

En résumé, ces 3 domaines et leurs indicateurs permettent d'évaluer différents aspects des services de SONU, depuis leur accessibilité géographique et leur qualité, jusqu'à l'expérience des soins pour les patientes, en passant par l'efficacité clinique et l'impact sur les résultats de santé. L'intégration de ces résultats dans le processus de révision des indicateurs permettra de mieux cerner les défis et les opportunités pour améliorer la prise en charge maternelle et néonatale dans la région étudiée.



Les 3 domaines proposés dans le cadre de la révision des indicateurs au niveau global

PARTIE 3 : TEST DE QUELQUES NOUVEAUX INDICATEURS

Afin de tester la faisabilité de l'administration des questionnaires pour la collecte des données en vue du calcul de certains nouveaux indicateurs, et pour améliorer ainsi les outils de collecte, un pré test a été réalisé dans 5 structures du réseau SONU de différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit pour les SONUI et SONUC, d'un hôpital national, un hôpital régional, un CS de type II , et pour les SONUB, d'un CS de type I urbain et un PS rural.
Les données ont été collectées pour les indicateurs couvrant les domaines suivants :

- Disponibilité des fonctions SONU
- Disponibilité des équipements, produits et médicaments clés pour les SONU
- Compétences du personnel en service pour les SONU
- Disponibilité des ressources humaines par garde en fonction du volume d'activités
- Bien être du personnel à travers le burn out, la détresse morale du personnel, et le manque de sécurité psychologique
- Préparation aux références d'urgence

La collecte des données a été faite à partir d'interviews des prestataires en charge des SONU dans ces structures (maitresses sages-femmes, des anesthésistes, des gynécologues, des responsables des unités de néonatologies, des blocs opératoires), des observations du matériel, de l'équipement et des dépôts de médicaments, ainsi que l'exploitation des outils de gestion (listes de garde, registres d'accouchement, registre de référence, registres de néonatologie, dossiers obstétricaux et néonataux, fiches de stock etc…). Un questionnaire anonyme en ligne a été élaboré via la plateforme Kobo Toolbox pour le bien être du personnel de santé, et partagé aux prestataires de ces 5 sites, parmi lesquels 25 ont répondu, essentiellement des sage-femmes.

Il ressort de ce pré test que l'ensemble des données sont disponibles et peuvent être collectées dans les structures. Les prestataires interrogés ont apprécié les nouveaux indicateurs et la possibilité qu'ils permettent d'identifier les défis à prendre en charge dans le domaine de la disponibilité des ressources humaines, médicaments et équipements clés, référence, compétences, de bien-être des prestataires…

En termes de résultats des 5 structures, elles ne disposent pas des ressources humaines selon les normes de la FIGO sauf pour les équipes chirurgicales (les gaps les plus importants concernent les sage-femmes et le personnel d'appui qualifié). La disponibilité des intrants, médicaments et équipements clés est assez satisfaisante (supérieure à 68% pour toutes les structures). Les compétences pour toutes les fonctions SONUB notamment ne sont pas présentes chez l'ensemble des sage-femmes (défis pour la ventouse, l'administration des antibiotiques par voie parentérale au nouveau-né, l'oxygénothérapie et suivi du nouveau-né). En ce qui concerne le bien être du personnel, même si l'échantillon est faible, il donne quelques indications en lien avec les données collectées lors des groupes de discussion de la première phase de l'étude : 41% des sages-femmes ayant répondu ont un score de Burn out supérieur à 2, c'est-à-dire sont en Burn out modéré à sévère.

Quelques recommandations ont cependant été faites sur le questionnaire lié aux médicaments clés, à la préparation à la référence, et aux questions sur le bien-être du personnel (certains nouveaux concepts comme la détresse morale non compris nécessitent d'être clarifiés dans le questionnaire en ligne).

Des modifications des politiques, normes et procédures sont à envisager pour le Sénégal pour l'offre de certaines nouvelles fonctions en fonction du niveau dans la pyramide sanitaire :

- l'administration de corticoïdes à la mère en cas de menace d'accouchement prématuré pour les SONUB ;
- la réanimation intensive maternelle, réaliser une photothérapie pour les SONUC, notamment au niveau CS type II ;
- le dépistage et le traitement de la rétinopathie chez le prématuré pour les SONUI.

Des efforts seront aussi à poursuivre atteindre les normes pour certains indicateurs comme les ressources humaines par rapport au volume d'activité et au profil diversifié de personnel qualifié pour les SONU.

Remerciements

L'équipe de recherche adresse ses sincères remerciements à toutes celles et à tous ceux qui, de par leur engagement, ont collaboré à la réalisation de ce travail sur la situation des SONU au Sénégal et les indicateurs pour en mesurer l'évolution. Une réalisation qui aurait été difficile sans le concours et le soutien de divers partenaires.

Nous saluons la franche collaboration des professionnels de santé situés à différents niveaux de la pyramide sanitaire (décideurs au niveau central, médecins-chefs de région et de district, coordonnatrices en santé de la reproduction de région et de district, gynécologues obstétriciens, pédiatres, maitresses sages-femmes), ainsi que les bénéficiaires des SONU et leurs conjoints. Provenant des quatorze régions du pays, ceux-ci, à travers les séances d'échange, ont fourni de précieuses informations qui ont servi de base à l'analyse.

Nos remerciements vont aussi au Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant, ainsi qu'à ses collaborateurs, pour l'assistance qu'ils ont apportée à l'équipe, notamment au plan administratif.

Cette liste n’est pas certainement exhaustive, plusieurs autres personnes ayant apporté leur précieuse contribution à la réalisation de ce travail. Qu’elles trouvent ici l’expression de notre sincère reconnaissance.

Table des matières

Résumé exécutif 1
Remerciements 25
Abréviations et acronymes 28
Liste des encadrés 29
Liste des tableaux 30
Liste des figures 31
INTRODUCTION 32
1 Contexte et justification 32
2 Définition des termes et concepts 34
3 Objectifs de l'étude pays 37
3.1 Objectif général 37
3.2 Objectifs spécifiques 38
PARTIE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION DES SONU AU SENEGAL 39
4 Méthodologie 39
4.1 Type d'étude 39
4.2 Zones de l'étude 39
4.3 Population de l'étude 40
4.4 Échantillonnage 41
4.4.1 Cibles de l'enquête et nombres 41
4.4.2 Modes de sélection des cibles de l'enquête 43
4.5 Méthode de collecte des données 43
4.5.1 L'approche du design centré sur l'humain (HCD) 43
4.5.2 Outils de collecte des données (préparation et test) 44
4.6 Organisation et déroulement de la collecte des données 45
4.6.1 Formation des agents de collecte 45
4.6.2 Collecte des données auprès des acteurs du système de santé 46
4.6.3 Collecte des données au niveau de la communauté 46
4.7 Traitement et analyse des données 48
5 Considérations éthiques 49
6 Difficultés et limites de l'étude pays 49
7 Résultats 49
7.1 Analyse des 3 enquêtes SONU menées au Sénégal 49
7.1.1 Chronogramme et dates clés de l'utilisation des indicateurs et du cadre SONU 49
7.1.2 Structures/institutions de mise en œuvre et d'appui technique et financier pour les différentes enquêtes : 51

7.1.3 Méthodologie utilisée pour les enquêtes SONU 51
7.1.4 Évolution des indicateurs de SONU au Sénégal 53
7.1.5 Données monitoring SONU 2020 et 2021 58
7.2 Résultats de l'enquête auprès des informateurs clés 67
7.2.1 Bilan de la collecte des données 67
7.2.2 Situation actuelle et vécu des SONU au Sénégal 68
PARTIE 2 : REVUE DES INDICATEURS PROPOSES 90
8 Objectifs de la revue des indicateurs 90
8.1 Objectif général 90
8.2 Objectifs spécifiques 90
9 Méthodologie 91
9.1 Échantillonnage 91
9.2 Méthodes de collecte 91
9.3 Traitement et analyse des données 92
10 Résultats 93
10.1 Domaine 1 94
10.1.1 Les indicateurs de disponibilité des SONU 94
10.1.2 Indicateurs d'accessibilité des SONU 96
10.1.3 Indicateurs sur les conditions optimales de l'offre des SONU 96
10.2 Domaine 2 : Un système de SONU centré sur la personne 110
10.2.1 Indicateurs sur le bien-être du personnel de santé 110
10.2.2 Indicateurs sur l'expérience des soins 114
10.3 Domaine 3 : Efficacité des Services de SONU 125
10.3.1 Impact des soins 126
PARTIE 3 : PRE-TEST DE QUELQUES CANDIDATS INDICATEURS 128
PARTIE 4 : RECOMMANDATIONS 155
11 Pour la mise en œuvre des SONU au Sénégal *(complétées et validées lors de l'atelier de restitution tenu le 23 août 2023)* 155
12 Pour le processus mondial de révision des indicateurs SONU 159
13 Conclusion 160
14 Références bibliographiques 161

Abréviations et acronymes

AMDD : ..... Adverting Maternal Deaths and Disabilities

ATB :..... Antibiotique

CEFOREP : ... Centre Régional de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction

CPN : ..... Consultation prénatale

CPoN : ..... Consultation post-natale

CS : ..... Centre de santé

CS I : ..... Centre de Santé de Type I

CS II : ..... Centre de Santé de Type II

DHIS : ..... District Health Information Système

DIEM : ..... Direction de l'Infrastructure, de l'Equipement et du Matériel

EPS : ..... Etablissement Public de Santé

FIGO : ..... Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens

HCD : ..... Human Centered Design

MCD : ..... Médecin chef de district

MCR : ..... Médecin chef de région

MOMA : ..... Mortalité maternelle

NN : ..... Nouveau-né

OMS : ..... Organisation Mondiale de la Santé

PS : ..... Poste de santé

RH : ..... Ressource humaine

SAMU : ..... Service d'Assistance Médicale d'Urgence

SFE : ..... Sage-femme d'Etat

SONU : ..... Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SONUB : ..... Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base

SONUC : ..... Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets

SR : ..... Santé de la reproduction

SSP : ..... Soins de Santé Primaires

UNFPA : ..... Fonds des Nations-Unies pour la Population

UNICEF : ..... Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance

Liste des encadrés

Synthèse 1 : Bas moral du personnel des SONU 68

Synthèse 2 : Inadéquation entre le profil des prestataires et les compétences requises .....**Erreur ! Signet non défini.**

Synthèse 3 : Les nouveau-nés ne sont pas assez pris en compte parce que le système de santé met plus le focus sur les mères 73

Synthèse 4 : De nombreuses insuffisances dans la planification et la gestion des équipements 75

Synthèse 5 : Incohérence dans la répartition du matériel et des équipements..... 76

Synthèse 6 : Divergences de vue entre prestataires et managers des structures SONU dans la gestion des médicaments..... 77

Synthèse 7 : Les mères continuent de mourir principalement du fait du manque de sang 79

Synthèse 8 : Les conditions de transport pour la référence mettent en jeu la vie des femmes et des nouveau-nés 80

Synthèse 9 : Le non-respect des protocoles pour la référence réduit les chances de survie des mères et des nouveau-nés 82

Synthèse 10 : Insuffisance de communication et d'empathie à l'égard des utilisateurs des SONU.....**Erreur ! Signet non défini.**

Liste des tableaux

Tableau 1 : Fonctions signalétiques actuelles des SONU 32

T**ableau 2** : Indicateurs actuels des SONU 37

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon des utilisatrices et des conjoints d'utilisatrices des SONU 40

Tableau 4 : Caractéristiques de l'échantillon des utilisatrices des SONU et des conjoints des utilisatrices des SONU 41

Tableau 5 : Rôles spécifiques des structures partenaires pour la réalisation des évaluations des SONU 51

Tableau 6 : Caractéristiques spécifiques des trois enquêtes d'évaluation des SONU réalisées au Sénégal 51

Tableau 7 : Evolution de certains indicateurs des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Sénégal à travers les évaluations réalisées en 2000, 2012 et 2016 53

Tableau 8 : Données et indicateurs issus des missions de monitoring entre 2020 et 2022 60

Tableau 9 : Synthèse de la collecte auprès des acteurs de la santé au niveau central, régional et district 67

Tableau 10 : Synthèse de la collecte au niveau communautaire 68

Tableau 11 : Illustration des différentes techniques utilisées 91

Tableau 12 : Volets du DOMAINE 1 et leurs contenus 94

Tableau 13 : Nombre minimum de sages-femmes par garde selon le type de structure SONU et selon le volume d'activité obstétricale 97

Tableau 14 : Volets de l'indicateur composite sur la référence et leurs contenus respectifs 105

Tableau 15 : SONU centré sur la personne 110

Tableau 16 : Échelle à 30 questions de l'indicateur de soins centrés sur la personne 115

Tableau 17 : Échelle à 13 questions de l'indicateur de soins centrés sur la personne 116

Tableau 18 : Échelle à 16 questions de l'indicateur de soins centrés sur la personne 116

Tableau 19 : Volets du Domaine 3 avec leurs contenus 126

Tableau 20 : Liste des recommandations selon quatre composantes des SONU (ressources humaines, intrants – médicaments - équipements), référence, management des programmes et services) 155

Liste des figures

Figure 1 : Chaîne de causalité entre l'insuffisance de prestataires qualifiés sur la mortalité maternelle et néonatale et l'effet de cette mortalité sur le moral des professionnels de santé 71

Figure 2 : Chaîne de causalité entre l'insuffisance de formation des sages-femmes et du personnel de soutien sur la mortalité maternelle et néonatale 74

Figure 3 : Chaîne de causalité entre l'absence d'une stratégie de rétention du personnel de santé sur la mortalité maternelle et néonatale 73

Figure 4 : Chaîne de causalité entre l'absence de plan d'amortissement du matériel, la mauvaise planification des équipements et des ressources humaines et la disponibilité des SONU 77

Figure 5 : Chaîne de causalité entre les problèmes de gestion des médicaments et produits et la mortalité maternelle et néonatale 79

Figure 6 : Chaîne de causalité entre la non-disponibilité du sang et la mortalité maternelle et néonatale..... 80

Figure 7 : Chaîne de causalité entre les carences dans la gestion des moyens de référence et la létalité maternelle et néonatale..... 82

Figure 8 : Relation entre le non-respect des protocoles de référence et quelques insuffisances dans l'évacuation des urgences obstétricales et néonatales 83

Figure 9 : Chaîne de causalité entre l'insuffisance de la communication entre les prestataires de santé et les patientes et la faiblesse de la qualité et des performances des services 90

INTRODUCTION

1 Contexte et justification

Afin de contribuer à la réduction de la Mortalité Maternelle, le Programme AMDD de l'Université de Columbia, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, a développé en 1997, des *Directives pour surveiller la disponibilité et l'utilisation des services obstétricaux*. La communauté internationale avait, 10 ans après la Conférence de Mexico sur la Maternité Sans Risque, retenu que les Soins Obstétricaux d'Urgence étaient l'une des stratégies clé pour réduire la Mortalité maternelle, avec l'accouchement assisté par un personnel qualifié et la planification familiale.

Ce document de référence de 1997 décrit une série d'indicateurs inter reliés visant à mesurer et surveiller la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI). Ce cadre, qui repose sur les fonctions signalétiques et la désignation des niveaux de soins obstétricaux d'urgence (SONU) de base et complets (figure 1) permettant la prise en charge des principales complications responsables des décès maternels et néonatals, a exercé une influence considérable au cours des 30 dernières années dans la définition des programmes de lutte contre la mortalité maternelle.

Tableau 1 : Fonctions signalétiques actuelles des SONU

<table>
<tr><th>Fonctions signalétiques</th><th colspan="2">Désignation structures sanitaires</th></tr>
<tr><td>Administration d'antibiotiques par voie parentérale
Administration d'utérotoniques
Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale
Extraction manuelle du placenta
Évacuation des débris intra-utérins
Accouchement par voie basse avec assistance instrumentale
Réanimation néonatale de base</td><td>SONU de base</td><td rowspan="2">SONU complets</td></tr>
<tr><td>Intervention chirurgicale
Transfusion sanguine</td><td></td></tr>
</table>

Ce cadre a été intégré dans pratiquement tous les plans de santé maternelle et néonatale (SMN) des PRFI. Il constitue souvent le point de départ de la planification des ressources humaines, des infrastructures, des équipements, des intrants et médicaments, du transport et de la référence pour les soins pendant l'accouchement.

L'environnement des systèmes de santé et de la SMN a toutefois subi beaucoup de changements au cours des 30 dernières années. Les indicateurs de disponibilité, d'utilisation et de qualité des soins obstétricaux d'urgence ont été une première fois mis à jour en 2009, avec la prise en compte du nouveau-né, lorsque le Programme AMDD et les agences des

Nations Unies ont publié la *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation*[2].

Dix ans après la mise à jour de ces indicateurs, une initiative visant à évaluer, repenser et réviser le cadre est mise en œuvre par le Programme AMDD et ses partenaires (London School of Hygiene and Tropical Medicine, UNICEF, UNFPA et OMS). Dans cette perspective, d'autres aspects importants liés à la qualité des SONU sont davantage pris en compte.

Dans le cadre de cette initiative, trois pays ont été sélectionnés pour des études de cas approfondies sur la mise en œuvre des évaluations passées des SONU afin de s'informer des expériences nationales relatives au cadre, aux indicateurs et aux évaluations. Ces études de cas répondront à des questions telles que : Comment les évaluations ont-elles été utilisées ? Comment analyser les recommandations et dans quelle mesure découlent-elles des conclusions de l'évaluation ? Quels enseignements sont tirés du *Manuel d'utilisation* et des directives du Programme AMDD pour évaluer les SONU ? Comment les indicateurs ont-ils été utilisés dans la planification et le suivi, quels indicateurs sont nécessaires, et que pouvons-nous, par exemple, apprendre de l'expérience de l'UNFPA concernant les "évaluations rapides" et la démarche fondée sur les réseaux SONU et leur suivi ? Quelles améliorations pouvons-nous apporter à ce cadre et ses indicateurs ? Quels sont les priorités dans l'offre de SONU nécessitant d'être améliorées et monitorées selon les utilisateurs de ces indicateurs?

Pour cela, une méthodologie centrée sur les utilisateurs des indicateurs, les prestaires offrant les SONU, et sur les utilisateurs des services de SONU, est utilisée.

L'objectif final est de créer un cadre de SONU révisé et doté d'indicateurs, d'outils et de directives qui répondent aux besoins des pays. L'initiative a adopté une méthodologie de conception basée sur l'humain tout au long du processus afin de placer les utilisateurs visés (décideurs politiques, les responsables de la mise en œuvre nationaux et locaux, prestataires, femmes bénéficiaires des services de SONU et conjoints) au cœur de ce travail. Le cadre révisé des SONU doit pouvoir s'adapter aux pays qui se trouvent à différents stades de la transition obstétricale et présentent des niveaux de départ et des modèles différents en matière de disponibilité, d'utilisation et de qualité des SONU. Son évolution doit pouvoir s'adapter à mesure que les pays avancent vers une couverture sanitaire universelle effective des SONU. Il doit également pouvoir s'adapter aux pays dont les politiques et les mises en œuvre diffèrent, tout en visant à faire progresser la Santé Maternelle et Néonatale à tous les niveaux.

Sur la base de ces outils développés par le programme AMDD, le Sénégal a eu l'opportunité de conduire plusieurs enquêtes sur les Indicateurs de disponibilité, d'utilisation et de qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence : en 2000 (Enquête SOU), en 2013 (Evaluation des SONU) et en 2016 (Evaluation Rapide des SONU). Depuis 2018, le pays a aussi mis en place un réseau de maternités devant offrir les SONU 24/24 et 7j/7 et ce réseau fait l'objet d'un monitoring utilisant ces indicateurs.

[2] OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation.* 2011. p. 162

Le Sénégal a donc été choisi par le Programme AMDD de l'Université de Columbia et ses partenaires de l'initiative pour la réalisation de cette étude de cas, pour l'Afrique Francophone, dans le cadre de ce projet de révision des indicateurs.

2 Définition des termes et concepts

Les décès maternels sont l'aboutissement d'un processus lié notamment à l'insuffisance d'accès à des structures pouvant assurer la prise en charge de qualité et dans les délais des complications responsables de ces décès. La mesure de ces décès était basée antérieurement uniquement sur la mesure d'impact qui est le ratio de mortalité maternelle. Cet indicateur seul n'est pas satisfaisant pour les gestionnaires de programmes qui ont besoin de savoir régulièrement si les interventions planifiées et en cours permettent de réduire cette mortalité. Le ratio de mortalité maternelle est un proxy certes très utile, mais a aussi ses limites (disponibilité au mieux tous les 5 ans, défis des enquêtes populationnelles, et reflet de la situation des 5 à 7 années précédant l'enquête…). D'où la nécessité de disposer d'indicateurs qui permettent d'avoir des informations sur les évènements et les processus ayant abouti au décès ; ce qui a motivé les concepteurs à identifier des indicateurs, ainsi que des cibles minimales à atteindre pour réduire la mortalité maternelle.

Il s'agit d'indicateurs de **disponibilité** (y-a-t-il assez de structures capables de prendre en charge les principales complications responsables des décès maternels par rapport à la population ? Sont-elles bien réparties ?), **d'utilisation** (sont -elles fréquentées par les femmes qui en ont besoin ? Les complications attendues y sont-elles prises en charge ? Quel est le taux de césariennes par rapport aux naissances attendues dans la population couverte ?), et de **qualité** (quelle est le taux de survie dans ces structures des femmes des suites de leurs complications obstétricales ?

Ces indicateurs ont donc pour rôle de mesurer la situation en vue de planifier les interventions correctrices, mais aussi de pouvoir monitorer régulièrement pour suivre les résultats de ces interventions[3].

Après plus d'une vingtaine d'années d'utilisation dans plus de 80 de pays, des questions importantes se posent maintenant :

- Devons-nous réviser la liste des fonctions signalétiques ? Sur cette base, devons-nous prendre en compte de nouveaux indicateurs ? Comment le nouveau-né et les fonctions signalétiques de routine peuvent être intégrés dans un nouveau cadre ? Dans l'ancien cadre ?
- Devons-nous lier les indicateurs actuels à des indicateurs sur les ressources humaines, la qualité des soins (tels que les soins respectueux), les soins obstétricaux essentiels ?

[3] Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. The evidence for emergency obstetric care. Int J Gynaecol Obstet Off organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2005;88(2):181-193. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15694106.

ex : indicateurs évaluant le gap en sages-femmes ou la qualité de la référence entre les maternités ?

- Les indicateurs évaluant la prise en charge des complications peuvent-ils servir pour évaluer la qualité des soins ? De même, les mesures composites des services de SONU, ou l'effectivité des SONU dans des domaines tels que la prévention des infections, les infrastructures, la référence, la disponibilité des ressources humaines aux compétences complémentaires, des médicaments, des équipements, des intrants, la qualité perçue par les usagers, etc., peuvent-ils servir pour mesurer la qualité des soins ?
- La surmédicalisation des femmes enceintes, même dans les pays où le besoin en SONU est encore important : les césariennes, les épisiotomies, et autres interventions sont connus pour être parfois excessives dans certaines zones. Est-il possible dans le cadre des SONU qui sera révisé, de prendre en compte le monitoring des interventions pratiquées dans des indications médicales précises ?
- Comment définir et mesurer l'équité dans le cadre des SONU ?
- Comment les indicateurs ont-ils été adaptés par les pays et pourquoi ?
- A quel niveau des soins chacun des indicateurs SONU devrait être utilisé (toutes les structures, celles devant offrir les SONU, seules les structures SONU effectives, seules les structures SONUC effectives ?
- Pour des besoins de gestion, planification, prise de décision et monitoring, les indicateurs sont utilisés aux différents niveaux du système de santé (district, régional, national). Le focus au niveau district est-il toujours pertinent pour la planification et le monitoring ? Ou bien, faudrait-il identifier d'autres indicateurs plus adaptés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ?
- Ces indicateurs ont-ils été utiles pour gérer le volet SONU des programmes de santé maternelle dans les pays ? Quelles limites les experts ont-ils identifiées (sur des indicateurs spécifiques ou sur l'ensemble des indicateurs) ?
- Comment mettons-nous des cibles pour chaque indicateur ? Est-il nécessaire de définir des cibles à court terme en plus des cibles à moyen/long terme ? etc…

Les différents termes sont définis comme suit :

SONUB : Il s'agit de l'offre de soins disponible 24h/24 et 7j/7 des 7 fonctions suivantes pour la prise en charge des principales complications responsables des décès maternels et néonatals: l'administration des antibiotiques par voie parentérale, l'administration d'ocytociques par voie injectable, l'administration de sédatifs/ anticonvulsivants par voie injectable, l'extraction des débris intra utérins dans le cadre des soins après avortements, la

révision utérine, l'accouchement par voie basse assistée par ventouse ou forceps, et la réanimation de base du nouveau-né (aspiration, ventilation à l'ambu).

SONUC : C'est l'offre de soins disponible 24h/24 et 7j/7 des 7 fonctions SONUB + la chirurgie/ césarienne et la transfusion sanguine. Depuis 2007, le Sénégal a adopté trois fonctions signalétiques supplémentaires aux 9 fonctions signalétiques des SONUC définies par la communauté internationale. Il s'agit de la réanimation néonatale complète (aspiration, intubation, réanimation métabolique), de l'administration parentérale d'antibiotiques au nouveau-né et de l'administration d'anticonvulsivants au nouveau-né par voie parentérale.

Indicateurs de disponibilité :

- **Disponibilité des SONU :** C'est le nombre de structures dispensant des soins de base et complets rapporté à la population
- **Accessibilité géographique des SONU :** C'est la répartition géographique des structures dispensant les soins de base et complets pour chaque niveau administratif défini (région, district, pays)

Indicateurs d'utilisation :

- **Taux d'accouchements dans les SONU :** Proportion de toutes les naissances qui sont effectuées dans les structures dispensant les soins Obstétricaux d'urgence de base et complets
- **Taux de besoins en SONU satisfaits :** proportion de femmes qui souffrent de complications obstétricales directes majeures et sont traitées dans des structures assurant des soins de base et complets par rapport au nombre de complications attendues.
- **Taux de césariennes :** Proportion de césariennes par rapport au nombre total de naissances attendues.

Indicateurs de qualité :

- **Létalité obstétricale directe :** Taux de létalité des femmes liée à aux causes obstétricales directes
- **Létalité obstétricale spécifique :** Taux de létalité des femmes liée à une cause obstétricale spécifique (Hémorragie, éclampsie…)
- **Létalité obstétricale par cause indirecte :** Taux de létalité des femmes liée à une cause obstétricale indirecte
- **Taux de décès intra partum et dans les 24 premières heures :** Proportion de décès intra-partum (mort-nés frais > 2 kg) et de décès néonatals dans les 24h pour des nouveau-nés ayant au moins 2 kg (≤ 24 heures et > 2 kg) dans les maternités offrant les soins de base et complet par rapport à l'ensemble des naissances effectuées dans ces structures

Réseau de maternités SONU : Le réseau de maternité SONU est un ensemble de structures connectées entre elles et avec les autres éléments du système de santé pour offrir les soins

de base et complet 24h/24 et 7j/7 à la population, en couvrant le plus de population possible dans une aire géographique donnée et dans un délai de temps réduit (moins d'une ou deux heures d'accès).

Pour chacun des indicateurs de disponibilité, d'utilisation et de qualité des SONU ci-dessus, des seuils ont été proposés pour optimiser l'offre de soins. Ces seuils permettent, ainsi, de guider la planification des interventions de renforcement des SONU, mais aussi le monitoring et l'évaluation de ces interventions.

Tableau 2 : Indicateurs actuels des SONU

INDICATEUR	NIVEAU ACCEPTABLE
1. Disponibilité des SONU : nombre de structures dispensant des soins de base et complets	Au moins cinq structures qui dispensent des SONU (dont au moins une structure offre des soins complets) pour 500 000 habitants
2. Répartition géographique des structures assurant des SONU	Chaque niveau régional/ district dispose au moins de cinq structures qui dispensent des SONU (dont au moins une offre des soins complets) pour 500 000 habitants
3. Proportion de toutes les naissances dans les structures dispensant des SONU	Le niveau minimum acceptable doit être déterminé localement
4. Besoins satisfaits en SONU : proportion de femmes qui souffrent de complications obstétricales directes majeures et sont traitées dans des structures assurant des SONU	100 % des femmes qui souffriraient de complications obstétricales directes majeures sont traitées dans des structures dispensant des SONU
5. Proportion de césariennes par rapport au nombre total de naissances attendues	La proportion des naissances par césarienne au sein des populations n'est pas inférieure à 5 % ni supérieure à 15 %
6. Taux de létalité liée à une cause obstétricale directe	Le taux de létalité chez les femmes présentant des complications obstétricales directes dans les structures assurant des SONU est inférieur à 1 %
7. Taux de décès intra-partum et néonatals très précoces	Normes à établir
8. Proportion de décès maternels dus à des causes indirectes dans les structures dispensant des SONU	Aucune norme établie

3 Objectifs de l'étude pays

3.1 Objectif général

L'objectif général de l'étude de cas pays est de **tirer les leçons** de l'utilisation du cadre et des indicateurs (ainsi que des directives) de SONU et **identifier les éléments manquants** pour planifier, mettre en œuvre et surveiller des services de SONU de qualité, qui permettent de prévenir, d'identifier et de prendre en charge efficacement les complications maternelles et néonatales.

3.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de la recherche consistent à :

- identifier les éléments nécessaires pour le bon fonctionnement du système de santé au profit des femmes enceintes et des nouveau-nés dans leur milieu ;
- analyser le mode d'organisation des services de prestation de SONU à la lumière des avis des dirigeants, des responsables de la mise en œuvre, des prestataires et des femmes sur la situation idéale comparée à la situation réelle, ainsi que les compromis jugés acceptables pour une offre de SONU de qualité;
- identifier les voies et moyens d'améliorer les indicateurs et le cadre de mesure des SONU sur la base de l'expérience générale des planificateurs et des responsables de la mise en œuvre en ce qui concerne l'utilisation du cadre et les indicateurs de SONU.

Pour atteindre ces objectifs l'étude pays a été faite en 3 parties :

- une première partie d'analyse de la situation des SONU au Sénégal et des moyens d'améliorer les indicateurs SONU en tenant compte de l'expérience du Sénégal ;
- une seconde partie de feedback sur les indicateurs en cours de discussion au niveau mondial
- une troisième partie de pré-test de certains nouveaux indicateurs au niveau de structures du réseau SONU à différents niveaux de la pyramide sanitaire

PARTIE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION DES SONU AU SENEGAL

4 Méthodologie

4.1 Type d'étude

Il s'agit d'une recherche évaluative axée sur la mise en œuvre, réalisée selon un processus en trois phases essentielles : (i) une revue avec analyse comparative des résultats des enquêtes SONU au Sénégal à travers les trois évaluations qui ont été réalisées entre 2000 et 2016, (ii) une analyse initiale qui porte sur l'appréciation, par les acteurs et les bénéficiaires, de l'utilisation, de la pertinence et de la qualité des indicateurs SONU, (iii) une phase de conception/reformulation d'indicateurs précédant le test des nouveaux indicateurs à divers niveaux de la pyramide sanitaire (mode et rythme de renseignement, calcul, interprétation, utilité dans la prise de décision clinique et/ou administrative).

L'approche utilisée durant tout le processus est l'approche de Conception Centrée sur l'Humain (Human Centered Design) qui sera décrite plus loin.

4.2 Zones de l'étude

L'étude a ciblé des informateurs clés situés à **divers niveaux de la pyramide sanitaire**, qui ont été identifiés sur l'étendue du territoire national.

Pour les enquêtes au niveau communautaire, les structures sanitaires à enquêter ont été déterminées en tenant compte des différentes zones ethnoculturelles existantes au Sénégal, en plus de la région Dakar, capitale. Afin de prendre en compte la diversité ethnoculturelle du pays et donc les perceptions et vécus liés à ces facteurs socioculturels et conditions de vie, les principaux groupes ethnoculturels du pays ont été représentés dans le ciblage des populations pour les groupes de discussions : zones Nord, Sud, Est et centre du pays), ainsi que Dakar la capitale avec ses propres réalités. Nous avons représenté toutes les zones ethnoculturelles du pays et dans chacune, une ou deux régions (dans les deux zones plus grandes) ont été sélectionnées selon une procédure de tirage aléatoire :

- zone Nord : Louga et Matam
- zone Centre : Thiès et Kaolack
- zone Sud-Est : Tambacounda
- zone Sud-Ouest : Kolda
- Dakar

Dans chaque région échantillonnée, les structures sanitaires à enquêter ont été sélectionnées de manière raisonnée, en tenant de les diversifier afin de prendre en considération les différentes composantes de la pyramide sanitaire au niveau périphérique (EPS1 et EPS2) et régional (EPS3) ainsi que le profil urbain et celui rural. Le tableau suivant présente la

répartition des structures sanitaires enquêtées en fonction de leur typologie, de leur milieu de résidence et région d'appartenance.

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon des utilisatrices et des conjoints d'utilisatrices des SONU

Zone	Région	Milieu	Zone Structure de santé
Nord	Louga	Rural	Dahra
	Matam	Rural	Sinthiou Bamandé
Centre	Thiès	Urbain (hôpital)	Amadou Sakhir Ndiéguène
	Kaolack	Urbain (EPS 2)	Kasnack
Sud-Est	Tambacounda	Rural	Kothiari
		Urbain	Goudiry
Sud-Ouest	Kolda	Rural (EPS1)	Diaobé
Ouest	Dakar	Urbain (Hôpital)	Roi Baudouin

4.3 Population de l'étude

Les données et informations ont été collectées auprès de personnes clés qui ont été sélectionnées en fonction de leur susceptibilité à priori, à partager leurs ressentis, appréciations et vécus par rapport aux SONU lors des groupes de discussions et des interviews :

- **au niveau central** : DGS, DSME, DGEPS, Chaires de pédiatrie et de gynécologie/Obstétrique ; gestionnaires de programme de santé maternelle et périnatale, personnes impliquées dans la mise en œuvre des enquêtes SONU précédentes (y compris partenaires techniques et financiers)
- **au niveau opérationnel** (acteurs expérimentés et moins expérimentés dans l'utilisation des indicateurs SONU) : MCR, MCD, Coordinatrices SR régionales et district, Directeurs des hôpitaux, gynécologues et pédiatres des hôpitaux, maitresses sages-femmes des hôpitaux, de centres de santé et postes de santé urbains et ruraux, et infirmiers/ères de maternités ;
- **au niveau de la communauté :** les cibles des enquêtes ont été les femmes ayant récemment accouché ainsi que les maris. Pour être inclus, il fallait que la femme ait été une usagère des services de maternité au cours des 6 mois précédant l'enquête, qu'elle soit résidente de la zone de couverture de la structure de santé ou du district sanitaire échantillonné. Ont été exclues de l'enquête toutes les usagères n'habitant pas la zone de couverture de la structure sanitaire ainsi que les femmes enceintes ou

accouchées récentes n'ayant pas été prises en charge dans le cadre des services de maternité.

4.4 Échantillonnage

4.4.1 Cibles de l'enquête et nombres

Au niveau des acteurs de la santé, l'échantillon a été composé de manière à couvrir tous les échelons de la pyramide sanitaire et dans l'ensemble du pays. Ainsi, au niveau opérationnel, 21 acteurs des régions, des districts et des structures sanitaires ont été ciblés pour des groupes de discussions, et 14 répondants clés ont été identifiés au niveau central en fonction de leur connaissance/implication dans les SONU pour les interviews approfondis.

Au niveau de la communauté, les enquêtes communautaires ont consisté en la réalisation exclusive de focus-group avec deux catégories :

- Focus-group avec les femmes usagères des services de SONU
- Focus-group avec les maris de femmes usagères des services de SONU

Au total, 8 focus-group ont été réalisés, dont un focus group par région, à l'exception de la région de Tambacounda (représentant la zone Sud-Est) où nous avons mené deux focus-group. Nous avons tenu à avoir 4 focus group hommes et 4 autres avec les femmes. La répartition a été faite de manière aléatoire dans les régions, à l'exception de Tambacounda, seule à avoir abrité un focus homme et un focus-femme. Les huit (8) séances de discussion de groupe dirigés ont été réalisées en milieu urbain (dans un hôpital et dans un centre de santé de type 1), ainsi qu'en milieu rural (dans un centre de santé de type 2 et dans un poste de santé).

Tableau 4 : Caractéristiques de l'échantillon des utilisatrices des SONU et des conjoints des utilisatrices des SONU

Zone	Région	Structure sanitaire	Milieu	Cible	Nombre
Nord	Louga	Centre de santé de Dahra	Rural	Femme	6
	Matam	Poste de santé de Sinthiou Bamambé	Rural	Mari	6
Centre	Thiès	Hôpital Amadou Sakhir Ndiéguène de Thiès	Urbain	Mari	6
	Kaolack	Centre de santé de Kasnack de Kaolack	Urbain	Femme	6
Sud-Est	Tambacounda	Poste de santé Kothiary	Rural	Femme	6
		Centre de santé Goudiry	Urbain	Mari	6
Sud-Ouest	Kolda	Poste de santé de Diaobé de Vélingara	Rural	Mari	6
Ouest	Dakar	Hôpital Roi Baudouin	Urbain	Femme	6

Chaque focus-group a vu la participation effective de 6 personnes, ce qui a permis de toucher 48 membres au total (24 hommes et 24 femmes). Le tableau suivant récapitule la répartition des focus group réalisés dans chaque région en fonction du genre et le nombre de personnes ayant participé aux discussions.

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des participants aux différents GDD et interviews

PARTICIPANTS AUX DIFFÉRENTS GDD ET INTERVIEWS			
Atelier test des outils	**Nombre**		
Test des images	6		
GDD gynécologues	6		
GDD Pédiatres	4		
GDD Maitresses sages-femmes	4		
GDD Médecins chefs de district	2		
Total participants test des outils	**22**		
Ateliers analyse situation/GDD acteurs de la santé	**Nombre**	**Ateliers validation des données de l'analyse de la situation et revue des indicateurs proposés/GDD acteurs de la santé**	**Nombre**
Maitresses sages-femmes	4		2
Médecins chefs de région	3		2
Médecins chefs de district	5		1
Gynécologues et compétents SONU	6		2
Pédiatres	4		2
Coordinatrices SR de région	5		1
Ateliers analyse situation participants communauté		**Ateliers validation des données de l'analyse de la situation participants communauté**	
Femmes	24	Femmes	4
Hommes	24	Hommes	6
Total participants analyse de la situation	**75**	Total participants validation données et revue nouveaux indicateurs	**20**
Total participants GDD analyse de la situation, validation des données et revue des nouveaux indicateurs	**95**		
Interviews			
Gynécologues (Professeurs d'Universités)	2	Niveau central	
Pédiatres (Professeurs d'Universités)	2		
Managers niveau central expérimentés dans les programmes de SONU	2		
Partenaires techniques et financiers appuyant les programmes SMN	3		
Experts nationaux (utilisateurs des indicateurs SONU)	2		
Total participants interviews	**11**		
TOTAL PARTICIPANTS ETUDE DE CAS SENEGAL	**128**		

4.4.2 Modes de sélection des cibles de l'enquête

Les acteurs du secteur de la santé ciblés sont ceux ayant une expérience dans l'offre de SONU, dans la gestion des maternités SONUB et SONUC, dans la mise en place, le fonctionnement et le monitoring du réseau de maternités SONU mis en place depuis 2018. Il s'agit aussi de responsables de programmes de santé maternelle, de responsables de la formation des spécialistes en santé maternelle et néonatale, de partenaires appuyant les programmes de santé maternelle et néonatale.

Au niveau communautaire : Les participants ont été sélectionnés selon une procédure ayant comme porte d'entrée la structure sanitaire échantillonnée :

- Dans un premier temps, les structures offrant les SONU dans la région échantillonnée ont été identifiées à partir du réseau SONU : à partir de cette liste, nous avons tiré les structures en fonction de la localisation (zone urbaine, zone rurale).
- Ensuite, au niveau de la structure choisie, les enquêteurs ont utilisé les registres d'accouchement, avec l'aide des sages-femmes, qu'ils ont exploités, afin de classifier les cas en fonction du nombre de gestations, de la localité d'origine, l'utilisation ou non des services SONU. Les personnes à interviewer ont été identifiées à partir des registres dans le but d'avoir une diversité de profils obstétricaux.
- Ensuite, quelques cas ont été sélectionnés, avec le souci de la diversification. A cet effet, pour les femmes les critères suivants ont été utilisés pour pouvoir analyser leur vécu de l'utilisation des services : accouchement par voie basse, accouchement par césarienne, complications obstétricales et néonatales. Les femmes sélectionnées par l'équipe de recherche ont été contactées par téléphone (avec l'aide des sages-femmes ou *Bajenu Gox*) pour leur expliquer la recherche et solliciter leur participation, en fonction de leur disponibilité.
- A la suite de cela, les cas de maris ont été sélectionnés, en excluant ceux dont les femmes ont déjà été sélectionnées pour les focus-femmes. Pour cela, nous avons utilisé les registres pour choisir des femmes et nous sommes rentrés en contact avec leurs maris pour solliciter leur participation.

Au moment de la réalisation des focus-group, nous avons pris le soin d'informer à nouveau les participants et de procéder à la demande de leur consentement, avant de pouvoir commencer les discussions.

4.5 Méthode de collecte des données

4.5.1 L'approche du design centré sur l'humain (HCD)

La méthode de recherche centrée sur l'humain HCD utilisée lors des groupes de discussions et des entrevues auprès des informateurs clés est une technique visant à obtenir des informations qui peuvent parfois être difficiles à recueillir au moyen de questions directes. Elle crée tout d'abord les conditions pour une introspection des acteurs et une expression

libre à partir du vécu de chaque répondant. Elle se concentre sur la capacité de se mettre à la place des autres (écoute empathique), de comprendre ce que les cibles vivent et les situations sous plusieurs angles. Elle fournit ainsi une compréhension beaucoup plus nuancée des personnes pour lesquelles des solutions sont proposées/mises en œuvre, en l'occurrence les SONU et les indicateurs. Elle prend donc en compte le fait que le vécu de chacun est complexe et varié.

Les outils utilisés permettent de stimuler la créativité et favoriser le développement de nouvelles idées et ainsi la possibilité de révision des indicateurs notamment. Les types d'informations recherchées comprennent ce qui suit :

- les connaissances techniques implicites sur les indicateurs ;
- les motivations et incitations à utiliser les indicateurs ;
- et les facteurs environnementaux qui entravent ou favorisent l'usage des indicateurs.

Parmi les méthodes HCD, la technique essentiellement utilisée a été le collage qui sert à découvrir des émotions, des sentiments ou des souhaits. Nous avons utilisé des collages d'images en rapport avec l'offre de SONU allant de l'environnement de travail (intrants et médicaments, équipements pour les soins de la mère et du nouveau-né) aux ressources humaines, aux comportements et attitudes (expressions émotionnelles), en passant par les gestes cliniques et thérapeutiques, etc.

Cette technique permet aux personnes de s'exprimer au moyen d'images et de mots qui se rapportent à la façon dont elles décrivent leurs expériences actuelles ou souhaitées ;

Cette technique est un des exemples de cartographie mentale qui donne l'opportunité aux personnes interrogées de se familiariser avec des concepts et décrire leurs sentiments à l'égard de ces concepts, ce qui est essentiel pour réfléchir aux indicateurs, à leur signification et à leur valeur.

La technique des "prototypes" a aussi été utilisée. Il s'est agi de présenter les premières ébauches de concepts ou d'éléments de la révision des SONU en discussions dans les groupes de travail internationaux pour permettre aux répondants des pays de donner leurs suggestions. Ceci peut être vu comme un test préliminaire et a été utilisé pour les fonctions SONU, et les niveaux de soins.

4.5.2 Outils de collecte des données (préparation et test)

Deux types d'outils de collecte ont été élaborés (guide de facilitation des groupes de discussions, et guide pour les interviews), ainsi que des images pour les ateliers de collage.

Les guides de facilitation des groupes de discussions ont été adaptés au fur au mesure et en fonction des cibles conformément à la flexibilité offerte par la méthode HCD.

Comme décrit plus haut, la sélection des images s'est faite sur la base des éléments liés à l'offre des SONU et adaptées au vécu des répondants.

Ces outils ont été testés lors de cinq ateliers : un atelier de test des images, et quatre ateliers de test des guides et du déroulement des groupes de discussions. Ces ateliers ont regroupé vingt-deux (22) représentants des différentes cibles de la collecte : gynécologues, pédiatres, Médecins chefs de district, et maitresses Sages-femmes.

Les outils du niveau communautaire ont été testés auprès des femmes (compréhension et adéquation des images) et avec les socio-anthropologues responsables de la collecte sous forme de jeux de rôle (déroulement des groupes de discussions).

Ces différents tests ont permis de s'assurer de la possibilité d'utiliser les images proposées pour exprimer le vécu des répondants, mais aussi de la faisabilité pratique des sessions de collecte.

4.6 Organisation et déroulement de la collecte des données

4.6.1 Formation des agents de collecte

Après une série de rencontres virtuelles d'échanges entre SCOPE, AMDD, CEFOREP sur la démarche et la finalité du processus, des sessions de formation en ligne ont été organisées pour l'équipe de recherche sur HCD adaptée aux SONU et les différentes techniques de collecte.

Pour la collecte des données au niveau communautaire, les socio-anthropologues ont été formés pendant deux (2) jours sur la méthode HCD, et se sont familiarisés avec les outils de collecte et les images à travers des jeux de rôle notamment. Tout le personnel impliqué dans la supervision, le recueil et la gestion de données a été formé dans l'optique de faciliter :

- La connaissance, la compréhension et l'appropriation du protocole et des éléments clés de l'enquête (contexte, problématique, objectifs, résultats attendus, approche méthodologique)
- La compréhension et la maîtrise des différents outils de collecte prévus et de leurs contenus ;
- La compréhension de leur rôle et leurs responsabilités au sein de l'enquête, notamment les tâches personnelles, le planning.
- La connaissance et la compréhension de la planification du travail et de la stratégie de terrain prévue.

La séance de formation avait aussi pour ambition de tester le niveau de compréhension, de maîtrise et d'appropriation par les enquêteurs de l'administration des guides de discussions et des images avec les cibles en fonction de leurs différentes expériences. Une simulation de l'administration du guide de discussion de groupe a été faite, comme prévu dans le déroulement des ateliers de collage, et en utilisant les images et les post it. Les enquêteurs ont été organisés en situation réelle, avec des jeux de rôles (interviewer et interviewé) à tour de rôle. A l'occasion de ce pré-test, nous avons pu apprécier la durée de l'administration et surtout la compréhension et la maitrise de ces outils par les enquêteurs. La mise en commun

a permis aussi de noter quelques difficultés ou erreurs dans l'approche des enquêteurs. Des mesures correctrices ont été apportées à ces situations.

Les images (préalablement définies et testées à travers des ateliers de collage avec des personnes ressources) ont été testées avec des patientes au niveau du service de maternité (Hôpital Aristide Le Dantec), afin de voir si elles étaient assez illustratives et parlantes pour susciter une discussion à propos de leurs vécus et expériences et de la situation idéale qu'elles souhaiteraient avoir. Il y avait aussi des images qui ne figuraient pas sur la liste fournie et qu'elles ont souhaité rajouter : images de femmes accouchant, de nouveau-nés, des seringues, une femme césarisée, le temps d'attente et la négligence médicale. A la suite du test, un débriefing a été organisé par l'équipe de recherche et les images ont été reconstituées. Cet exercice a été très révélateur du fait que les images (même celles évoquant le personnel soignant) ont permis aux femmes de se projeter et discuter de leurs expériences, de parler de leurs parcours de soins dans le système sanitaire.

4.6.2 Collecte des données auprès des acteurs du système de santé

Six (6) ateliers ont été organisés regroupant successivement :

- des maitresses sages-femmes de structures offrant les SONUC et les SONUB ;
- des médecins chef de région expérimentés dans la gestion des SONU notamment dans la mise en place du réseau SONU ;
- des médecins de district aux réalités sanitaires assez différentes ;
- des gynécologues et compétents SONU officiant dans des hôpitaux de différents niveaux dans la pyramide sanitaire et de CS type II ;
- de pédiatres officiant dans des hôpitaux de différents niveaux dans la pyramide sanitaire ;
- de coordinatrices SR de régions aux contextes sanitaires à priori différents.

Ces ateliers ont duré une journée chacun, suivie d'une journée de synthèse des données collectées puis de la transcription des données. La journée de synthèse consistait à faire ressortir les points clés par thématique pour chaque groupe de répondants. Elle a aussi permis d'adapter les outils pour les ateliers suivants en mettant l'accent sur des points et propositions spécifiques faits par les groupes précédents, permettant d'avoir une vue plus complète sur la question.

4.6.3 Collecte des données au niveau de la communauté

Les ateliers communautaires ont regroupé :

- des femmes ayant accouché dans les structures ciblées (6 par focus group) ;
- des hommes identifiés à partir de leurs conjointes ayant récemment accouché dans les structures.

En ce qui concerne la collecte de données, elle a été organisée du 01 au 12 juillet 2022, par une équipe de 4 enquêteurs socio-anthropologues en spécialisation (étudiants de niveau master et doctorat de sociologie), supervisées par une assistante de recherche et coordonnée par un socio-anthropologue sénior.

Pour les besoins de la planification, l'équipe a été scindée en deux groupes, chacun étant chargé de conduire les enquêtes de manière simultanée dans sa zone de responsabilité :

- Axe 1 : zones Nord (Matam, Louga) et Sud Est (Tambacounda)
- Axe 2 : zones Sud (Kolda), Centre (Kaolack, Thiès) et Dakar

Les enquêtes communautaires ont été réalisées exclusivement avec des focus-group ciblant les femmes et maris, usagers des services de santé maternelle et néonatale. Les groupes ont été constitués par les enquêteurs (entre 6 et 8 personnes par groupe), en respectant les critères d'inclusion définis. Les discussions ont été organisées par un binôme d'enquêteurs (un animateur chargé de conduire les discussions et un assistant pour prendre note) et ont été enregistrées par dictaphone (en demandant au préalable l'autorisation à chacun des participants). Les discussions ont été menées dans les langues locales les plus parlées dans les zones de l'enquête, par des enquêteurs. Les discussions ont été soutenues par des images faisant référence aux services de SONU, qui ont été sélectionnées sur la base d'une approche participative. Les images étaient des supports diversifiés parmi lesquels les femmes ont sélectionné celles plus représentative de l'idée qu'elles voulaient exprimer. Au cas où elles ne trouvaient pas de correspondance, elles avaient la possibilité de décrire et d'en rajouter de nouvelles.

Concrètement, l'organisation de chaque focus-group était suivie par une pause, permettant de faire le débriefing et de renseigner le tableau de préanalyse. La synthèse des résultats pour chaque zone ethnoculturelle a permis d'alimenter le travail dans les zones suivantes en identifiant les points qui méritent plus de discussions d'approfondissement. L'organisation des focus-group a été alternée aussi avec les exercices de transcription qui ont été réalisée de manière simultanée par les enquêteurs chargés de la collecte des données.

Lors des focus-group, nous avons pris en compte un ensemble de dispositions éthiques permettant d'assurer l'anonymat, la sécurité et l'intégrité des personnes à interroger (formulaires de consentement éclairé en l'occurrence) à l'instar de ce qui a été fait avec les acteurs de la santé. Préalablement à toute discussion, nous avons informé les participants des objectifs de l'étude, avons sollicité et obtenu le consentement à l'aide d'un formulaire de consentement. Nous avons expliqué aux répondants qu'aucune question d'ordre personnel ou sensible ne serait posée, que leur participation était volontaire, qu'ils n'encouraient aucune conséquence ni critique et qu'ils étaient libres de ne pas répondre aux questions incommodantes. Sur la base de leur acceptation, les entretiens et focus-group ont été enregistrés par dictaphones, puis retranscrits, en préservant l'anonymat des répondants. Une copie du consentement a été remise à chaque participant et une autre gardée par l'équipe de recherche et transférée à CEFOREP à la fin de la collecte des données. Les copies électroniques

de l'enregistrement des discussions de groupe (audio et texte) ont été transférés à CEFOREP et utilisées pour l'analyse des données.

4.7 Traitement et analyse des données

Les enregistrements des groupes de discussions et des interviews avec les acteurs de la santé ont été transcrits en utilisant le logiciel SONIX. Pour les groupes de discussions de la communauté en langues locales, la transcription traditionnelle a été réalisée.

Les données collectées ont été synthétisées conformément aux deux axes que sont (i) la situation des SONU et système idéal souhaité, et (ii) les informations nécessaires pour l'offre de SONU de qualité. Grâce à l'utilisation de l'application MIRO[4], les données ont été regroupées par thèmes :

- Ressources humaines
- Équipements, médicaments et produits
- Référence
- Expérience des soins

Sur cette base, des arbres à problèmes ont été élaborés en tirant les informations des différentes cibles pour créer les liens logiques entre les assertions des différents participants. Ces arbres à problèmes ont pour but d'expliquer les défaillances du système dans l'offre de SONU de qualité et leur impact sur la mortalité maternelle et néonatale.

Les données produites au niveau communautaire par les focus-group et notes d'observation ont été transcrites et saisies sous Word. Les entretiens non enregistrés ont fait l'objet d'un compte rendu saisi sous Word et les données d'observation (notes d'observation) ont fait partie intégrante du corpus d'analyse.

Pour harmoniser et faciliter le travail, un système de labellisation a été utilisé pour toutes les transcriptions. Un plan d'analyse basé sur des thèmes significatifs répondant aux questions et objectifs de la recherche a été défini de manière déductive pour organiser la codification et la catégorisation de manière manuelle. À la fin de la collecte des données, un atelier de pré analyse a été organisé pour une mise en commun et a permis, à partir des résultats préliminaires, de proposer un codage inductif à partir de l'exploitation préliminaire collective de quelques entretiens. À partir de cette catégorisation, nous avons procédé à une codification de l'ensemble des données qualitatives et organisé par la suite la synthèse et l'analyse, par la technique de l'analyse de contenu thématique. La triangulation des données a été utilisée pour valider les résultats. Certaines citations ont été utilisées pour étayer nos

[4] Miro est une **plateforme en ligne** qui utilise des tableaux pour effectuer un brainstorming, ou planifier ou générer des logiques de réflexion, etc.

analyses en tenant compte de la variabilité des zones ethnoculturelles et des milieux de résidence (rural/urbain).

5 Considérations éthiques

Suite à l'approbation du comité d'éthique, les précautions suivantes ont été prises durant tout le processus :

- Les participants des groupes de discussions ont été informés du caractère volontaire de l'étude à travers un document explicatif qui leur a été remis, et ont signés le formulaire de consentement à participer à l'étude, y compris au niveau communautaire ;
- Les données ont été anonymisées pendant la transcription, l'analyse et la rédaction du rapport ;
- Les informations sur les prochaines étapes y compris la restitution des résultats ont été partagées avec les participants.

6 Difficultés et limites de l'étude pays

La principale difficulté a concerné la mobilisation des acteurs de la santé ainsi que certains utilisateurs des services.

Durant les groupes de discussions, le temps a été parfois trop court pour aborder de manière approfondies certains aspects.

7 Résultats

7.1 Analyse des 3 enquêtes SONU menées au Sénégal

7.1.1 Chronogramme et dates clés de l'utilisation des indicateurs et du cadre SONU

En 2000, l'approche stratégique des Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU) consistait à suivre les progrès de réduction de la mortalité maternelle, en se basant sur la surveillance des processus et des interventions permettant d'offrir dans un délai raisonnable des Soins d'Urgence aux femmes qui en ont besoin et qui présentent des complications. De ce fait, la première évaluation, réalisée en 2000, avait pour objectif l'élaboration d'un programme de lutte contre la mortalité maternelle basé sur les indicateurs de processus. Elle a permis de donner les grandes orientations pour la planification de l'offre de SONU aux différents niveaux de la pyramide sanitaire : les SONUB au niveau des Postes de santé et CS de type I, et les SONUC au niveau des CS de type II et les hôpitaux. La deuxième évaluation réalisée en 2012, a permis d'analyser les besoins en Soins Obstétricaux Néonatals d'Urgences sur l'étendue du pays, avec un plus grand nombre de structures enquêtées et d'indicateurs couverts.

Entre les 2 enquêtes, en 2011, pour renforcer la prise en compte du nouveau-né, deux fonctions SONUB ont été rajoutées (administration parentérale d'antibiotiques et administration parentérale d'anticonvulsivants au nouveau-né), et une fonction SONUC (réanimation complète du nouveau-né).

Enfin, la dernière évaluation date de 2016 et s'était concentrée sur les indicateurs clés et a servi pour la mise en place de la stratégie du réseau de maternités de référence en SONU.

En termes d'utilité, selon les acteurs du niveau central les enquêtes SONU sont très importantes car "*elles permettent d'avoir des données pour repositionner les SONU en termes de priorités sanitaires et embarquer tous les partenaires."* Elles ont été très importantes et ont influencé les politiques et stratégies de santé maternelle et néonatale :

- elles ont permis à plusieurs reprises d'avoir une cartographie de l'offre de SONU, à partir de laquelle des planifications en vue de l'augmentation de la disponibilité ont été faites;
- Elles ont permis de renforcer les ressources humaines qualifiées dans les structures, les équipements…
- elles ont révélé l'absence de certaines fonctions SONU, qui ont été par la suite introduite dans les programmes et dans l'offre de soins. Il s'agit de l'administration de sulfate de magnésie qui a permis d'améliorer grandement la prise en charge des pré éclampsies et éclampsies,) la fonction accouchement assisté par ventouse qui a introduite suite à la première enquête SONU…Ceci a été déterminant dans la lutte contre la mortalité maternelle au Sénégal.
- Elles ont permis de mettre en place des stratégies comme la délégation de tâches pour les SOU avec les "équipes SOU" (composées d'un médecin compétent SOU formé aux compétences chirurgicales, d'un aide opérateur, d'un instrumentiste, et plus tard d'une sage-femmes formée à l'échographie obstétricale), la mise en place et le suivi des blocs SOU (même si la stratégie n'a pas encore été mise en place de manière optimale)

Cependant, des limites ou insuffisances ont été relevées par les acteurs :

- leur utilisation à des fins de prise de décisions est encore faible *"seul un groupe de personnes utilisent les résultats des enquêtes SONU"* au niveau central et au niveau opérationnel.
- au- delà des acteurs de la santé, d'autres devraient être informés des résultats comme les parlementaires (pour prendre les décisions sur le financement des SONU par exemple), les collectivités locales…
- le problème de l'insuffisance de planification des enquêtes SONU dont le financement reste un défi pour en réaliser plus régulièrement (planification idéale étant tous les 4 à 5 ans).

7.1.2 Structures/institutions de mise en œuvre et d'appui technique et financier pour les différentes enquêtes :

Tableau 6 : Rôles spécifiques des structures partenaires pour la réalisation des évaluations des SONU

Evaluations	Appui technique et financier	Appui technique
Evaluation SOU 2000	UNFPA AMDD Columbia University	UNFPA AMDD Columbia University
Evaluation SONU 2012	UNFPA OMS UNICEF	CEFOREP
Evaluation Rapide SONU 2016	UNFPA	CEFOREP

7.1.3 Méthodologie utilisée pour les enquêtes SONU

Tableau 7 : Caractéristiques spécifiques des trois enquêtes d'évaluation des SONU réalisées au Sénégal

Évaluations	Méthodologie	Échantillonnage	Collecte de données
Évaluation SOU 2000	Étude rétrospective recueillant des données maternelles et néonatales ainsi que des données sur les ressources humaines et matérielles dans les structures sanitaires offrant des SONU.	172 structures offrant des SONU du pays ont été concernées par cette étude. - Les structures sont les suivantes : - 3 hôpitaux nationaux - 2 hôpitaux de districts - 8 hôpitaux régionaux - 54 centres de santé de type I - 5 centres de santé de type II - 52 postes de santé - 16 Maternités - 4 structures privées confessionnelles - 28 structures privées	La collecte des données a été faite par des sages-femmes, a duré 15 jours et s'est déroulée de manière simultanée dans les dix régions à l'aide d'un questionnaire standardisé qui comprenait les paramètres suivants : - le type de structure (hôpital national, régional, centre de santé de type I ou II, poste de santé, maternité, structure privée, confessionnelle). - le milieu où est implantée la structure (urbain ou rural) - les distances entre les structures de référence - la population de couverture - les naissances attendues - la nature de la structure SONUC, SONUB potentielle - les ressources humaines et matérielles. L'équipe de recherche était composée de la coordinatrice SR, du superviseur régional des Soins de Santé Primaires et d'une maîtresse sagefemme, exception à Dakar qui a nécessité 9 enquêtrices du fait du nombre important de structures à visiter.

Tableau 7 : Caractéristiques spécifiques des trois enquêtes d'évaluation des SONU réalisées au Sénégal

Évaluations	Méthodologie	Échantillonnage	Collecte de données
Évaluation SONU 2012	Une enquête rétrospective a été utilisée pour cette évaluation. Les investigations ont porté sur l'état des structures, sur les équipements, sur les ressources humaines, sur les activités obstétricales et la qualité des services offerts. Trois méthodes de collecte des données ont été utilisées dans cette enquête : l'observation, l'interview des prestataires et l'exploitation des registres.	563 structures sanitaires ont été ciblées dans cette enquête : - 29 Établissements Publics de Santé (100%). - 94 Centres de santé (100%), - 416 Postes de santé (30% des PS) - 21 Cliniques privées (20%).	- Les Coordonnatrices SR de Régions ont collecté les données dans les hôpitaux existant dans leur région et ont assuré la supervision de la collecte des données. - Les Coordonnatrices SR des districts ont été affectées dans d'autres districts de leur région. - Les données relatives aux infrastructures, aux moyens logistiques, techniques et cliniques, ainsi qu'aux ressources humaines ont été collectées à partir des documents administratifs, des formations sanitaires. - Les données sur les activités cliniques ont été collectées à partir des registres des unités appropriées (salle d'accouchement, bloc opératoire, suites de couches, etc.) ou bien, à partir des dossiers individuels des malades. - Les données ont été numérisées, elles ont été collectées directement avec les PDA et tablettes dans l'ensemble des régions, exceptées les régions de Dakar et Thiès, où la collecte s'est faite sur support papier et saisies sur micro-ordinateurs.
Évaluation Rapide SONU 2016	C'est une aussi une enquête nationale rétrospective et descriptive. Ils ont porté sur l'identification de l'établissement, les ressources humaines, les médicaments essentiels, les équipements et fournitures, les données d'activités obstétricales de la structure de santé et sur la disponibilité des fonctions essentielles SONU et les autres services importants tels que la consultation prénatale.	Une approche exhaustive a été utilisée pour les hôpitaux et les centres de santé. Toutes les structures appartenant à ces deux catégories et offrant des SONU, ont été incluses dans l'échantillon qui est constitué par : - tous les hôpitaux qui pratiquent des accouchements - tous les centres de santé. 120 structures de santé ont été ciblées pour la collecte des données : - 92 Centres de Santé (100%) - 28 Établissements Publics de Santé (100%).	- Les données ont été collectées par les coordinatrices en santé de la reproduction du niveau national, des régions et des districts. - Elles ont été organisées en 17 équipes composées d'un contrôleur et de deux enquêtrices. - Les Coordonnatrices SR des districts ont été affectées dans d'autres districts de leur région. - Les données ont été numérisées, elles ont été collectées directement avec les tablettes.

7.1.4 Évolution des indicateurs de SONU au Sénégal

Tableau 8 : Evolution de certains indicateurs des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Sénégal à travers les évaluations réalisées en 2000, 2012 et 2016

Indicateurs	Année de l'évaluation 1 (2000)	Année de l'évaluation 2 (2012)	Année de l'évaluation 3 (2016)
Nombre total de structures enquêtées :	172	560	120
Hôpitaux	Hôpitaux nationaux : 3 Hôpitaux régionaux : 8 Hôpitaux de districts : 2	29	Hôpitaux nationaux : 4 Hôpitaux régionaux : 13 Hôpitaux de district : 11
Centres de santé	Centres de santé de type I : 54 Centres de santé de type II : 5	97	92
Poste de santé	Postes de santé : 52 Maternités : 16	416	0
Structures privées de santé	Structures privées confessionnelles : 4 Structures privées : 28	21	0
Niveau des structures NON incluses dans l'évaluation (ex : PS)	Les postes de santé où il y'a juste la présence de l'infirmier sont exclus dans cette évaluation, car la plupart des accouchements sont pratiqués par des matrones qui ne sont pas en mesure de prendre en charge les complications obstétricales. Seules les structures avec sage-femme ont été incluses.	Tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont été inclus. Cependant, seuls 33% des postes de santé ont été inclus. Ils ont été sélectionnés de manière aléatoire.	Le Centre de Santé insulaire de Foundiougne n'a pas été visité en raison des difficultés d'accès liées à son enclavement.
Fonctions signalétiques SONU			
Administration ATB par voie parentérale	**Indicateur non mesuré**	94,9%	78,2%
Administration utérotoniques (ocytocique)	**Indicateur non mesuré**	99,3%	100,0%
Administration par voie parentérale d'anticonvulsivants	**Indicateur non mesuré**	72,4%	90,8%
Extraction manuelle du placenta	**Indicateur non mesuré**	52,3%	93,3%
Extraction de débris ovulaires intra utérins	**Indicateur non mesuré**	49,5%	97,5%
Accouchement instrumental	**Indicateur non mesuré**	4,7%	31,1%

Tableau 8 : Evolution de certains indicateurs des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Sénégal à travers les évaluations réalisées en 2000, 2012 et 2016

Indicateurs	Année de l'évaluation 1 (2000)	Année de l'évaluation 2 (2012)	Année de l'évaluation 3 (2016)
Réanimation néonatale de base	**Indicateur non mesuré**	38,7%	94,1%
Chirurgie (ex., césarienne)	**Indicateur non mesuré**	7,2%	72,7%
Transfusion Sanguine	**Indicateur non mesuré**	3,1%	38,7%
Autres fonctions Sénégal			
Administration d'antibiotiques par voie parentérale au nouveau-né	**Indicateur non mesuré**	98%	78,2%
Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale au nouveau-né	**Indicateur non mesuré**	65,1%	74,8%
Réanimation complète du nouveau-né	**Indicateur non mesuré**	4,4%	10,9%
Disponibilité des SONU : structures offrant les SONUB et SONUC			
Nombre de SONUB recommandé	Pour 500 000 habitants il faut : Au moins 4 SONUB	Pour 500 000 habitants il faut : Au moins 4 SONUB	En considérant les normes définies par l'OMS (quatre structures SONUB pour 500 000 habitants)
Nombre de SONUB effectifs	5 structures de SONUB pour 9,704 millions, soit 0,25 structures SONUB pour 500 000 habitants	**14** structures offrant les SONUB	34 structures offrant les SONUB
Nombre de SONUC recommandé	Pour 500 000 habitants il faut : Au moins 1 SONUC	Pour 500 000 habitants il faut : Au moins 1 SONUC	Normes OMS : 148 structures offrant les SONU 24h/24, dont au moins 30 SONUC, pour couvrir les besoins de la population du pays.
Nombre de SONUC effectifs	33 structures SONUC pour 9,704 millions, soit 1,7 SONUC pour 500 000 habitants	**14** offrants les SONUC	4 offrants les SONUC
Nombre Total recommandé	Pour 500 000 habitants il faut : 5 structures SONU	Pour 500 000 habitants il faut : 5 structures SONU	Minimum : 5 structures de SONU pour 500 000 habitants
Nombre total SONU effectifs	38 structures de SONU effectifs	**28** structures SONU effectifs	38 structures SONU effectifs
Besoins en SONU satisfaits : proportion de femmes avec des complications obstétricales directes majeures traitées dans les structures SONU			
Besoins en SONU satisfaits dans toutes les structures enquêtées	Les besoins satisfaits sont de 19,4%	Les besoins satisfaits sont 49,5%	Le taux de besoins satisfaits en SONU (29,4%)
Proportion de césariennes par rapport à l'ensemble des naissances	La proportion de césariennes réalisées est de 1,1%	Taux de césariennes est de 4,6%	Taux de césariennes est de 4,8%

Tableau 8 : Evolution de certains indicateurs des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Sénégal à travers les évaluations réalisées en 2000, 2012 et 2016

Indicateurs	Année de l'évaluation 1 (2000)	Année de l'évaluation 2 (2012)	Année de l'évaluation 3 (2016)
Létalité obstétricale directe dans les SONU			
Létalité obstétricale directe dans l'ensemble des structures enquêtées	La létalité pour l'ensemble des structures enquêtées est de 4%	La létalité obstétricale au plan national était de 2,5%.	Le taux de létalité obstétricale est de 1,9%
Taux de décès intra partum et néonatale très précoce (intra partum et dans les 24h) dans les SONU			
Taux de décès intra partum et néonatale très précoce dans l'ensemble des structures enquêtées	**Indicateur non mesuré**	Taux décès néonatals très précoces est de 20,0 pour 1000 NV	Dans la majorité des structures enquêtées, le poids n'était pas précisé pour plus de la moitié des nouveau-nés décédés moins de 24 heures après leur naissance (52,4%).
% des structures qui ont une létalité supérieure à 1%	Pour l'ensemble des structures enquêtées elle est de 4% donc 4 fois trop importante. Pour les structures de SONUC elle est de 5,3%.		Structures offrant effectivement les SONU (34) 1,9% Structures n'offrant pas toutes les fonctions SONU (85) 1,2% Ensemble (119) 1,7%
Proportion de décès maternels de causes indirectes dans les SONU			
Proportion de décès maternels de causes indirectes dans l'ensemble des structures enquêtées	Les causes indirectes sont responsables de **34%** des décès	1020 femmes sont décédées dans les structures SONU enquêtées. Les décès relevaient de causes obstétricales directes, donc de décès évitables, dans 70,7% des cas.	Sur les 781 décès enregistrés, plus de sept sur dix (73,0%) relevaient de causes directes et un peu moins d'un cas sur deux (**16,8%**) de causes indirectes.

Les décideurs du niveau central, les partenaires, les experts gynécologues et pédiatres qui ont été interrogés sur ces fonctions signalétiques et les indicateurs pour recueillir leurs perceptions et recommandations.

La non disponibilité des fonctions SONU en utilisant la loi du "tout ou rien" ne permet pas, selon les managers, de mettre en évidence les efforts fournis pour l'amélioration des SONU. Cependant le caractère imprévisible des urgences obstétricales, oblige de garantir la disponibilité de l'ensemble des fonctions SONU 24h/24. C'est en cela que l'indicateur de disponibilité basée sur la loi du "tout ou rien" prend toute son importance et son objectivité.

Il a été suggéré de prévoir une pondération des fonctions SONU en tenant compte de la prévalence des principales causes de décès maternels. Cependant toutes les fonctions SONU étant d'égale importance pour sauver la vie de la mère et du nouveau-né, il n'est donc pas possible de les pondérer.

Des recommandations ont été faites pour améliorer les indicateurs et rajouter de nouvelles fonctions signalétiques :

- intégrer la **fonction diagnostic précoce de l'hémorragie post partum** pour une meilleure prise en charge et une réduction de la MM (à travers notamment le recueil obligatoire du saignement post partum/sac de recueil qui serait inclus dans les intrants clés et la quantité de sang perdu systématiquement collectée.
- rajouter dans les SONUB la **fonction réanimation maternelle de base** avec : ABC + ventilation au masque.
- rajouter la fonction remplissage vasculaire
- **séparer les fonctions du nouveau-né des fonctions maternelles**. Ceci devrait même avoir des implications au niveau institutionnel (division ou Bureau Nouveau-né pour une meilleure prise en charge des besoins du nouveau-né dans les politiques et programmes)
- une réflexion devrait être menée au-delà de la disponibilité d'une fonction, de pouvoir évaluer la qualité de l'offre de la fonction. Par exemple, pour les pédiatres, la fonction réanimation de base du nouveau-né ne suffit pas telle que collectée : « *cela ne suffit pas de savoir si la fonction a été offerte mais surtout si elle a été bien faite !* » car **le vrai problème c'est la compétence des prestataires pour la réanimation de base du nouveau-né :** « *bien réalisée dans toutes les structures cela permettrait de sauver plus de 90% des nouveaux nés asphyxiés ! ».*
- Les experts pédiatres interrogés ont proposé de réorganiser les fonctions pour le nouveau-né en fonction des **3 niveaux des soins pour le nouveau-né proposés en fonction du volume d'activités des structures** et non la place dans la pyramide sanitaire.
- rajouter dans les fonctions de routine pour la mère, la **fonction dépistage des complications détectables lors des CPN** (ex : pré éclampsie, bassins rétrécis…)
- évaluer la capacité des équipes à être prêtes quotidiennement à prendre en charge les complications obstétricales en termes de RH, équipements etc. (readiness) : Fonction capacité d'anticipation des structures
- La fonction **transfusion sanguine devrait être étendue à un niveau intermédiaire** (SONUC intermédiaire) si la structure (CS) dispose de médecins la transfusion devrait être possible.

- D'autres intrants doivent être pris en compte comme l'eau (stockage et distribution continue), et l'électricité qui doivent être disponibles 24h/24

Pour améliorer la disponibilité de la **fonction transfusion sanguine** pourrait être résolue par l'organisation de la régulation du sang entre les différents sites (où, combien) pour une distribution à temps et en fonction des besoins (en plus de la question de la disponibilité de structures de gestion et de distribution du sang aux différents niveaux).

Enfin les critères majeurs pour sélectionner une fonction SONU devraient être l'accessibilité (fonction facile à exécuter) ET l'impact sur la mortalité.

En ce qui concerne les indicateurs, il ressort des discussions avec les acteurs et décideurs du niveau central les aspects suivants :

- pour l'indicateur de disponibilité des SONU: pour les besoins en structures SONU (couverture en structures SONU) il a été recommandé de prendre en compte les **naissances attendues** plutôt que la population. L'accessibilité **géographique** devrait aussi être prise en compte avec la cartographie réalisable par exemple avec le logiciel Access Mod qui prend en compte les **conditions de déplacement des populations**.
- pour l'indicateur Taux de besoins en SONU satisfaits: **les 15% ne semblent pas adaptés** pour tous les pays qui ont des profils épidémiologiques différents. Il serait intéressant de réaliser des **études de cohorte pour voir l'incidence des complications obstétricales** et adapter ce %. Pour le calcul de l'indicateur, il est nécessaire de prendre en compte les complications pendant la grossesse, l'accouchement et la période post partum.
- pour l'**Indicateur taux de césariennes:** Il a été proposé plutôt que d'avoir une limite supérieure et inférieur, d'évaluer le **besoins satisfaits en césariennes** qui est plus important (*est-ce que toutes les femmes qui ont besoin de césariennes ont pu avoir accès à la césarienne ?).* Nécessité de faire analyse des accouchements, des césariennes et des cas de morts nés intra partum ou néonatale pour évaluer si les besoins en césariennes ont été satisfaits. L'évaluation des césariennes excessives est aussi une nécessité.
- **Indicateur Taux de Létalité Obstétricale Directe :** Il représente une photographie rapide de ce qui se passe dans les structures ("red flag"). Est plus utile dans les hôpitaux étant donné qu'il y a plus de cas de décès, il reflète donc mieux la réalité (plus représentatif dans les hôpitaux)
- **Indicateur Taux de mortalité intrapartum et néonatale très précoce :** Le **poids** (2000g) ne devrait pas être inclus dans la définition. En revanche, il a été proposé de prendre en compte une taille d'au moins 35cm, plus facile à mesurer et fiable (peut être collecté et calculé dans différentes conditions et par différents prestataires sans erreur). C'est un critère simple pour déterminer la viabilité d'un nouveau-né selon les pédiatres.
- D'autres indicateurs ont été proposés pour le nouveau-né :
    - la mortalité après réanimation (% des nouveaux nés réanimés qui meurent)
    - la proportion des morts nés frais/ensemble des accouchements
    - % de nouveau-nés réanimés qui gardent des séquelles
    - taux de survie des petits poids de naissance.

- Proposition d'un nouvel indicateur : % de nouveau-nés ayant bénéficié de CPON entre 48h et 28j post natal
- **Indicateur Proportion des décès maternels de causes indirectes :** Cet indicateur devrait être conservé à cause des maladies émergentes dont la prévalence ne cesse d'augmenter.
- **Des indicateurs non cliniques sont recommandés notamment pour é**valuer la satisfaction des usagers mais aussi pouvoir évaluer les politiques de préparation à l'accouchement basées surtout sur le financement (accès aux mutuelles) et autres mesures incitatives pour l'utilisation des SONU.
- **Qualité des SONU** devrait aussi être évaluée à travers :
    - la satisfaction des clientes ;
    - la communication avec les patientes et la famille ;
    - l'empathie en direction des patientes et leurs famille ;
    - la préparation à l'accouchement.

7.1.5 Données monitoring SONU 2020 et 2021

Dans le but d'accélérer les efforts de réduction de la MMN, le Sénégal à l'instar de quelques autres pays de la sous-région a mis en place un réseau de maternités de référence pour l'offre de SONU 24h/24 et 7j/7. Le but de ce réseau était de prioriser un certain nombre de maternités sur la base de critères bien définis (volume d'activités/couverture de la population, accessibilité géographique, plateau technique…) pour mettre le focus sur ces structures afin de s'assurer de l'offre de SONUB ou SONUC selon le rôle qui était attribué à chacune. Ainsi en 2018, en utilisant les données de l'enquête SONU de 2016 et le logiciel AccessMod, 142 maternités SONU ont été priorisées (30 hôpitaux, 67 CS, 43 PS, et 2 maternités), reliées entre elles en réseau, et couvrant 92% de la population en 2 heures. Autrement dit, si l'ensemble de ces structures fonctionnent, 92% de la population serait à moins de 2 heures d'une structure capable de prendre en charge les complications obstétricales et néonatales responsables des décès des mères et des nouveau-nés.

Pour mettre en œuvre ce réseau, des outils ont été élaborés (guide de mise en œuvre, guide du monitoring, fiche de collecte…), et une équipe nationale de soutien et des équipes régionales (14 régions) ont été mises en place et formées sur le monitoring SONU. Pour la collecte et l'exploitation des données du monitoring, sur la base de la fiche nationale de collecte, un paramétrage a été fait dans plateforme DHIS2, ce qui a permis de saisir et contrôler directement la qualité des données saisies dans le DHIS2 à l'issue de chaque monitoring par les coordonnatrices SR de chaque district. Un rapport standard génère les indicateurs paramétrés dans le DHIS2, mais reste à finaliser.

La périodicité initiale était trimestrielle (entre 2020 et 2021) puis en 2022 est devenue semestrielle. Des ateliers nationaux de partage des résultats ont été organisés en 2020 ,2021 et 2022 avec toutes les régions et les différentes parties prenantes.

Depuis le démarrage du monitoring du réseau, les résultats suivants ont été obtenus :

- En termes de régularité, l'ensemble des structures ont réalisé le monitoring le premier trimestre 2020 et le premier trimestre 2021 (100% de réalisation). Les autres monitorings n'ont pas été réalisés par l'ensemble des structures faute de planification et d'appropriation.

- En termes de fonctionnalité des structures du réseau (disponibilité 24h/24 et 7j/7 des fonctions SONU ce qui implique, les RH, les médicaments clés, les équipements et les complications prises en charge), il y a une bonne évolution du nombre de structures SONU fonctionnelles entre T1 2020 et T2 2021 passant de 14 à 27 structures soit de 9 à 19%. Cette disponibilité est en dents de scie pour les autres monitorings. Les fonctions les moins disponibles sont l'administration d'antibiotiques et l'application de la ventouse. Dans les SONUC la disponibilité 24h/24 de la transfusion sanguine est le principal défi faute de dépôts/banques de sang.

Tableau 9 : Données et indicateurs issus des missions de monitoring entre 2020 et 2022

Indicateurs	Monitoring T1 2020	Monitoring T2 2020	Monitoring T1 2021	Monitoring T2 2021	Monitoring T1 2022	Monitoring T2 2022	Observations/ Commentaires 2020	Observations/ Commentaires 2021	Observations/ Commentaires 2022
Informations générales									
Nombre total de structures enquêtées :	142	22 Fatick (8), St-Louis (8) et Kaffrine (6) ont réalisé le T2 2020	142	83	139	139	14/14 régions réalisé le monitoring de T1 2020 et seules 3 régions (Fatick, St-Louis et Kaffrine) ont réalisé le monitoring de T2, 2020	14/14 régions ont réalisé le monitoring de T1 2021 ; 11/14 régions ont réalisé le monitoring de T2 2021 ; 6/14 régions ont réalisé le T3 2021	14/14 régions ont réalisé le monitoring de S1 2022, cependant 139/142 structures ont réalisé le monitoring (2 SONUB de Matam pour raison de grève du personnel de santé et l'EPS de Dantec pour fermeture)
Nombre inclus dans l'évaluation et % par rapport au total des structures enquêtées	100%	15,4%	100%	55.70 %	97,9%	97,9%		3 régions n'ont pas réalisé le monitoring de T2 2021 ; soit 59 structures SONU (Louga 9 ; Dakar 35 ; Thiès 15) faute de planification et de financement	
Nombre de Centres de santé désignés et enquêtés	67	14	67	42	67	67	Au T2 2020 seules 14/67 Centres de santé ont eu à réaliser le T2 2020		
Poste de santé	43	3	43	25	41	41	Au T2 2020 seuls 3/43 Postes de santé ont eu à réaliser le T2 2020		2 PS SONUB de Matam n'ont pas réalisé le monitoring de S1 2022
Établissements publics de santé	30	5	30	16	29	29	Au T2 2020 seules (5/30 Etablissements publics de santé ont eu à réaliser le T2 2020		L'EPS Le Dantec n'a pas réalisé le S1 2022, étant fermé pour construction
Maternités	2	0	2	0	2	2	Au T2 2020 aucune maternité isolée n'a réalisé le T2 2020(toutes les 2 maternités se trouvent à Dakar qui n'a pas effectué le T2 2020)		

Tableau 9 : Données et indicateurs issus des missions de monitoring entre 2020 et 2022

Indicateurs	Monitoring T1 2020	Monitoring T2 2020	Monitoring T1 2021	Monitoring T2 2021	Monitoring T1 2022	Monitoring T2 2022	Observations/ Commentaires 2020	Observations/ Commentaires 2021	Observations/ Commentaires 2022
Structures privées confessionnelles	0	0	0	0	0	0			
Structures privées	0	0	0	0	0	0			
Niveau des structures NON incluses dans l'évaluation (ex : PS)	0	0	0	0	0	0	Au Sénégal, lors de la priorisation certains PS ont été ciblés comme SONUB et sont inclus dans le réseau		
Le taux de couverture des 6 monitorings mis en œuvre entre 2020 et 2022 s'est globalement amélioré au fil du temps, avec presque la totalité des structures ciblées en 2022 (97,9%). Cependant, ces performances ont surtout été remarquables aux premiers trimestres de chaque année, les trimestres suivants ayant été souvent marqués par des difficultés dans la planification et par l'indisponibilité des financements. De ce fait, plusieurs régions n'ont pas pu réaliser de monitoring pendant ces périodes.									
Fonctions signalétiques SONU									
Administration ATB par voie parentérale									
% structures offrant la fonction	19.7% (total structures)	22.72%	38.36%	38.9%	36.6%	38.8%	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées
Cette fonction a été la plus déficiente, dans la mesure où elle n'a été disponible que dans moins de 40% des structures (le maximum a été de 38,9%). Cette faible performance s'explique par les difficultés à rendre disponibles les 3 molécules requises dans les structures.									
Administration utérotoniques (ocytocique)									
% structures offrant la fonction	71.8%	40.9%	75.64%	82.6%	66.1%	73.38%	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées
A chaque monitoring, il a été constaté qu'entre 20% et 25% des structures du réseau n'offraient pas la fonction d'administration d'utérotoniques, du fait de ruptures de stocks d'ocytocine.									
Administration parentérale d'anticonvulsivants									
% structures offrant la fonction	64.8%	45.45%	62.64%	61.60%	68.34%	68.34%	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées
La non-disponibilité d'anticonvulsivants dans les structures, essentiellement liée à des insuffisances dans la gestion logistique du sulfate de magnésie (déficit de supports de gestion), explique le fait qu'environ 30% des structures n'ont pas offert cette fonction, comme constaté lors des différents monitorings.									
Extraction manuelle du placenta									

Tableau 9 : Données et indicateurs issus des missions de monitoring entre 2020 et 2022

Indicateurs	Monitoring T1 2020	Monitoring T2 2020	Monitoring T1 2021	Monitoring T2 2021	Monitoring T1 2022	Monitoring T2 2022	Observations/ Commentaires 2020	Observations/ Commentaires 2021	Observations/ Commentaires 2022
% structures offrant la fonction	69.7%	45.45%	70.9%	74%	82.7%	79.13%	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées
Le défaut de notification du geste est la principale raison de l'apparente faiblesse de l'offre de cette fonction.									
Extraction de débris intra utérins par AMIU									
% structures offrant la fonction	84.5%	45.45%	88.93%	92.25%	88.4%	88.4%	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées
Cette fonction est généralement offerte dans la grande majorité des structures sanitaires. Néanmoins, certains hôpitaux continuent de privilégier l'aspiration électrique.									
Accouchement instrumental par ventouse/forceps									
% structures offrant la fonction	43.7%	36.36%	69.64%	72.80%	56.1%	53.9%	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées
L'offre d'accouchement par ventouse se heurte à une insuffisance de formation des sages-femmes, aggravée par un fréquent turnover parmi celles qui sont formées.									
Réanimation néonatale de base									
% structures offrant la fonction	78.9%	36.36%	90.57%	89.3%	83.45%	81.29%	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées	Total des structures monitorées
Cette fonction est généralement offerte dans la grande majorité des structures sanitaires, grâce aux nombreuses formations réalisées et des équipements mis en place au sein des maternités.									
Chirurgie (ex., césarienne)									
% structures SONUC offrant la fonction	67.4%	37.5%	93%	100%	91%	88.88%	Total SONUC : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des SONUC	Total SONUC : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des SONUC	Total SONUC : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des SONUC
La disponibilité de la césarienne s'est améliorée progressivement, particulièrement à partir de 2021, grâce au renforcement de la fonctionnalité des blocs opératoires.									
Transfusion Sanguine									
% structures SONUC offrant la fonction	56.5%	37.5%	32.6%	43.93%	26.66%	33.33%	Total SONUC : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des SONUC	Total SONUC : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des SONUC	Total SONUC : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des SONUC

Tableau 9 : Données et indicateurs issus des missions de monitoring entre 2020 et 2022

Indicateurs	Monitoring T1 2020	Monitoring T2 2020	Monitoring T1 2021	Monitoring T2 2021	Monitoring T1 2022	Monitoring T2 2022	Observations/ Commentaires 2020	Observations/ Commentaires 2021	Observations/ Commentaires 2022
Du fait de la non-disponibilité du sang 24h/24, faute de dépôts/banque dans la plupart des SONUC, cette fonction est la moins disponible dans le réseau, alors que l'hémorragie reste la première cause de mortalité maternelle au Sénégal.									
Autres fonctions Sénégal									
Administration d'antibiotiques par voie parentérale au nouveau-né	65.2%	0%	64.9%	69.69%	55.5%	57.77%	Total EPS : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des EPS	Total EPS : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des EPS	Total EPS : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des EPS
Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale au nouveau-né	15.2%	0%	45.6%	49.9%	68.8%	86.66%	Total EPS : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des EPS	Total EPS : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des EPS	Total EPS : cette fonction n'est exécutée qu'au niveau des EPS
Les fonctions spécifiques au nouveau-né en réanimation commencent à être disponibles, bien que des défis persistent pour une offre continue dans l'ensemble des hôpitaux.									
Disponibilité des SONU : structures offrant les SONUB et SONUC									
Nombre de SONUB recommandé	96	96	96	96	96	96	82/96 SONUB n'ont pas réalisé le monitoring du T2 2020 et 14/96 ont réalisé le monitoring de T2 2020	Au T2 2021 57/96 SONUB ont effectué le monitoring et 39 SONUB n'ont pas réalisé le monitoring	
Nombre de SONUB effectifs	3 (3,1%)	0 (0%)	7 (7,3%)	3 (3,1%)	19 (19,8%)	12 (12,5%)	Il est renseigné dans cette colonne le nombre de SONUB effectifs parmi SONUB désignés		
Nombre de SONUC recommandé	46	46	46	46	46	46	Au T2 2020 38/46 SONUC n'ont pas réalisé le t2 2020 et seules 8 SONUC ont réalisé le T2 2020	Au T2 2021 26/46 SONUC ont réalisé le monitoring et 20 n'ont pas effectué le monitoring	
Nombre de SONUC effectifs	2 (4,3%)	0 (0%)	2 (4,3%)	3 (6,5,3%)	6 (13,0%)	8 (17,4%)	Il est renseigné dans cette colonne le nombre de SONUC effectifs avec 11 fonctions normes nationales		

Tableau 9 : Données et indicateurs issus des missions de monitoring entre 2020 et 2022

Indicateurs	Monitoring T1 2020	Monitoring T2 2020	Monitoring T1 2021	Monitoring T2 2021	Monitoring T1 2022	Monitoring T2 2022	Observations/ Commentaires 2020	Observations/ Commentaires 2021	Observations/ Commentaires 2022
Nombre total recommandé	142	142	142	142	142	142	22 (qui ont réalisé le T2 2020)	Au total au T2 2021 83/142 structures ont réalisé le monitoring	
Nombre total SONU effectifs	14 (dont 3 SONUB effectifs parmi SONUC non effectifs et 6 SONUC effectifs avec 9 fonctions normes internationales)	0	27 (dont 15 SONUB effectifs parmi SONUC non effectifs et 3 SONUC effectifs avec 9 fonctions normes internationales)	11 (dont 2 SONUB effectifs parmi SONUC non effectifs et 3 SONUC effectifs avec 9 fonctions normes internationales) au T2 2021	33 SONU effectifs (dont 6 SONUB effectifs parmi SONUC non effectifs et 2 SONUC avec 9 fonctions normes internationales)	27 SONU effectifs (dont 6 SONUB effectifs parmi SONUC non effectifs et 1 SONUC effectif avec 9 fonctions normes internationales)			
En termes de fonctionnalité des structures du réseau (disponibilité 24h/24 et 7j/7 des fonctions SONU ce qui implique, les RH, les médicaments clés, les équipements et les complications prises en charge), il y a une bonne évolution du nombre de structures SONU fonctionnelles entre T1 2020 et T2 2021 passant de 14 à 27 structures soit de 9% à 19%. Cette disponibilité est en dents de scie pour les autres monitorings.									
Utilisation des SONUB et des SONUC									
Proportion des naissances dans les structures offrant les SONU									
Proportion des naissances dans l'ensemble des structures (Taux d'accouchements assistés)	35%	27%	44%	14% (83/142 structures ont réalisé le T2 2021)	20%	24%		Données accouchements 14% au T2 2021 représentent les 83 structures qui ont eu à réaliser le monitoring au T2 2021 et 59 qui n'ont pas fait le monitoring pour diverses raisons la plupart pb de financement	Toutes les structures, taux d'accouchement au T1 et T2 2022 faible à 20% -24% car complétude à 70,4% (saisie dans le DHIS boycottée pour des faits de grève)

Tableau 9 : Données et indicateurs issus des missions de monitoring entre 2020 et 2022

Indicateurs	Monitoring T1 2020	Monitoring T2 2020	Monitoring T1 2021	Monitoring T2 2021	Monitoring T1 2022	Monitoring T2 2022	Observations/ Commentaires 2020	Observations/ Commentaires 2021	Observations/ Commentaires 2022
Proportion des naissances dans les CS									
Proportion des naissances dans les hôpitaux									
Proportion des naissances dans les EPS			En 2021 44 % des accouchements sont réalisés dans les 31 EPS du réseau 55.66% réalisés dans les 112 CS et PS du réseau						
Le réseau SONU prend en charge un peu plus du tiers des accouchements dans le pays. Ce qui représente une bonne opportunité pour prendre en charge les complications obstétricales attendues (15% des naissances attendues). La baisse des proportions en 2022 est due à la sous-notification dans le DHIS 2, du fait du boycott.									
Besoins en SONU satisfaits : proportion de femmes avec des complications obstétricales directes majeures traitées dans les structures SONU									
Besoins en SONU satisfaits dans toutes les structures enquêtées	13%	3.63%	10%	7%	11%	10%			Pour T1 et T2 2022 les taux de besoins en SONU satisfaits sont faibles car toutes les structures monitorées n'ont pas saisi les données dans le DHIS2 problème lié au boycott des données par le personnel de santé
La proportion de besoins satisfaits en SONU est très faible, par rapport aux dernières évaluations des SONU. Aussi, cet indicateur a été impacté par le boycott des données.									
Proportion de césariennes par rapport à l'ensemble des naissances attendues	5.6%		5.5%		4.3%	4.38%			
Le taux de césarienne n'a pas évolué entre 2020 et 2022 et même par rapport à la dernière évaluation des SONU en 2016 (4,8%).									

Tableau 9 : Données et indicateurs issus des missions de monitoring entre 2020 et 2022

Indicateurs	Monitoring T1 2020	Monitoring T2 2020	Monitoring T1 2021	Monitoring T2 2021	Monitoring T1 2022	Monitoring T2 2022	Observations/ Commentaires 2020	Observations/ Commentaires 2021	Observations/ Commentaires 2022
Qualité des SONU									
Létalité obstétricale directe dans les SONU									
Létalité obstétricale directe dans l'ensemble des structures enquêtées	1%	0.9%	1%	1%	1%	1%			
La létalité est restée constante autour de 1% entre 2020 et 2022 et n'a pas varié de manière significative depuis 2016.									
Taux de décès intra-partum et néonatale très précoce (intra partum et dans les 24h) dans les SONU									
Taux de décès intra-partum et néonatale très précoce dans l'ensemble des structures enquêtées	18‰	-	16‰	12‰	13‰	11‰		Le monitoring T2 2020 n'a concerné que 22 structures sur les 142. Donc l'indicateur n'a pas été calculé.	
La mortalité néonatale a connu une baisse légère, mais constante entre 2020 et 2022.									
% des structures qui ont une létalité supérieure à 1%						3.5%			
Proportion de décès maternels de causes indirectes dans l'ensemble des structures enquêtées	1,3%		1,3%						

Dans le cadre de cette étude, lors des interviews avec les acteurs clés, leurs perceptions sur cette initiative ont été recueillies. Selon les acteurs interrogés, la mise en place du réseau SONU est très pertinente car elle amène les acteurs à identifier les priorités et à faire plus d'efforts et de pragmatisme pour améliorer le fonctionnement des structures du réseau. Le défi est d'avoir des équipes engagées dans la résolution des problèmes dès qu'ils sont identifiés par le monitoring. Les acteurs reconnaissent aussi que le DHIS2 est idéal pour disposer des données à jour sur les indicateurs traceurs et suivre leur évolution. C'est un système unique de bas en haut avec des indicateurs SONU régulièrement collectés, même si le défi du respect de la périodicité de la collecte est toujours présent. La loi du "tout ou rien" lors de la collecte des données du monitoring, a l'avantage selon les acteurs, de faire bouger les choses quand les résultats sont négatifs.

7.2 Résultats de l'enquête auprès des informateurs clés

7.2.1 Bilan de la collecte des données

Les interviews ont concerné 11 acteurs du niveau central, et les groupes de discussions ont regroupé 27 acteurs ci-dessous :

- Des maitresses sages-femmes de structures offrant les SONUC et les SONUB
- Des médecins de régions et des médecins de district aux réalités sanitaires assez différentes
- Des gynécologues officiant dans des hôpitaux de différents niveaux dans la pyramide sanitaire et de CS type II
- Des pédiatres officiant dans des hôpitaux de différents niveaux dans la pyramide sanitaire
- Des coordinatrices SR de régions aux contextes sanitaires à priori différents

Tableau 10 : Synthèse de la collecte auprès des acteurs de la santé au niveau central, régional et district

Cibles	Nombre	Régions de provenance
Ateliers/GDD acteurs de la santé		
Maitresses sages-femmes	4	Dakar, Diourbel
Médecins chefs de région	3	Saint-Louis, Kaffrine, Diourbel
Médecins chefs de district	5	Dakar, Thiès, Louga, Fatick
Gynécologues et compétents SONU	6	Dakar, Louga, Matam, Thiès, Kaolack, Kolda
Pédiatres	4	Louga, Thiès, Dakar
Coordinatrices SR de région	5	Dakar, Thiès, Kolda, Fatick, Kédougou
Interviews		
Gynécologues (Professeurs d'Universités)	2	Niveau central
Pédiatres (Professeurs d'Universités)	2	

Tableau 10 : Synthèse de la collecte auprès des acteurs de la santé au niveau central, régional et district

Cibles	Nombre	Régions de provenance
Ateliers/GDD acteurs de la santé		
Managers niveau central expérimentés dans les programmes de SONU	2	
Partenaires techniques et financiers appuyant les programmes SMN	3	
Experts nationaux (utilisation des indicateurs SONU)	2	
TOTAL	**38**	

Au niveau communautaire, 24 hommes et autant de femmes ont participé aux groupes de discussions :

Tableau 11 : Synthèse de la collecte au niveau communautaire

Zone	Région	Milieu	Cibles	Nombre
Nord	Louga	Rural	Femme	6
	Matam	Rural	Mari	6
Centre	Thiès	Urbain	Mari	6
	Kaolack	Urbain	Femme	6
Sud-Est	Tambacounda	Rural	Femme	6
		Urbain	Mari	6
Sud-Ouest	Kolda	Rural	Mari	6
	Dakar	Urbain	Femme	6
TOTAL	**48**			

7.2.2 Situation actuelle et vécu des SONU au Sénégal

Les éléments sont présentés et analysés conformément aux déclarations et aux priorités établies par les participants, en utilisant les arbres à problèmes élaborés à partir des assertions faites par les différents groupes de participants.

Synthèse 1 : Bas moral du personnel des SONU

Le moral du personnel de santé est bas car il n'a pas toujours la possibilité d'offrir les soins adaptés aux besoins de la population.

Le défi le plus important des SONU concerne les ressources humaines pour l'ensemble des acteurs interrogés. Cette problématique impacte le moral du personnel de santé et couvre divers aspects liés notamment :

- au manque de personnel qualifié notamment en zones décentralisées
- à l'inadéquation entre le profil des prestataires et les compétences requises

Le manque de personnel qualifié, notamment en zones décentralisées, a été décrié par l'ensemble des participants, et a été jugé responsable d'une surcharge de travail pour le personnel en place. La réalité décrite est l'exemple d'une seule sage-femme de garde pour la gestion des soins à la mère, au nouveau-né, des tâches administratives (remplissage des registres et autres supports), et de la surveillance des autres services de la maternité. Cette situation est aggravée par la mauvaise répartition des tâches, principalement dans les hôpitaux.

Les normes en sages-femmes, définies pour le réseau SONU en fonction du volume d'activités obstétricales (au moins 3 sages-femmes par SONUB pour la rotation 24h/24 et pour un volume d'activités n'excédant pas 30 accouchements par mois et par sage-femme), sont pertinentes selon les répondants, mais ne sont pas encore appliquées dans tous les SONUB ; d'où la surcharge de travail dans ces structures. Au niveau de la région de Dakar, par contre, il y a des prestataires de santé, mais d'un âge plutôt avancé (souvent revenant des affectations dans les régions périphériques), donc peu investies dans la gestion des urgences obstétricales et néonatales.

En plus de l'insuffisance des sages-femmes, les spécialistes ne sont pas encore doublés dans les structures périphériques (gynécologues, pédiatres, anesthésistes). Ceci fait que les gardes ne sont pas toujours assurées et il y a aussi un risque de "burn out" et d'abandon de poste.

Ceci entraîne, non seulement des attitudes peu convenantes envers les patientes, mais aussi une démotivation du personnel, des retards fréquents et de l'absentéisme. Dans ces conditions, les prestataires ne peuvent pas offrir les soins adéquats et de qualité aux utilisatrices des SONU 24h/24, impactant négativement la mortalité maternelle et néonatale.

En plus de l'incapacité à offrir des soins de qualité, les décès maternels et néonatals ont des répercussions négatives sur le moral des prestataires. *"Il m'arrive de perdre une malade dans des conditions difficiles et cela fait mal."* (Gynécologue EPS urbain)

Dans leur désarroi, ils ne bénéficient pas de soutien psychologique, aggravant leur démotivation, et donc la qualité des services offerts. Cette situation est plus exacerbée en milieu décentralisé, comme en témoigne cette déclaration d'un prestataire à son superviseur *"Docteur, je sais que j'ai les compétences pour faire le travail qui est attendu de moi, mais j'ai besoin d'un soutien psychologique"* (propos rapportés par un Médecin chef de région).

Cette situation est bien perçue par certaines utilisatrices qui reconnaissent que "*les Sages-femmes sont déprimées mais elles soutiennent les femmes moralement et font le maximum pour sauver la vie de la mère et celle de l'enfant*" (Femme utilisatrice d'un hôpital).

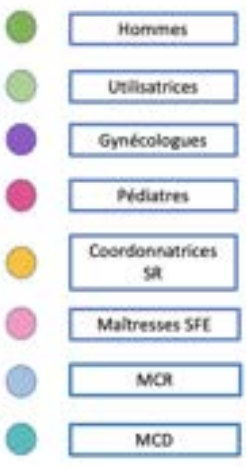
Du point de vue des utilisatrices des SONU et des maris, le constat est aussi unanime concernant l'insuffisance du personnel et ce dans toutes les zones et quel que soit le type de structures sanitaires. Si la situation semble meilleure dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales, la question de l'insuffisance a été largement discutée dans les focus-group.

"La sage-femme un être humain, il faut qu'elle dorme. Il arrive qu'elles réalisent 3 accouchements pendant une nuit, le lendemain elle doit dormir... Si nous avions deux sages-femmes, elles pourraient se relayer. Nous n'avons qu'une seule sage-femme qui s'occupe de Kothiary et de tous les villages environnants. Parfois, la file d'attente est très longue mais, tu n'as pas le choix, tu es obligée d'attendre. Si nous avions une autre sage-femme femme ça irait plus vite et faciliterait le travail." (Femme, milieu rural).

La problématique des longues files d'attente est aussi une conséquence de cette insuffisance de personnel qualifié "*…puisqu'elle est seule, nous sommes obligés de l'attendre mais, le problème est que l'attente est trop longue…"* (Femme, milieu rural).

Toutefois, les longues files d'attente ne sont pas seulement expliquées par un manque de personnel, mais de l'avis de certains conjoints de bénéficiaires, elles sont aussi dues à des problèmes d'organisation et de comportement des prestataires de soins**.** "*…nous avons fait la queue de 13 heures à 15 heures 28 mn et pourtant, tu vois un pharmacien sortir, prendre l'ordonnance d'un proche et revient lui livrer ses médicaments et on ne peut rien face à cela". "…Parfois aussi, les malades viennent seuls et ils se mettent dans les rangs pendant 3h de temps, et si c'était vraiment une urgence, ne pensez-vous pas qu'ils pourraient y perdre la vie ?* (Homme,milieu urbain).

La figure ci-dessous illustre l'arbre à problèmes à partir des données collectées auprès des différentes cibles avec des couleurs différentes par cible.



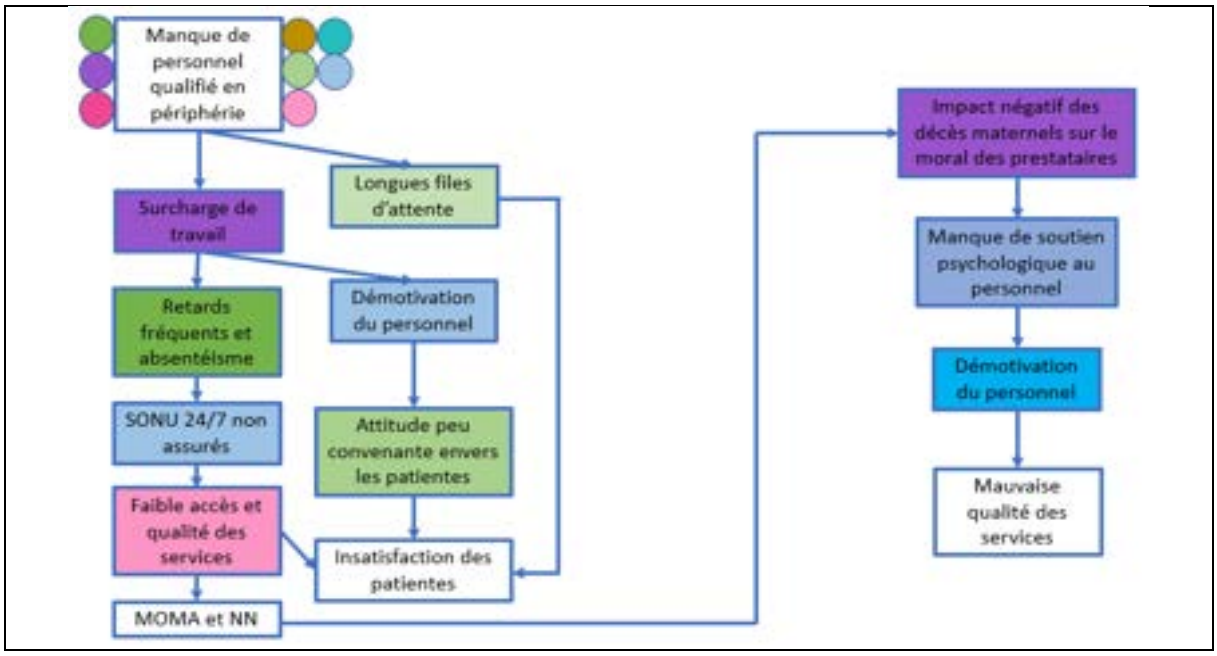


Figure 1 : Chaîne de causalité entre l'insuffisance de prestataires qualifiés sur la mortalité maternelle et néonatale et l'effet de cette mortalité sur le moral des professionnels de santé

En plus de l'insuffisance de disponibilité du personnel, la question de la compétence a aussi été soulevée par les acteurs de la santé. De manière générale, les compétences pour les SONU sont encore insuffisantes notamment celles des sages-femmes depuis la formation de base avec la pléthore d'écoles de formation non régulées, ni supervisées pour le respect des curricula et la qualité de l'enseignement théorique et pratique. Selon les prestataires et les managers, ces insuffisances y compris dans la pratique sont plus ou moins supplées par le coaching sur sites dans certaines structures.

De manière spécifique, le problème d'insuffisance ou d'inadéquation des compétences pour l'offre des fonctions SONU spécifiques a été aussi relevé (ex : accouchement assisté par ventouse). Ainsi, certains matériels ne sont pas utilisés faute de compétences (exemple : pousse-seringues dans un EPS). Il y a aussi une mauvaise utilisation et une faible maintenance des équipements liée au fait que la maintenance du matériel est souvent confiée à un personnel peu qualifié. Les prestataires de santé sont ainsi frustrés que le personnel affecté à l'entretien de l'équipement n'ait pas les compétences appropriées pour cela, ce qui fait qu'ils (les prestataires) ont donc du mal à fournir des services de qualité car l'équipement ne fonctionne pas au moment voulu. Ceci entraîne une détérioration prématurée, affectant ainsi la continuité et la qualité des services, et contribue par conséquent à la mortalité maternelle et néonatale.

D'autres aspects liés aux ressources humaines impactant parfois sur leur moral ont aussi été discutés :

- La gestion des ressources humaines est confrontée aux difficultés suivantes :
    - Problème du recrutement non basé sur le savoir-être qui est un volet important non pris en compte (pour une profession axée sur la personne), de même que les aspirations et attentes du personnel avant recrutement/affectation ;
    - Problème de motivation et de sanction positive pour les prestataires méritants ;
    - Problème d'équité dans le traitement du personnel pris en charge par les communautés et celui pris en charge par l'Etat ;
    - La décentralisation de la gestion du personnel étatique ;
- L'esprit d'équipe comme facteur clé pour la performance et l'organisation des services "*Les [bonnes] relations entre les prestataires permettent de gagner beaucoup de temps*." (Gynécologue d'un EPS)
- Le comportement du personnel tel que l'empathie comme élément de qualité des SONU pour des soins respectant la dignité humaine *"une femme qui accouche doit être écoutée et accompagnée, car donner la vie c'est sacré." (*Gynécologue EPS urbain) ;
- La satisfaction du personnel est liée à :
    - l'environnement de travail : disponibilité des médicaments et équipements, aux conditions et ambiance de travail,
    - le niveau de rémunération,
    - la formation continue,
    - l'attente d'une affectation/sentiment d'être oublié dans les structures périphériques sans perspectives d'affectation.
- La déperdition du staff bien formé dans les hôpitaux, quittant pour d'autres postes voire d'autres départements ministériels (exemple : éducation), et le turn-over faute de véritable stratégie de rétention du personnel, mais aussi du fait de la faible implication des collectivités locales dans la mise en œuvre de mesures incitatives pour la rétention du personnel de santé.
- L'importance du travail en équipe qui permet d'être performant dans la durée et de suppléer aux conditions de travail difficiles ;
- L'insuffisance de la stratégie de délégation de tâches au niveau des blocs SONU dont la non fonctionnalité est liée à :
    - l'absence d'une partie de l'équipe notamment des techniciens-anesthésistes dont la formation de base, qui dure 2 ans, est plus longue que celle des médecins compétents SONU (8 mois) ;

- les équipes SONU non doublées et l'impact psychologique en termes d'épuisement ;
- la rétention du personnel qualifié des blocs SONU ;

- Les audits des décès n'ont pas eu l'impact attendu, car ayant une démarche plus inquisitoire (recherche de boucs émissaires), qu'axés sur la recherche de solutions, entraînant une attitude défensive, de non-prise de responsabilité de la part des acteurs, voire impactant le moral des pprestataires. D'où l'importance de privilégier l'analyse des "Near miss" (Echappées belle) plutôt que les revues des décès, selon les participants.

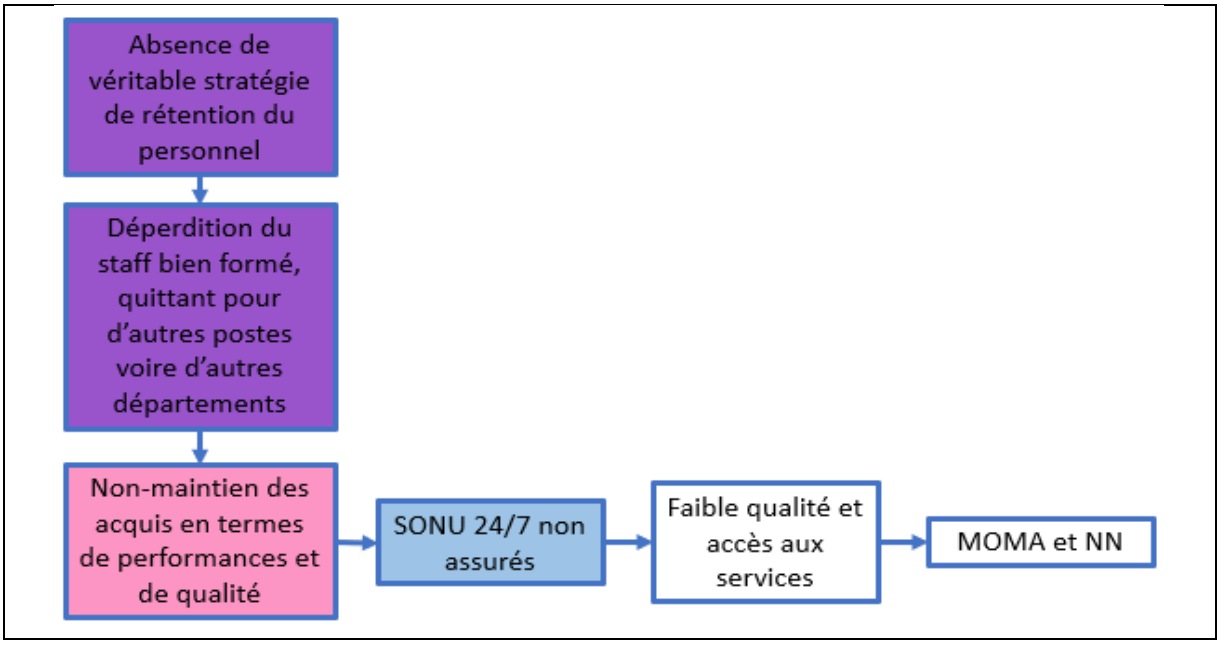


Figure 2 : Chaîne de causalité entre l'absence d'une stratégie de rétention du personnel de santé sur la mortalité maternelle et néonatale

Synthèse 2 : Les nouveau-nés ne sont pas assez pris en compte parce que le système de santé met plus le focus sur les mères

Les prestataires déplorent le manque de ressources et de compétences pour sauver les nouveau-nés du fait que l'organisation des services (en particulier les ressources humaines) est plus orientée vers les mères.

Les acteurs de la santé reconnaissent la faiblesse de la prise en charge du nouveau-né faute de personnel dédié dans les salles d'accouchement (en particulier dans les SONUB, même s'il y a une disponibilité d'infirmières néonatalogistes dans quelques hôpitaux), ou faute d'une bonne répartition des tâches.

Ceci serait dû selon les acteurs *à* une insuffisance de *:*

- (i) prestataire dédié au nouveau-né en salle d'accouchement; *"Les Sages-femmes ne peuvent pas s'occuper à la fois de la mère et du nouveau-né." (*Pédiatre EPS)
- (ii) compétences suffisantes dans la prise en charge du nouveau-né "*les prestataires : sages-femmes, médecins, ont peur du nouveau-né*" (Pédiatre EPS) ;
- (iii) de ressources humaines qualifiées (pédiatres) dans les structures périphériques y compris dans certains hôpitaux régionaux pour la prise en charge des complications néonatales.

Cependant dans certains hôpitaux il existe des initiatives consistant à mettre en place des équipes de prestataires formées et dédiés au nouveau-né dans la salle d'accouchement, au niveau du coin nouveau-né, voire dans les unités de néonatologie, au sein des maternités. Ces initiatives tendent à pallier aux problèmes d'organisation des services.

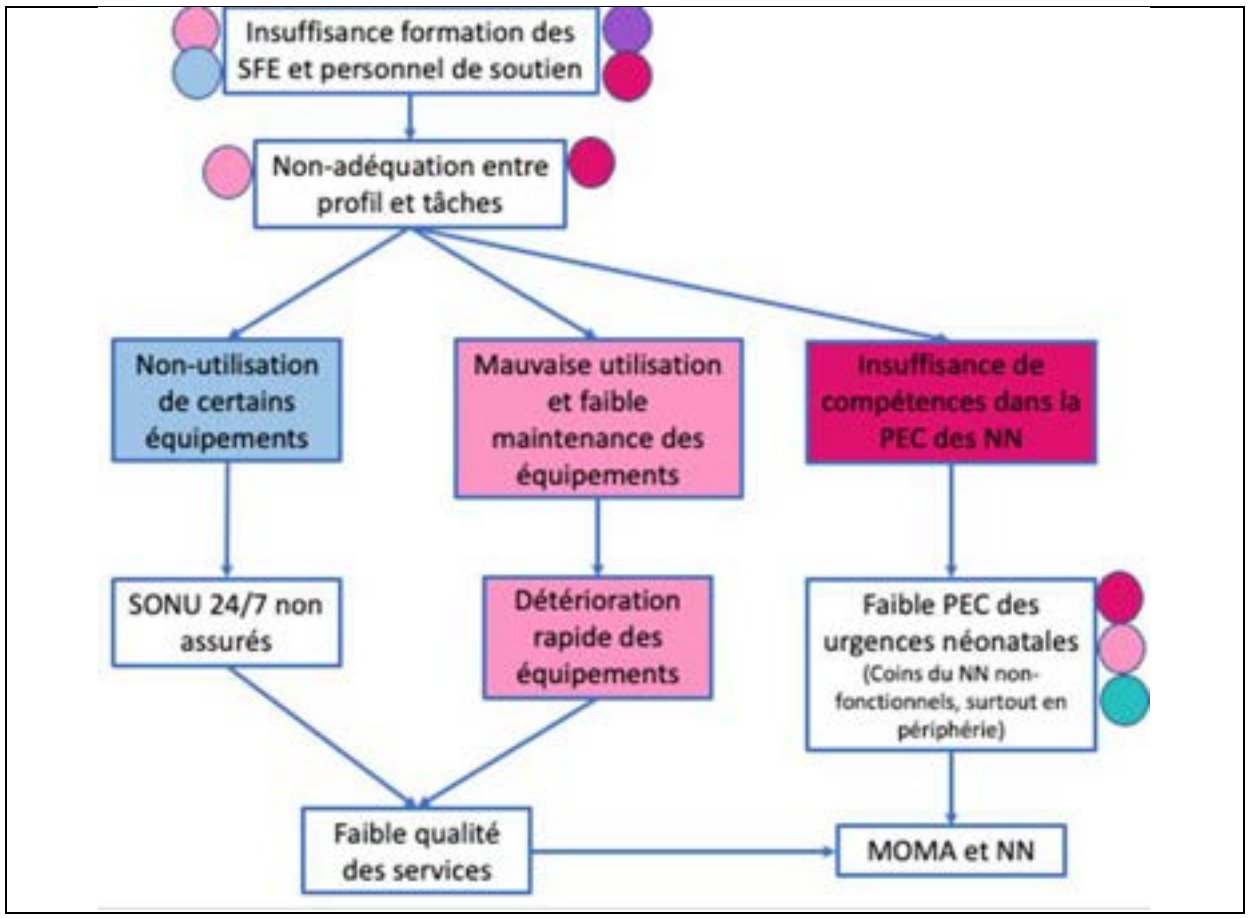


Figure 2 : Chaîne de causalité entre l'insuffisance de formation des sages-femmes et du personnel de soutien sur la mortalité maternelle et néonatale

⇒ Au vu de l'importance de la problématique des ressources humaines pour les participants, ceux-ci ont recommandé de prendre en compte les indicateurs des ressources humaines dans le suivi des SONU. Il s'agit en priorité de :

- **la disponibilité des ressources humaines par rapport au volume de travail ;**

- **le monitoring des compétences des ressources humaines y compris pour les soins aux nouveau-nés ;**
- **la motivation/Niveau de satisfactions des prestataires qui dépend de :**
    - la satisfaction du niveau de rémunération ;
    - des conditions et organisation du travail ;
    - de la supportabilité de la charge de travail ;
    - du délai d'attente pour une affectation ;
    - de la prise en charge sociale ;
    - de la disponibilité équipements et médicaments.

Synthèse 3 : De nombreuses insuffisances dans la planification et la gestion des équipements

Les managers déplorent le fait que les équipements soient défectueux essentiellement faute d'entretien systématique et de renouvellement à temps qui dépend d'un plan d'amortissement inexistant dans leurs structures.

Un autre élément clé des SONU est représenté par la non disponibilité des intrants, matériel, et équipements. Pour les prestataires, cette situation est un facteur de stress supplémentaire et une attente à combler :

> *"J'ai un amour ardent pour une salle d'hospitalisation bien équipée pour une bonne prise en charge des patientes"* (Gynécologue EPS).

La non-disponibilité est liée notamment aux insuffisances dans la planification et la gestion qui constituent une préoccupation majeure de tous les acteurs.

Les répondants déplorent l'absence de plan d'amortissement du matériel : ce plan permettrait de planifier le renouvellement avant détérioration ou obsolescence. Les problèmes de disponibilité d'équipements fonctionnels sont aussi dus à la faiblesse de la maintenance (non considérée à la place importante qu'elle doit avoir) faute de ligne budgétaire et du non-renouvellement/non-amortissement des équipements.

L'absence de plan d'amortissement du matériel a deux conséquences dans les structures SONU :

- la faiblesse de la maintenance du matériel faute le ligne budgétaire dédiée ;
- le non-renouvellement à temps du matériel et de l'équipement.

Cette situation entraîne donc des négligences dans la gestion des équipements, qui finissent par se détériorer précocement, ou ne sont pas renouvelés à temps, impactant, ainsi, la disponibilité des services de SONU.

Pour le nouveau-né, les prestataires déplorent les coins nouveau-nés non fonctionnels :

- non disponibilité du matériel de réanimation du nouveau-né ;
- table de réanimation pas aux normes ;
- gestion du coin du nouveau-né non rattaché à la pédiatrie surtout dans les structures périphériques ;
- faible disponibilité de l'oxygène et des médicaments d'urgence pour le nouveau-né.

Selon des utilisatrices, au niveau du poste de santé de Kothiary dont dépendent beaucoup de villages, il n'y a pas de coin du nouveau-né. Certaines familles parcourent plus de 70 km pour s'y rendre et lorsqu'il y a un problème avec le nouveau-né, le matériel de réanimation n'y est pas disponible, ni le personnel qualifié. Il faut alors faire une évacuation vers Tambacounda.

> "*… nous n'avons pas d'équipements. Même si la sage-femme est compétente, elle n'a pas d'équipements qui peuvent aider l'enfant à mieux respirer…Moi qui te parle, j'ai perdu un de mes enfants à cause de ça. Il est né avec un problème respiratoire donc on devait lui insérer un tube pour qu'il respire mieux. On m'a dit d'aller à Tambacounda mais, il est décédé en cours de route. Ils m'ont dit que je suis venu un peu tard. Tu vois si nous avions cet équipement ici. Cependant, ils ont fait leur possible pour m'aider".* (Femme, milieu rural)

Synthèse 4 : Incohérence dans la répartition du matériel et des équipements

Les managers ont relevé le paradoxe des structures disposant de matériel sans ressources humaines pour les utiliser, pendant que d'autres disposent de ressources humaines sans matériel pour travailler, faute de planification correcte.

Un autre volet de la problématique des équipements et du matériel est relatif à la mauvaise planification et distribution dans les structures SONU. Ceci entraîne des situations où des structures disposent de matériels dont elles n'ont pas besoin ou n'ont pas le personnel requis pour le faire fonctionner, alors que d'autres structures qui disposent déjà du personnel requis n'ont pas ce matériel.

Au niveau communautaire, les discussions de groupe à propos de la situation des équipements (disponibilité, accessibilité, fonctionnalité) ont laissé percevoir de manière assez claire un déséquilibre et des disparités importantes entre zones urbaines et rurales, donnant à penser à des inégalités sociales de santé entre Dakar et le reste des régions du Sénégal.

> "...*Aujourd'hui, on dit hôpital régional mais quel hôpital régional ? Combien de matériels de qualité trouve-t-on là-bas ? Ça fait défaut. L'État doit revoir son programme de santé du début à la fin, pour que les choses puissent évoluer, parce qu'on trouve les mêmes maladies ici dans le monde rural." (*Homme milieu urbain*).*

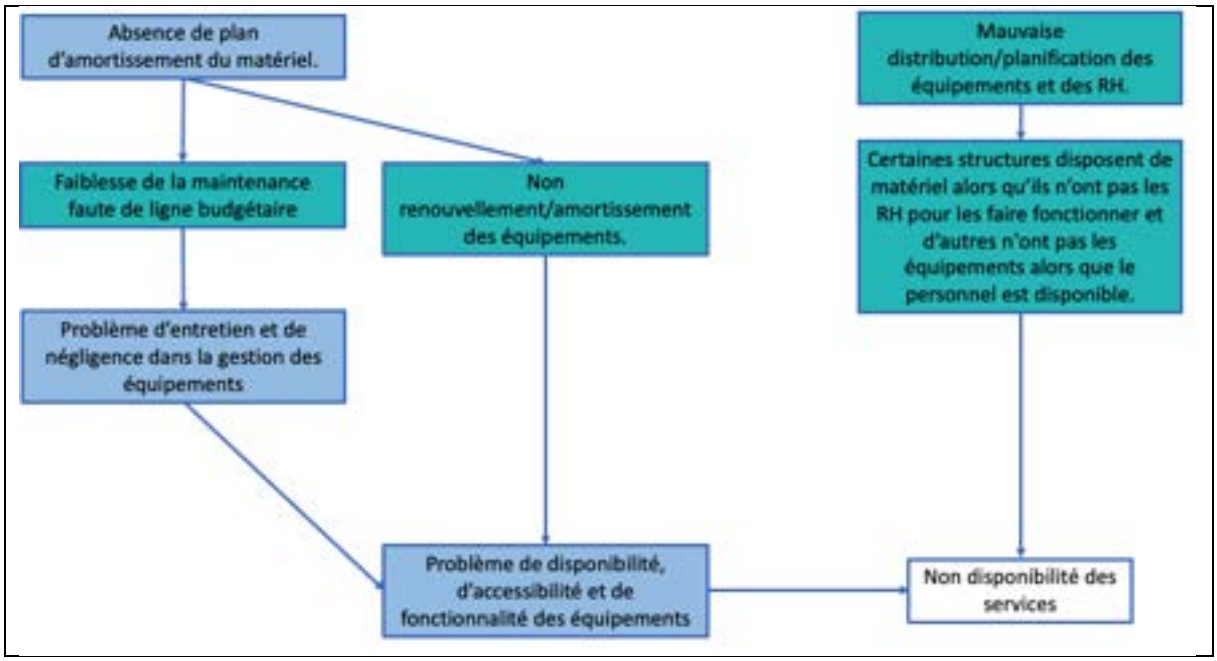


Figure 3 : Chaîne de causalité entre l'absence de plan d'amortissement du matériel, la mauvaise planification des équipements et des ressources humaines et la disponibilité des SONU

Synthèse 5 : Divergences de vue entre prestataires et managers des structures SONU dans la gestion des médicaments

Les prestataires déplorent que les médicaments d'urgence ne soient pas toujours disponibles au moment crucial à cause de problèmes de financement et de gouvernance.

Concernant les médicaments, le problème de fond serait lié au financement pour la disponibilité permanente des médicaments clés pour les SONU, avec au sein des structures des objectifs/logiques divergents entre les prestataires et le personnel administratif : si les prestataires sont préoccupés par la disponibilité permanente de ces éléments pour l'offre de SONU, les seconds voient parfois l'approvisionnement de ces intrants comme une charge pour les structures et donc l'investissement pour renouveler les stocks reste un défi.

Différentes stratégies pour améliorer la disponibilité des médicaments sont cependant mises en œuvre dans les structures (hôpitaux) : facturation, caution, remboursement des produits par les patientes… Ces stratégies connaissent cependant des limites telles que les difficultés de recouvrement des trousses d'urgence, de la gestion des stocks (besoins non satisfaits au niveau des pharmacies de district et régionales), mais aussi des problèmes de gouvernance dans la gestion des stocks au niveau des structures de santé (salles d'accouchement).

La nécessité de revoir le mécanisme de financement de la santé de manière plus globale a été reconnue par tous les acteurs. Pour les managers, le problème du financement des médicaments et produits d'urgence serait essentiellement dû au non-respect de la clé de répartition des bénéfices générés par la vente des médicaments dans le cadre de l'Initiative

de Bamako, et à l'abandon du monitoring des Soins de Santé Primaires (SSP) qui permettait de suivre la gestion des produits et leur financement.

D'après les utilisatrices, la faible disponibilité des médicaments dans les pharmacies des structures de santé les oblige à se les procurer au niveau des pharmacies privées où les prix sont perçus comme trop élevés. La plupart des femmes interrogées ont révélé que leur situation financière précaire fait qu'elles n'ont pas les moyens financiers suffisants pour acheter, dans les pharmacies privées, l'ensemble des médicaments prescrits :

> *"…Quand tu n'as pas beaucoup d'argent et que tu dois acheter des médicaments en dehors de la pharmacie du poste de santé, ce que tu achètes ce n'est pas la même chose que lorsque tu achètes au niveau du poste. Si tu n'as pas les moyens, tu vas juste acheter une partie de l'ordonnance et laisser le reste. Seul Dieu pourra assister pour guérir." (*Femme utilisatrice, milieu rural).

L'indisponibilité de médicaments subventionnés pour les nouveau-nés au niveau des services publics de santé et leur cherté au niveau du privé ont pour conséquence des pratiques de tri des médicaments jugés par les familles comme essentiels, au détriment de la prescription faite par les professionnels de santé.

Par ailleurs, certaines utilisatrices et leurs conjoints jugent que parfois les prescriptions seraient abusives ou émettent des doutes sur l'utilisation des médicaments:

> "*…j'ai acheté les médicaments. C'était un sachet plein de médicaments qu'ils n'ont pas utilisés. Pourquoi ça ? C'est du commerce !"* (Homme, milieu rural)

> "*…Ils doivent aussi veiller à rendre le restant des médicaments aux propriétaires mais pas les garder. L'autre jour, le médecin nous avait demandé d'acheter une ampoule. Mais une fois à la pharmacie, le pharmacien m'a dit qu'il n'en vendait pas en détail et j'étais obligé d'acheter le paquet. Et la moindre des choses, c'était que le médecin vienne me dire : voilà le reste des ampoules et ensemble on verrait si je les emporterais à la maison ou si je les lui ferais cadeau. Mais rien. Il y'en a même qui disent que les médicaments sont ensuite vendus..."* (Homme en milieu urbain*)*

> *"…Après mon retour de Tambacounda, j'ai regardé les ordonnances que j'ai acheté, il y'avait beaucoup de médicaments qui n'avaient aucune importance puisque finalement ils ne les ont pas utilisés."* (Homme, milieu rural).

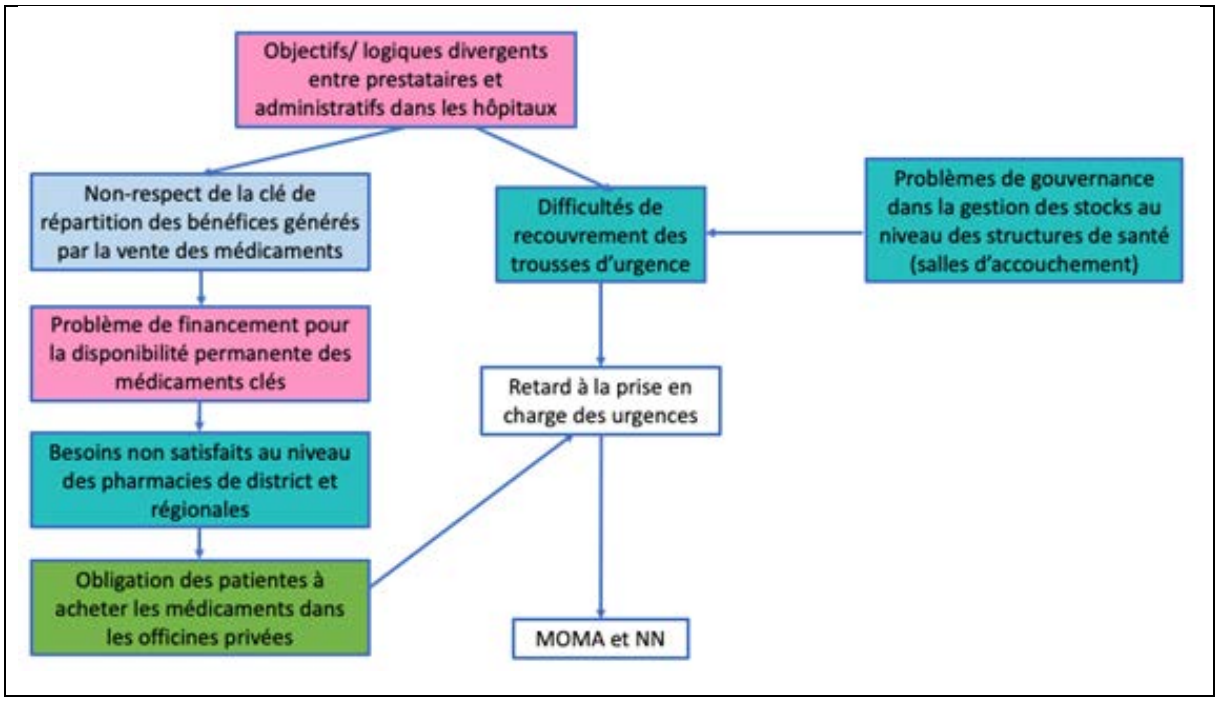


Figure 4 : Chaîne de causalité entre les problèmes de gestion des médicaments et produits et la mortalité maternelle et néonatale

Synthèse 6 : Les mères continuent de mourir principalement du fait du manque de sang

Les prestataires sont régulièrement confrontés à une non-disponibilité du sang faute de donneurs (obstacles culturels) et/ou des insuffisances logistiques pour assurer la collecte, la gestion et la distribution du sang impactant directement sur la mortalité maternelle puisque la première cause de décès reste les hémorragies.

Pour les prestataires et les managers, la question la plus cruciale des intrants reste la problématique de l'accès au sang due à plusieurs facteurs :

- insuffisance de dons volontaires pour des raisons socioculturelles ;
- insuffisances dans la logistique et la gestion des intrants pour la collecte ;
- absence de banques de sang régionales et insuffisance de dépôts secondaires de sang dans les SONUC (CS II et EPS) *"on ne peut pas avoir un réseau SONU sans une autonomisation de la gestion du sang" (Gynécologue EPS)*. Les problèmes de disponibilité du sang nécessitent « *la mise en place de Centres régionaux de transfusion sanguine, et de dépôts de sang dans les structures faisant la transfusion (toutes les structures avec blocs opératoires : CS II et EPS* ») (Gynécologue EPS);
- absence de stratégies de fidélisation des donneurs.

Selon les conjoints, le problème de la disponibilité du sang est une réalité, car beaucoup de femmes meurent par manque de sang, surtout celles qui ont déjà été césarisées. Ce manque de sang est essentiellement lié à une insuffisance de donneurs de sang, pour diverses raisons.

"Les gens n'ont pas la culture de donner leur sang. Ils disent chaque fois qu'ils n'ont pas suffisamment de sang pour faire un don. D'autres ne connaissent pas leur état (sérologique) parce qu'ils doutent et ont peur de le connaitre avec le don. On voit certains qui disent qu'ils ne vont pas donner leur sang parce qu'on le revend, alors que ce ne sont que des préjugés. Socialement parlant, les personnes n'ont pas la culture d'aller faire gratuitement des dons de sang. Alors que si c'est des causeries où on donne de l'argent, les gens viennent en masse et ce n'est pas du tout normal. …C'est très important. Le sang est quelque chose de précieux, c'est un liquide qu'on ne peut pas acheter à la pharmacie. On peut sauver des vies et en avoir une bénédiction divine." (Homme milieu rural)

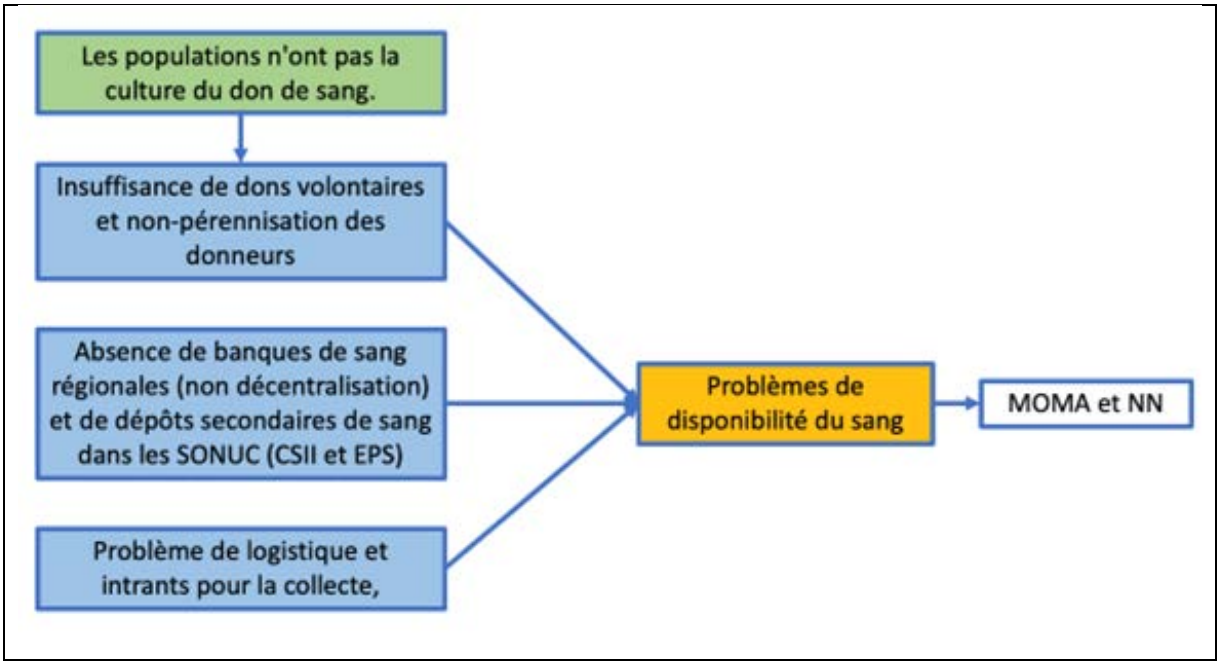


Figure 5 : Chaîne de causalité entre la non-disponibilité du sang et la mortalité maternelle et néonatale

Synthèse 7 : Les conditions de transport pour la référence mettent en jeu la vie des femmes et des nouveau-nés

Les hommes déplorent que, faute d'ambulances dans les structures de santé, de chauffeurs, ou de carburant, ils mettent en péril la vie des mères et des nouveau-nés en les transportant dans des véhicules non adaptés, à des coûts dépassant souvent leurs capacités financières, et ils arrivent parfois trop tard à destination.

La question de la référence dans l'offre de SONU a aussi été priorisée par les acteurs du secteur de la santé. Il s'agit de :

- l'insuffisance de la disponibilité des ambulances, particulièrement les ambulances médicalisées, impactant les délais de prise en charge ;

- le non-respect des règles de référence (peu ou pas de communication vers la structure de référence, peu ou pas d'outils/fiches de référence, moyens de transport non adaptés, absence de mise en conditions avant la référence…).

Le problème du transport est lié aux insuffisances dans la gestion des ambulances, et du carburant en particulier. Les postes de santé ne disposent pas de budget spécifique pour la référence alors que ce sont eux qui réfèrent vers le niveau supérieur, et la ligne budgétaire pour la référence au niveau des districts n'est pas toujours utilisée à cette fin.

Le fait que les chauffeurs ne soient pas doublés au niveau périphérique est une limite à leur disponibilité 24h/24.

Les acteurs ont aussi relevé la faible implication des collectivités locales dans la gestion des ambulances. Cependant des expériences positives à Fatick et Kolda avec l'implication des préfets pour la dotation en carburant ont été rapportées. L'impact positif des séances d'audit des décès maternels et les réunions de coordination des districts impliquant les SONUC/hôpitaux pour le feedback SONUC/SONUB a été relevé, de même que l'impact positif du SAMU dans la référence pour les SONU au niveau des régions qui disposent d'Unité d'Urgence Médicale.

La non-disponibilité ou l'insuffisance des ambulances lors de la référence a été soulignée dans toutes les discussions de groupe des bénéficiaires et des conjoints. Ils ont parlé de leur non-satisfaction en cas de référence : les accompagnants sont obligés d'aller louer des voitures dans les garages (taxi ou clando) pour transporter la parturiente. C'est le cas en milieu urbain, et dans les zones rurales où les charrettes sont favorisées du fait des routes impraticables. Quelques fois**,** les familles doivent payer le coût du déplacement ou payer le chauffeur. Parfois celui-ci n'est même pas disponible. La faiblesse de la disponibilité des ambulances impacte les délais de prise en charge et est un facteur de stress pour les familles.

Dans certaines zones, l'insuffisance d'ambulances fait que parfois il faut attendre que la seule ambulance partie pour une évacuation soit de retour, ou trouver d'autres alternatives, ce qui peut retarder le délai de prise en charge et avoir des conséquences dramatiques.

> *"J'ai récemment vu un homme dont la femme a été victime des problèmes de transport. Sa femme est décédée à cause de ça, parce qu'il avait un problème d'argent de 10.000 francs pour payer le chauffeur. Alors il est allé chercher l'argent, et il est revenu trop tard. Donc finalement il a pris beaucoup de temps et sa femme est décédée. Je l'ai vu pleurer. Donc c'est des leçons à prendre en compte".* Hommes, milieu rural.

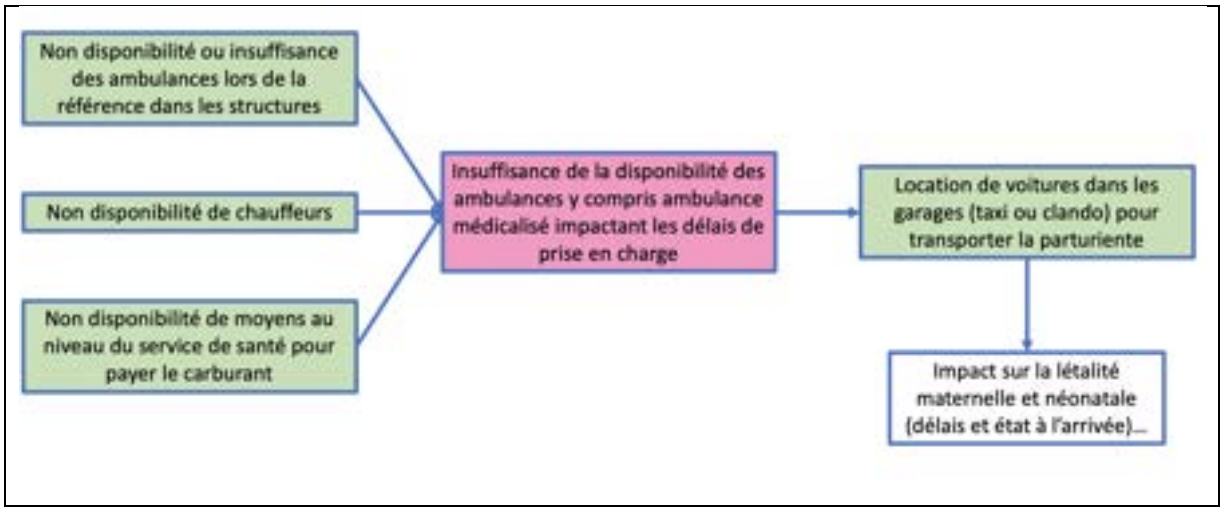


Figure 6 : Chaîne de causalité entre les carences dans la gestion des moyens de référence et la létalité maternelle et néonatale

Synthèse 8 : Le non-respect des protocoles pour la référence réduit les chances de survie des mères et des nouveau-nés

Les gynécologues et les pédiatres se désolent du fait que même si des protocoles ont été mis en place pour la référence, les mères et les nouveau-nés sont encore référés sans l'accompagnement de personnel qualifié pour procéder aux gestes d'urgence au besoin, sans informer la structure de référence et sans documentation (fiche de référence…), mettant en jeu leur vie durant le trajet et hypothéquant la prise en charge dans la structure de référence.

Selon les prestataires, les règles de référence édictées dans les protocoles ne sont pas toujours appliquées ; notamment la communication préalable avec la structure de référence, le remplissage des outils de référence, l'utilisation de moyens de transport adaptés (ambulance médicalisée avec un prestataire qualifié), la mise en condition des malades avant la référence…. En ce qui concerne la référence des nouveau-nés malades ou de petit poids, les acteurs ont aussi relevé l'existence d'un outil de liaison pour améliorer les références, mais non disponible au niveau périphérique, et qui, en général, n'est pas encore bien utilisé.

Les femmes et les conjoints ont aussi identifié comme problème le fait que la référence, décidée par les professionnels de santé, est mise en œuvre quelques fois sans leur demander leur avis et sans l'assistance d'un personnel pouvant gérer les complications éventuelles en cours de route. Dans les zones rurales en particulier, ce sont les matrones ou les "bajenu gox" qui accompagnent la patiente dans l'ambulance, car la sage-femme, souvent seule, ne peut pas quitter le service où elle reçoit d'autres patientes.

> *"Pour la référence, elle est décidée par la sage-femme et l'infirmier chef de poste. Ils ne nous demandent même pas notre avis. Généralement, pendant la référence, la femme se trouve dans l'ambulance avec seulement le chauffeur, mais ce dernier ne se contente que de son volant. Il ne pourrait pas l'aider en cas de complication."* (Femme, milieu rural).

"…L'évacuation doit être faite par un personnel qualifié, parce que, même si la patiente est accompagnée par un parent, il y a des traitements qu'on fait à la femme pendant l'évacuation. Par exemple, s'il y a une perfusion est-ce que l'accompagnant peut savoir si la perfusion marche correctement ou pas d'ici l'arrivée à destination ? Si la patiente a des problèmes, le parent peut juste mettre au courant l'ambulancier mais qu'est-ce que le chauffeur peut régler, celui-ci n'a que son volant pour conduire." (Homme, milieu rural)

Dans certains cas, la référence est déclenchée sans pour autant que le niveau supérieur soit informé. Il arrive souvent lors de la référence, au niveau de la structure qui reçoit, que l'ambulancier, en l'absence d'accompagnement d'un personnel à partir de la structure de provenance, soit interrogé sur l'origine et le motif de la référence, car aucune information n'a été reçue.

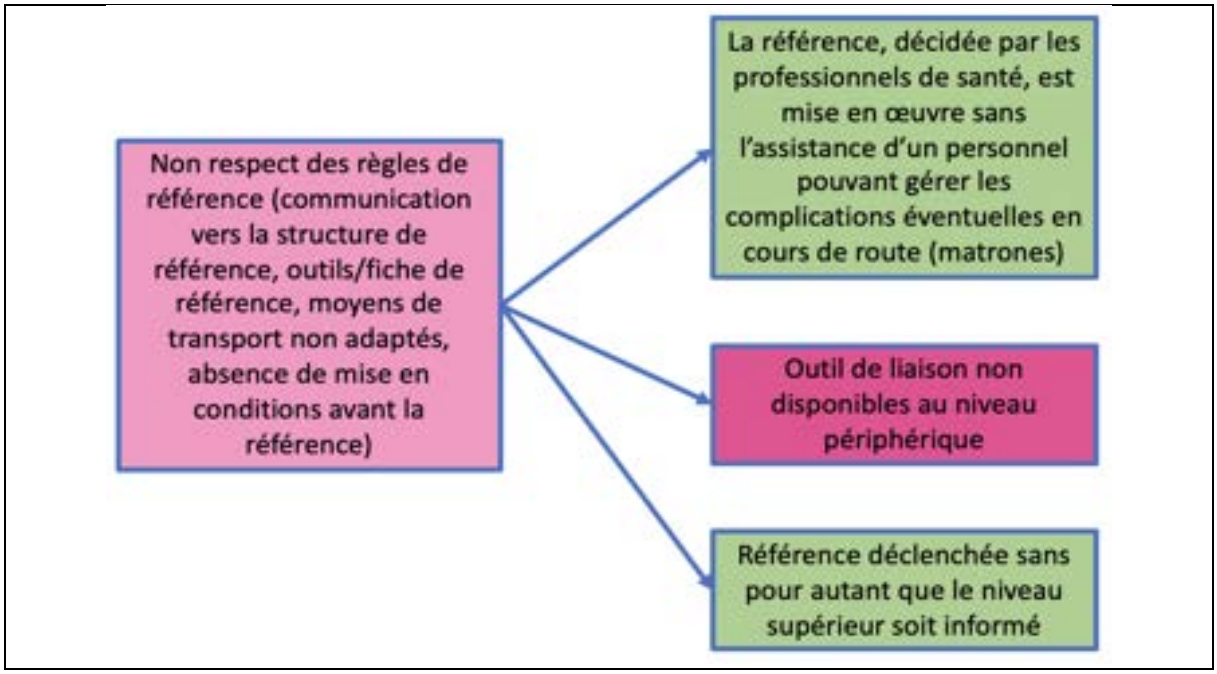


Figure 7 : Relation entre le non-respect des protocoles de référence et quelques insuffisances dans l'évacuation des urgences obstétricales et néonatales

Synthèse 2 : Insuffisance de communication et d'empathie à l'égard des utilisateurs des SONU

Les femmes et les hommes déplorent le manque de communication de la part des prestataires, qui fait qu'ils ne comprennent pas les raisons de certaines prescriptions médicales et s'interrogent quelque fois sur les compétences de ces derniers. Ils déplorent aussi le manque d'empathie à leur égard menant à des relations conflictuelles.

Les insuffisances de communication notées par les bénéficiaires et leurs conjoints conduisent à la remise en cause de certains actes médicaux posés par les soignants.

Ce volet a été mis en exergue par les prestataires de santé, par les utilisatrices, ainsi que les accompagnants. Si les premiers reconnaissent l'insuffisance d'empathie de la part du personnel de santé lié aux défaillances citées plus haut (insuffisance de ressources humaines en quantité et en qualité, y compris pour le savoir être du personnel, conditions de travail…), la communauté a relevé l'insuffisance de communication de la part des prestataires et ses conséquences sur les services qui leurs sont offerts et sur la mortalité maternelle et néonatale.

Les femmes et leurs conjoints ont des perceptions plutôt négatives en ce qui concerne les attitudes professionnelles des soignants, surtout au niveau des structures SONUC. Ainsi, **faute de communication**, la décision et la pratique de la césarienne sont critiquées par les derniers, ce qui **limite leur adhésion**, de peur de voir "les femmes systématiquement césarisées" ou de devoir payer des sommes exorbitantes pour ces soins :

> *"Ma femme a fait ici 12 jours, quand elle est venue, les médecins nous ont tout de suite dit qu'elle devait subir une césarienne et d'après mes constats, la majeure partie des femmes qui viennent dans cet hôpital se font césariser et je ne saurais vous dire le pourquoi. Cela m'intrigue vraiment. Je ne sais pas si c'est à la mode ou quoi, mais vraiment je ne comprends pas."* (Homme, milieu urbain).

> *"Moi ma femme a subi la césarienne à deux reprises ici dans ce même hôpital… Les patients sont toujours inquiets de leurs états. Déjà tu viens on t'amène direct dans un bloc opératoire, tu te mets à paniquer ne sachant pas si tu t'en sortiras ou pas. Les accompagnants aussi sont inquiets, ils se demandent à combien vont s'élever les prix des ordonnances et consort... D'ailleurs, je me suis même disputé avec le médecin qui prenait en charge ma femme, car je venais lui demander quelques éclaircissements et il s'est mis à me crier dessus, ce qui n'est vraiment pas normal..."* (Homme, milieu urbain).

L'analyse de ces témoignages montre qu'au-delà de la pratique de la césarienne, c'est l'absence de communication entre les prestataires de soins et les femmes, ainsi que leurs accompagnants à propos des décisions techniques qui sont prises qui est indexée, et crée de l'inquiétude.

L'échographie constitue un autre exemple de remise en cause de la **justesse de certains actes médicaux posés par les soignants dans les services de SONU**, source d'incompréhension et d'interactions souvent difficiles des patients (et leurs accompagnants) avec eux :

> *"...Nous avons constaté la non-fiabilité des résultats des échographies. Moi, ma femme on lui avait dit qu'elle était enceinte de 2 filles mais après accouchement il s'est avéré que c'était un garçon et une fille (qui n'a pas survécu d'ailleurs). Bon nombre sont des gens qui se plaignent des mauvais résultats des échographies."* (Homme, milieu urbain).

De même, le manque de communication entraine une méconnaissance du processus thérapeutique par les patientes et leurs accompagnants, débouchant sur des interprétations personnelles des causes des complications obstétricales et des gestes thérapeutiques.

Ainsi, l'absence de communication avec les hommes en particulier et leur "mise à l'écart" laisse la porte ouverte à des interprétations qui renforcent les incompréhensions entre les deux groupes. Lors d'un focus avec le groupe des hommes en milieu rural, un des participants a raconté son expérience et l'interprétation qu'il en a faite *: "…ma femme était venue pour accoucher mais la sage-femme lui a fait comprendre que ce n'était pas encore le moment pour elle. La sage-femme lui a fait une piqûre et lui a demandé de rentrer. Durant la nuit, elle m'a fait comprendre qu'elle ne sentait plus le bébé bouger et s'est plainte de douleurs. Je l'ai alors amenée au niveau du centre de santé où j'ai appris que le bébé était déjà mort. Selon moi, c'est cette piqûre qui lui cause des problèmes aujourd'hui et c'est ce qui a tué le bébé."* (Homme, milieu rural).

Le moment de la référence est aussi un moment important de communication entre le personnel de santé, les patientes et leurs accompagnants. Selon les cibles, un des problèmes de la référence en cas de complication, c'est l'absence de consultation/implication dans la décision de référence.

Même si "*… c'est la sage-femme et l'infirmier qui s'impliquent plus dans la référence, il faut d'abord discuter avec la personne qu'on doit référer. On ne peut pas décider sur la référence sans pour autant discuter avec la personne, même si c'est pour son bien. Car la personne n'a peut-être pas les moyens. Donc pour accepter cette référence ça sera difficile, parce que la structure ne prend en charge que la référence, rien de plus. Les frais sont à la charge de la patiente..."* (Homme, milieu rural).

Cet extrait illustre la nécessité de ne pas prendre la référence comme une décision technique ne relevant que de la seule compétence du prestataire de soin, mais de communiquer avec la patiente, ses accompagnants, de les impliquer dans la décision, afin de favoriser son acceptabilité.

Selon les participants, les besoins des accompagnants doivent aussi être pris en en termes d'informations qui devraient leur être fournies, de capacités financières, mais aussi en termes émotionnels (inquiétude sur le sort de la patiente…).

> *"… les médecins doivent communiquer avec les accompagnants, ils ne font que prescrire des ordonnances et t'obliger à les acheter dans l'immédiat sans tenir compte de nos revenus. Ils doivent avoir pitié de nous…" (*Homme, milieu urbain).
>
> *"… nous voulons aussi parler de la désolation et la souffrance des accompagnants. Nous n'avons même pas le droit d'amener nos petits matelas avec nous et nos conditions sont difficiles." (*Homme, milieu urbain).

Concernant le besoin d'information, les hommes pensent que les professionnels de santé ne leur donnent pas d'explications, car les jugeant profanes sur des aspects jugés trop

techniques, alors que nous sommes dans un contexte où les populations sont de plus en plus informées.

Ces considérations subjectives, interactionnelles et communicationnelles ont une influence sur la perception de la compétence des professionnels de santé par la communauté. Si on analyse les propos des femmes et des maris, l'aspect technique reste enchevêtré dans des dimensions relationnelles, communicationnelles, empathiques à partir desquelles ils jugent les prestataires de santé. C'est pourquoi la communauté apprécie les compétences des prestataires à savoir (i) poser un bon diagnostic et soulager les patientes, mais (ii) aussi sur les interactions avec les bénéficiaires :

- **la justesse des diagnostics, des actes médicaux, des prescriptions faites par les soignants est un élément à partir duquel la compétence est appréciée par les femmes et leurs maris :**

  "La sage-femme est très compétente, parce que quand ma femme avait des douleurs, elle lui avait prescrit des médicaments qui l'ont bien soulagé. Je trouve qu'elle a les compétences requises. La sage-femme qui est là, tout ce qu'elle nous dit, on voit le résultat immédiatement, elle est vraiment compétente". (Homme, milieu urbain).

  "Je vais confirmer cela, car les rendez-vous qu'elle donne aux femmes pour l'accouchement tombent juste, et pour moi cela relève de la compétence de la sage-femme, elle est expérimentée sur ce point…une sage-femme qui donne des rendez-vous d'accouchement et que cela tombe juste, il faut dire que cette sage-femme a des qualités". (Homme, milieu urbain).

  "Si une patiente a des malaises et que la sage-femme lui prescrit des médicaments qui vont la guérir, on peut dire que cette sage-femme est compétente et a des qualités". (Homme, milieu rural).

- **Les Interactions avec les bénéficiaires : le type d'accueil, le mode d'interaction et de communication, l'écoute, ainsi que l'attitude empathique des soignants sont aussi un élément clé à partir duquel les femmes et leurs maris ont jugé de la compétence des soignants impliqués dans les SONU :**

  Par exemple, au niveau d'un centre de santé urbain, l'attitude du personnel de santé jugée sympathique, empathique, souriante et complice, proche des parturientes, explique que la majeure partie des femmes préfère faire la queue de 6 heures du matin jusqu'à 16 heures, juste pour une consultation. « *Ils sont très courtois, répondent aux besoins des patientes, accueillent gentiment et prennent le temps nécessaire pour bien expliquer aux femmes et à leurs accompagnants »*. (Femme, milieu urbain).

  "Si la structure est fréquentée c'est parce que la réception est bonne, le personnel est correct, calme et il respecte les patients. Moi j'étais à Dakar, c'est la première fois que j'y viens en consultation mais je les trouve sympathiques. Parce que dès votre arrivée, le personnel vous côtoie, cherche à connaître votre adresse… même si on s'absente au

rendez-vous il vous contacte pour savoir les raisons. C'est rare de voir une telle attitude dans les structures sanitaires. Au-delà de ça, nous patientes, devons comprendre les médecins sachant qu'ils sont des humains. Très sincèrement, ils font leur travail comme il se doit." (Femme, milieu urbain).

Cette appréciation positive de la compétence du personnel à partir de son attitude empathique est une donnée très importante, évoquée dans tous les entretiens.

A l'inverse dans d'autres structures, les difficultés de l'accueil, l'absence d'organisation pour faciliter la recherche de soins aux femmes et à leurs accompagnants, **ainsi que les attitudes relationnelles avec les soignants concourent à créer une image négative de leurs compétences aux yeux des usagers des services de santé :**

*"L'accueil est bon pour les consultations. mais il y'a un problème que je vois toujours en fait. A l'accueil, il y a une très longue file d'attente et tant que ce n'est pas ton tour, tu ne pourras pas entrer. Ils ne nous prennent même pas en compte nous les femmes enceintes, on fait la queue comme tout le monde. Il y a aussi la dame qui est chargée de mesurer la tension, je ne sais pas si elle est une sage-femme ou un médecin mais elle est tellement hautaine car elle se croit au-dessus de tout le monde. … si j'avais à noter, la sage-femme qui est chargée de prendre les tensions je lui donnerais 5/20 parce qu'elle est sévère. Déjà elle vient toujours en retard, même les stagiaires sont toujours là avant elle. C'est parce qu'elle porte une blouse qu'elle se croit au-dessus de tout le monde alors que tout le monde a ses humeurs." (*Femmes, milieu urbain).

Ce qui est remis ici en question, ce ne sont pas les qualités techniques du personnel qui prend la tension, mais plutôt la qualité de son comportement, de sa communication, son manque d'empathie et sa propension à abuser de sa position. Les femmes déplorent, sa difficulté à les écouter, à entendre leurs complaintes et souhaits, bref à communiquer avec elles. L'accueil, l'écoute et la communication sont des qualités empathiques à partir desquelles les femmes et leurs maris jugent aussi la compétence de la sage-femme.

"…une femme qui vient pour accoucher doit trouver là-bas une personne qui se met à la place de la patiente parce que la patiente n'est plus consciente de ce qu'elle fait." (Homme, milieu rural)

Une autre attitude jugée peu empathique et relevant d'un manque de considération et de sérieux professionnel a trait aux attitudes adoptées par les sages-femmes lorsqu'elles parlent aux malades ou sont en train de gérer une urgence. Par exemple, le fait de se concentrer sur leurs téléphones malgré la longue file d'attente, le fait que le soignant ne dialogue pas avec les malades, est jugé comme un manque de respect à l'égard des malades et un manque de professionnalisme du personnel de santé.

Les difficultés des interactions des femmes, de leurs maris avec les soignants, créées par un manque de dialogue, une difficulté de communication et des attitudes peu empathiques est, ainsi, la source de préjugés qu'ils ont envers les sages-femmes (« sans cœur, voleuses de

médicaments » etc.). Cette situation conduit à une démotivation de ces dernières dans le travail, estimant ne pas toujours avoir la reconnaissance de la communauté, pour laquelle elles se sont engagées à servir. Dans le même temps, elles créent du côté des femmes et de leurs familles, une désaffection de certains services de santé, un refus de recourir même en cas d'urgence.

> *"… ma grande sœur avait accouché récemment dans un de ces hôpitaux et pendant qu'elle était en travail, les sages-femmes étaient occupées à discuter et à avoir des fous rires. Ma sœur criait et ma mère les a interpellées en leur disant qu'elle était en travail mais elles lui ont répondu que ce n'était pas encore son heure. Une fois que ma sœur s'en est sortie, cela a abouti à une altercation avec une des sages-femmes…. C'est pourquoi nous préférons maintenant aller dans une structure qui nous rassure le plus et, surtout, pour notre bien-être et notre sécurité." (*Femme, milieu urbain).

Ces extraits montrent bien comment les femmes peuvent éviter des services de santé plus proches, mais avec des soignants à la réputation peu empathique, pour emprunter des itinéraires thérapeutiques plus longs, afin de trouver satisfaction dans la prise en charge. Cette réalité est à considérer, puisque cela peut conduire certaines patientes à refuser une référence lors d'urgences et de complications.

Par ailleurs, en plus de ces critères d'appréciation de la compétence par la communauté (justesse du diagnostic et les interactions soignants-communauté), d'autres critères ont été soulignés par les répondants : Les sages-femmes présentes dans chaque poste de santé rural sont certes qualifiées (compétences que doit avoir une sage-femme pour faire accoucher), mais certaines sont considérées comme jeunes, manquant d'expérience, de compétences techniques pratiques, et de capacités de résolution des problèmes. Plus spécifiquement, leurs compétences sont jugées insuffisantes pour la prise en charge des nouveau-nés dans les structures de SONU.

L'importance de l'accueil, de la communication, de l'attitude empathique n'est pas seulement requise chez le personnel de santé qualifié, mais aussi chez le **personnel d'appui** et communautaire qui fait partie de l'offre de soins. Les attitudes des agents de nettoyage et des vigiles sont fortement décriées, surtout dans les zones urbaines. La plupart des participants au niveau communautaire ont mis en exergue ce qu'ils ont appelé "l'impolitesse" de ces agents, en évoquant leurs vécus relationnels au niveau des services de prise en charge :

> *"Je veux parler de l'équipe de nettoyage non pas parce qu'ils font bien leur travail, même si c'est le cas d'ailleurs, mais les femmes de ménage ne sont pas tolérantes. Elles doivent savoir que l'hôpital est un lieu public où tout le monde se croise et elles doivent tolérer certaines choses. Moi par exemple, ce matin, je voulais voir ma femme, mais la femme de ménage m'a interdit de passer et il y'avait 4 personnes qui m'ont dépassé là-bas. Je n'ai pas voulu réagir pour ne pas dégénérer la situation mais c'est vraiment à revoir. Beaucoup de monde déplore le comportement des femmes de ménages."* (Homme, milieu urbain).

"Moi je voudrais parler de l'impolitesse des gardiens. J'ai eu à me confronter avec le gardien devant la porte d'entrée de l'hôpital. Mon fils est amené aux couveuses et ma mère ne pouvait pas s'occuper de ma femme et de mon enfant à la fois. Quand je suis venu pour leur déposer quelques affaires, j'ai eu une altercation avec le gardien qui m'a par la suite traité d'impoli avant de m'insulter. J'ai même porté plainte contre lui, car il m'a menacé de mort. Et je ne comprends pas l'audace qu'il a en tant que simple gardien de se comporter de la sorte." (Homme, milieu urbain).

La question du traitement des accompagnants des malades par les prestataires de soins a aussi été abordée comme un élément d'insatisfaction dans leur vécu au sein des services de prise en charge de la femme et du nouveau-né et illustre un manque d'empathie de ces agents :

"… j'ai vu une femme qui venait de donner naissance à des jumeaux et ils ont refusé à son accompagnante de passer la nuit avec elle. Comment pourrait-elle prendre soin d'elle-même en tant que malade et des deux bébés en même temps ? Les patientes doivent avoir des accompagnants pour les assister. Cela aussi, c'est vraiment à déplorer et à revoir. Nous prions vraiment à ce que cette étude que vous faites ait un suivi pour le bénéfice de tous." (Homme, milieu urbain).

Outre le personnel d'appui, les participants ont aussi évoqué les interventions des matrones dans les SONU. Elles sont considérées comme non qualifiées par les hommes, qui jugent que la place qu'elles occupent souvent pendant les accouchements n'est pas la leur. Et ceci est la raison de certains problèmes :

"…avant que la sage-femme arrive, parfois les matrones jouent le rôle de sage-femme, alors que ce n'est pas la même chose ; c'est différent et cela doit cesser. La sage-femme doit gérer son rôle et les matrones aussi. …La sage-femme doit jouer son rôle. D'abord faire comprendre aux matrones qu'elles ne sont pas des sages-femmes et chacun doit connaître son rôle. C'est à la sage-femme d'assister à l'accouchement, sinon ça va créer des problèmes. Alors que, souvent, c'est après l'accouchement qu'on appelle la sage-femme : ça ne doit pas être comme cela. La matrone peut accueillir, orienter, conseiller, aider, mais l'obligation d'assister revient à la sage-femme." (Homme, milieu urbain)

Cet extrait discute du niveau où l'implication des matrones est envisageable. Selon les hommes, leur compétence doit être limitée à l'accueil, l'orientation, l'aide et le conseil aux femmes. Elles n'ont pas beaucoup de capacités dans les autres domaines du soin.

Un autre aspect important de l'expérience des soins mis en exergue est l'implication des hommes. Contrairement à ce qui est coutume de penser, l'étude a montré un "changement sociologique en cours" chez les hommes, qui réclament plus d'implication dans le suivi de la grossesse et lors de l'accouchement.

"... il est impératif que le mari accompagne sa femme pour les consultations et soit présent pendant l'accouchement…" (Homme, milieu urbain).

*"Vu que nous ne sommes pas informés de l'état de nos femmes, je suggère que les médecins nous laissent assister nos dames, cela ne perturbe en rien leur travail et cela aidera nos femmes à se soulager et se sentir bien à l'aise et protégées. C'est ce que l'on voit en Europe et partout d'ailleurs". (*Homme, milieu rural).

Cet extrait est assez illustratif de l'implication émotionnelle des hommes et, contrairement à ce qui est pensé, ces derniers veulent être présents avant et pendant l'accouchement, d'autant plus qu'ils sont maintenant très informés en ce qui concerne la santé maternelle. Ils regrettent le fait que les soignants ne leur laissent pas jouer leur rôle qu'ils jugent essentiel pour soulager les femmes.

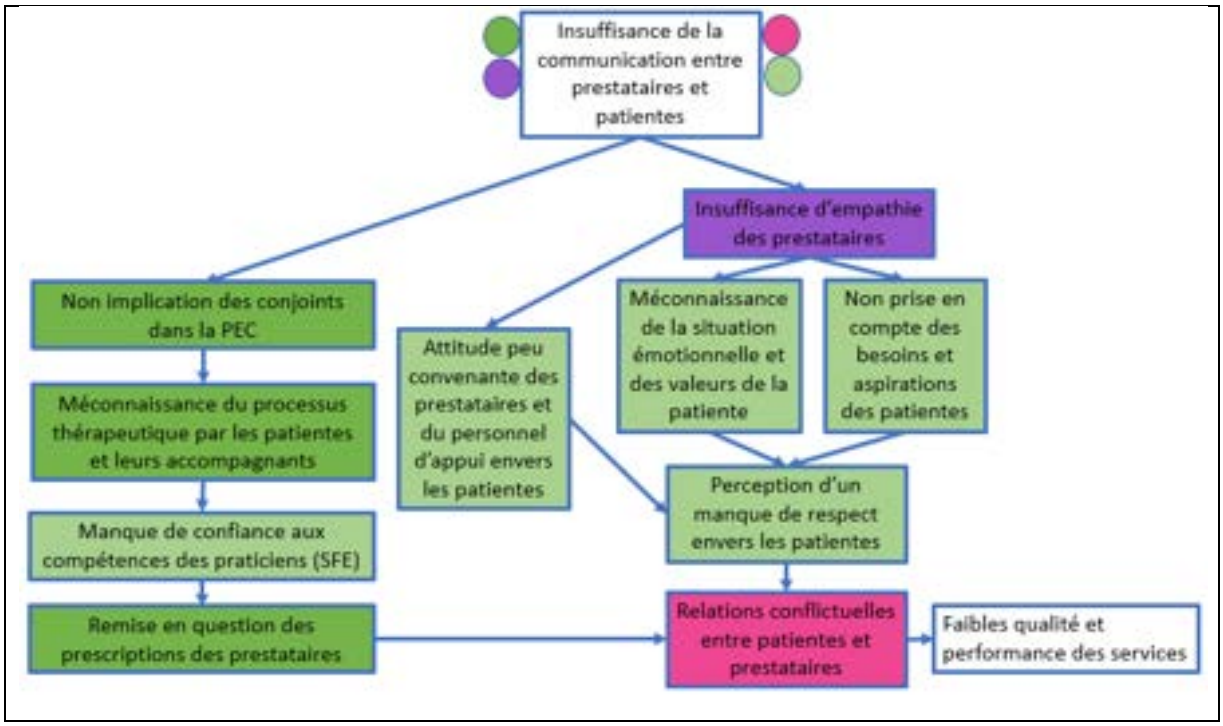


Figure 8 : Chaîne de causalité entre l'insuffisance de la communication entre les prestataires de santé et les patientes et la faiblesse de la qualité et des performances des services

PARTIE 2 : REVUE DES INDICATEURS PROPOSES

8 Objectifs de la revue des indicateurs

8.1 Objectif général

L'objectif général de ces ateliers était de recevoir les appréciations des cibles sur la synthèse des données collectées lors des ateliers précédents, et sur les nouveaux indicateurs proposés.

8.2 Objectifs spécifiques

- Recueillir auprès des professionnels et des bénéficiaires des SONU des appréciations sur les données collectées de l'étude de cas ;

- Valider avec les participants les points clés et la synthèse de perceptions issues des groupes de discussions
- Recueillir les appréciations des professionnels de santé sur les propositions de nouveaux indicateurs proposés au niveau global et à partir de l'étude de cas du Sénégal, pour contribuer à la réflexion mondiale et ainsi mieux mesurer l'offre de SONU.

9 Méthodologie

9.1 Échantillonnage

Au niveau des acteurs de la santé, une sélection de 2 personnes dans chacun des groupes de discussions des premiers ateliers a été réalisée : 2 dans le groupe des gynécologues, 2 dans le groupe des pédiatres, 2 dans le groupe des maitresses Sages-femmes, 1 dans le groupe des coordinatrices SR, 2 dans le groupe des MCR, et 1 dans le groupe des MCD : soit 10 participants qui ont été regroupés dans un atelier mixte de 2 jours.

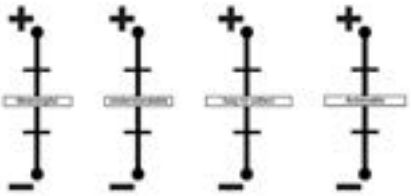
Au niveau de la communauté, la sélection a concerné 1 femme dans chacun des groupes de femmes précédemment interrogées : soit 4 femmes regroupées dans un atelier d'une journée. Il en a été de même pour les hommes dont l'atelier a regroupé 6 hommes pendant une journée.

9.2 Méthodes de collecte

Lors de ces ateliers les méthodes de collecte suivantes ont été utilisées :

- Pour la phase de validation des synthèses des groupes de discussions précédents, une présentation des résultats (arbres à problèmes et synthèses) suivie de discussions a été faite.
- La phase de feedbacks sur les indicateurs proposés, a comporté les étapes suivantes pour chacune des thématiques discutées (ressources humaines, équipements/médicaments, référence, expérience de soins, niveau de soins pour les fonctions SONU…) :
    - Présentation et discussions sur les nouveaux indicateurs proposés ;
    - Utilisation de sliders/échelles de classification pour faire une hiérarchisation des priorités ;
    - Remplissage d'une journey map/cartographie ou description d'un parcours de soin avec utilisation de post-it ;
    - Utilisation d'un storyboard/script descriptif des étapes de la collecte à l'utilisation d'un indicateur.

Tableau 12 : Illustration des différentes techniques utilisées

Noms de la technique	Illustration
Sliders	
Journey map	
Storyboard	
Jeu de cartes	

Avec les femmes et les hommes, les cartes et des exercices de priorisation ont été essentiellement utilisés.

9.3 Traitement et analyse des données

Les données collectées lors de cette seconde phase de l'étude ont fait l'objet d'une synthèse par thématiques et selon les centres d'intérêt identifiés lors des discussions.

Les synthèses ont été ensuite organisées selon les 3 domaines proposés dans le cadre de la révision des indicateurs au niveau global mentionnés ci-dessous.

10 Résultats

Les résultats sont présentés selon les 3 domaines proposés dans le cadre de la révision des indicateurs au niveau global afin de faciliter la compréhension et l'intégration dans le processus de révision des indicateurs en cours ***et dans un souci d'uniformisation des 3 études pays.***

Les 3 domaines sont détaillés ainsi :

⇒ Domaine 1 : Une offre accessible et équitablement distribuée de structures de SONU de qualité (**Des structures bien réparties, disposant du matériel et équipement fonctionnels nécessaires pour l'offre de SONU)** :
- Disponibilité des SONU (y compris les fonctions signalétiques, les niveaux de soins)
- Accessibilité (durée du trajet)
- Conditions optimales pour l'offre de SONU de qualité (l'aptitude/préparation des structures pour la référence, les médicaments traceurs pour l'administration des fonctions SONU, adéquation des ressources humaines, etc.)

⇒ Domaine 2 : Un système de SONU centré sur la personne :
- Expérience des soins
- Recherche de soins
- Bien-être du personnel de santé

⇒ Domaine 3 : Des services de SONU efficaces :
- Couverture des services
- Pertinence clinique des soins
- Impact des soins

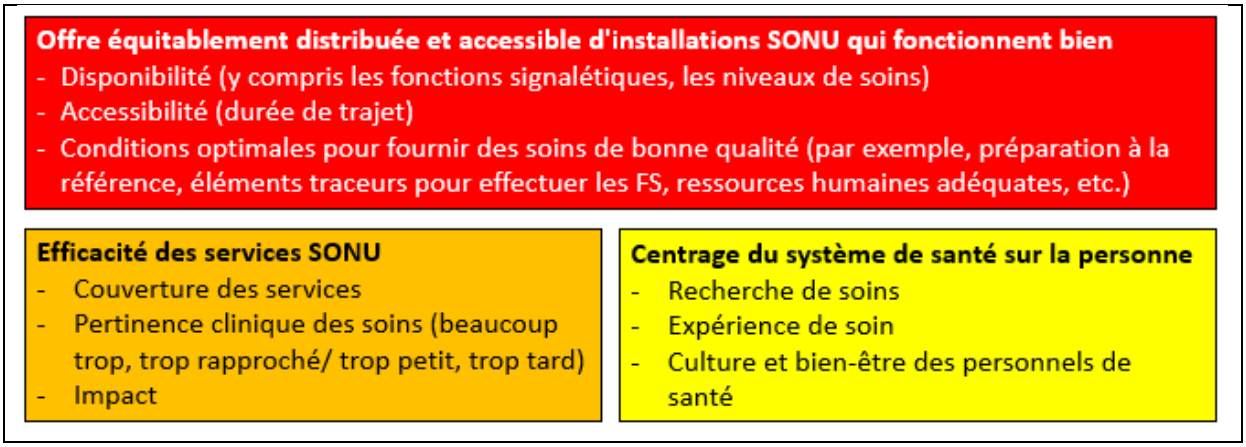


Figure 10 : Les 3 domaines proposés dans le cadre de la révision des indicateurs au niveau global

Pour chaque indicateur sont présentés la méthode d'analyse par les participants, les résultats et les recommandations issues des discussions.

10.1 Domaine 1

Des structures bien réparties, disposant du matériel et équipement fonctionnels nécessaires pour l'offre de SONU : (Une offre accessible et équitablement distribuée de structures de SONU de qualité) :

Ce domaine prend en compte 3 volets :

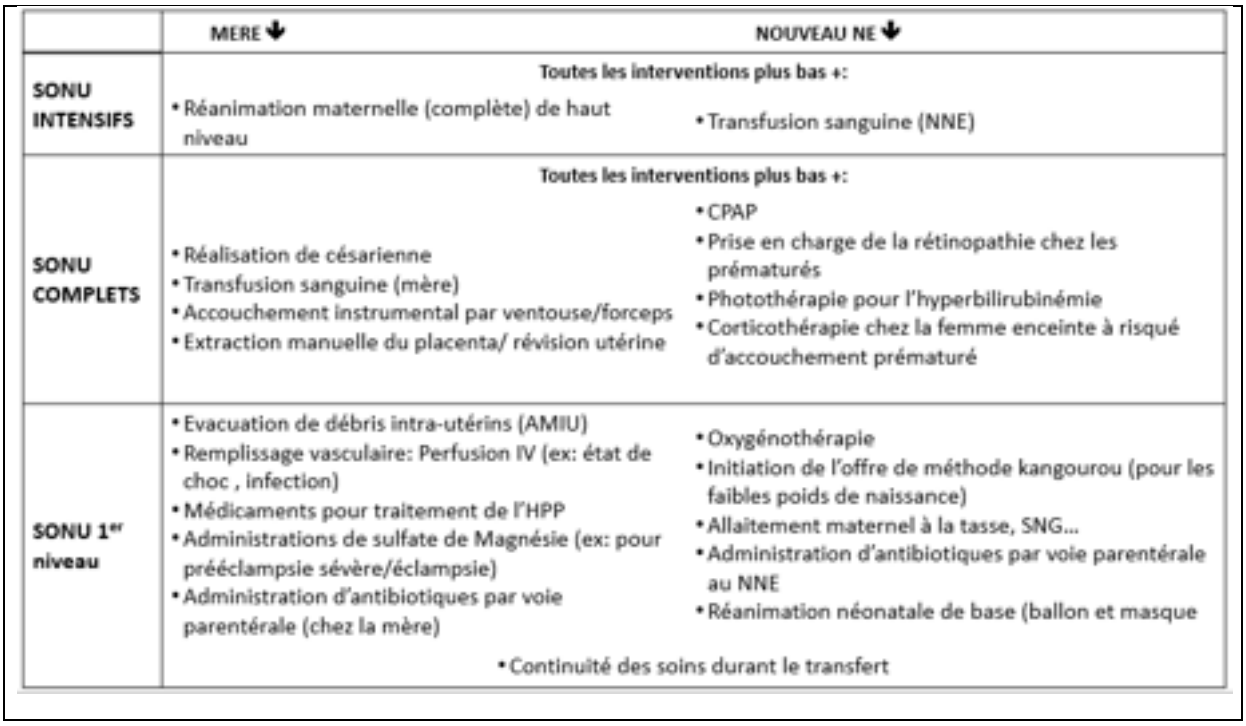
- Disponibilité des SONU y compris les fonctions signalétiques et les niveaux de soins ;
- Accessibilité des SONU (temps de voyage) ;
- Conditions optimales pour l'offre de SONU de qualité (ressources humaines en quantité et qualité, matériel, médicaments et équipements traceurs, préparation à la référence).

Tableau 13 : Volets du DOMAINE 1 et leurs contenus

Volets	Contenus	
Disponibilité	- Les fonctions SONU - Les niveaux d'offre de SONU - Le secteur privé et sa prise en compte dans la planification des établissements SONU en fonction de la taille de la population	
Accessibilité	Géographique	
	Autres accessibilités	
Conditions optimales pour l'offre de SONU de qualité ("Readiness")	Ressources du système de santé	Médicaments, Équipements & produits (pour administration des fonctions signalétiques 24h/24 et 7j/7)
		Infrastructures
		Promptitude à référer
		Systèmes d'amélioration de la qualité
	Personnel de santé	Adéquation des ressources humaines (nombre adéquat en fonction du volume de travail 24h/7j)
		Compétences des ressources humaines (pour administration des fonctions signalétiques)
	Prevention et identification des complications obstétricales	

10.1.1 Les indicateurs de disponibilité des SONU

Les propositions ci-après de fonctions SONU par niveau pour la mère et pour le nouveau-né ont fait l'objet de discussions avec les acteurs de la santé :



	MERE ↓	NOUVEAU NE ↓
SONU INTENSIFS	**Toutes les interventions plus bas +:**	
	• Réanimation maternelle (complète) de haut niveau	• Transfusion sanguine (NNE)
SONU COMPLETS	**Toutes les interventions plus bas +:**	
	• Réalisation de césarienne • Transfusion sanguine (mère) • Accouchement instrumental par ventouse/forceps • Extraction manuelle du placenta/ révision utérine	• CPAP • Prise en charge de la rétinopathie chez les prématurés • Photothérapie pour l'hyperbilirubinémie • Corticothérapie chez la femme enceinte à risqué d'accouchement prématuré
SONU 1er niveau	• Evacuation de débris intra-utérins (AMIU) • Remplissage vasculaire: Perfusion IV (ex: état de choc , infection) • Médicaments pour traitement de l'HPP • Administrations de sulfate de Magnésie (ex: pour prééclampsie sévère/éclampsie) • Administration d'antibiotiques par voie parentérale (chez la mère)	• Oxygénothérapie • Initiation de l'offre de méthode kangourou (pour les faibles poids de naissance) • Allaitement maternel à la tasse, SNG… • Administration d'antibiotiques par voie parentérale au NNE • Réanimation néonatale de base (ballon et masque
	• Continuité des soins durant le transfert	

Figure 1 : Fonctions signalétiques et niveaux de soins – Prototype Draft décembre 2022

Les propositions alternatives ci-après ont été faites par les acteurs dans le tableau ci-après :

Le terme "1er niveau" ne semble pas adapté car il fait supposer un deuxième niveau. Il a donc été proposé de garder le terme SONUB ou à défaut "Paquet de services de SONU de base".

La fonction "Prise en charge de la rétinopathie chez les prématurés" a été jugée non pertinente du fait de sa très faible prévalence, et du plateau technique pour son dépistage et sa prise en charge totalement inexistant dans les pays en développement.

Le déplacement de certaines fonctions d'un niveau à un autre a été proposé :

Fonctions SONUC à remettre au SONUB :

- Extraction manuelle du placenta et accouchement par ventouse : ces fonctions sont réalisées en routine par les sages-femmes qui sont aussi disponibles en première ligne. De plus l'extraction manuelle du placenta est un geste qui sauve et ne peut attendre l'admission dans une structure de référence (d'autant plus que cela peut être fait au premier niveau). Même si l'idéal pour le confort de la patiente et du prestataire serait de la faire sous anesthésie générale dans un bloc opératoire, mais pour sauver des vies cet acte peut se faire au premier niveau.
- Corticothérapie chez la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré : Cette fonction peut être réalisée au premier niveau par les Sages-femmes devant une menace d'accouchement prématuré. D'autant plus qu'il s'agit d'une simple injection intramusculaire à la mère.

Fonction déplacée de SONU intensifs à SONUC : La transfusion sanguine au nouveau-né peut selon les pédiatres se faire dans une structure ayant un personnel médical (médecin, pédiatre) avec du sang, donc pas forcément dans un hôpital de référence. Cette pourrait donc être réalisée dans un centre de santé ayant les conditions susmentionnées.

Il a été proposé de rajouter de nouvelles fonctions :

- Exsanguinotransfusion au niveau SONU intensifs
- Administration parentérale du sulfate de Magnésie dans les 6h qui suivent l'accouchement (nouveau-nés asphyxiés) au premier niveau (SONUB)
- Réanimation néonatale complète de haut niveau (intubation) au niveau SONU intensifs

Pour la fonction transfusion sanguine il a été proposé de préciser "**transfusion de sang et dérivés sanguins**".

	MERE	NOUVEAU NE
SONU INTENSIFS	Toutes les interventions plus bas + :	
	• Réanimation maternelle (complète) de haut niveau	• Exsanguinotransfusion • Réanimation néonatale complète de haut niveau (intubation) • ~~Transfusion sanguine (NN6)~~
SONU COMPLETS	Toutes les interventions plus bas + :	
	• Réalisation de césarienne • Transfusion sanguine (mère) • ~~Accouchement instrumental par ventouse/forceps~~ • ~~Extraction manuelle du placenta/ révision utérine~~	• CPAP • ~~Prise en charge de la rétinopathie chez les prématurés~~ • Photothérapie pour l'hyperbilirubinémie • ~~Corticothérapie chez la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré~~ • Transfusion sanguine (nouveau-né)
SONU 1er niveau	• Accouchement instrumental par ventouse/forceps • Extraction manuelle du placenta/révision utérine • Evacuation de débris intra-utérins (AMIU) • Remplissage vasculaire: Perfusion IV (ex: état de choc , infection) • Médicaments pour traitement de l'HPP • Administrations de sulfate de Magnésie (ex: pour prééclampsie sévère/éclampsie) • Administration d'antibiotiques par voie parentérale (chez la mère) • Corticothérapie chez la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré	• Oxygénothérapie • Administration du sulfate de magnésie dans les 6 heures (asphyxie) • Initiation de l'offre de méthode kangourou (pour les faibles poids de naissance) • Allaitement maternel à la tasse, SNG… • Administration d'antibiotiques par voie parentérale au nouveau-né • Réanimation néonatale de base (pingouin, ballon et masque)
	• Continuité des soins durant le transfert	

Figure 11 : Fonctions signalétiques et niveaux de soins – Prototype Draft décembre 2022 (Feedback Sénégal)

10.1.2 Indicateurs d'accessibilité des SONU

La proposition d'utiliser la durée de trajet via Access Mod a été retenue. Cette méthode est déjà utilisée au Sénégal pour calculer la proportion de population pouvant accéder en 1 heure ou en 2 heures aux structures de SONU. Elle permet de disposer de la cartographie de l'accessibilité de la population aux structures devant offrir les SONU.

10.1.3 Indicateurs sur les conditions optimales de l'offre des SONU

10.1.3.1 Indicateurs sur les ressources humaines

Il s'agit de l'adéquation en nombre des ressources humaines en fonction du volume d'activités et leurs compétences pour offrir les fonctions signalétiques :

<u>Indicateur 1</u> : Pourcentage de structures ayant le nombre adéquat de RH en fonction du volume d'activités

- Cet indicateur vise à déterminer si les structures sanitaires disposent du nombre minimum de personnel de santé qualifié nécessaire pour fournir des soins pour les accouchements
- Il met l'accent sur le personnel qui est effectivement **présent** en salle d'accouchement (et pas appelé en cas de besoin/d'astreinte), et pas le décompte de l'ensemble du personnel de la structure : "<u>personnel qui prend des gardes à la maternité</u>"
- Le "nombre adéquat" est défini comme le nombre minimum de ressources humaines qualifiées nécessaires en fonction du volume de travail de la structure et du niveau de la structure, pour offrir des soins de qualité pendant les accouchements et les SONU durant une période donnée.

Pour calculer cet indicateur, les étapes suivantes sont prévues :

- <u>Etape 1</u> : Calculer le nombre moyen de ressources humaines qualifiées **pour les gardes** dans la maternité
- <u>Etape 2</u> : Sur la base du volume d'activités de la structure et son niveau dans la pyramide sanitaire, déterminer le nombre minimum recommandé de RH qualifiées que devrait avoir la structure (sur la base des recommandations de la FIGO ou autre recommandation. Par exemple pour le Sénégal des normes ont été définies pour le réseau SONU depuis 2018)
- <u>Etape 3</u> : Comparer le nombre moyen de ressources humaines qualifiées de la structure par garde avec les recommandations de la FIGO (ou autre)
- <u>Etape 4</u> : Mettre ensemble les données au niveau régional/national pour avoir la "proportion des structures ayant un nombre adéquat de RH qualifiées en fonction du volume d'activités" : nombre de structures ayant le minimum recommandé (OUI)/ nombre total de structures (pour chaque région et pour le niveau national à calculer)

Pour la FIGO, ces normes sont proposées pour les structures avec ou sans activités chirurgicales (SONUB et SONUC)[5] :

Tableau 14 : Nombre minimum de sages-femmes par garde selon le type de structure SONU et selon le volume d'activité obstétricale

Nombre de femmes accouchant dans la structure/ an	Nombre de femmes accouchant dans la structure/ mois	Structures sans activité chirurgicale (SONUB)	Structures ayant une activité chirurgicale (SONUC)

[5] Source : Stones W, Visser GHA, Theron G; FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO Statement: Staffing requirements for delivery care, with special reference to low and middle-income countries. Int J Gynaecol Obstet. 2019;146(1):3-7. doi:10.1002/ijgo.12815

		Nombre minimum de RH qualifiées par garde	Nombre minimum de RH qualifiées par garde (non inclus ceux ayant des compétences chirurgicales)
< 500	**< 42**	Structures avec moins de 500 accouchements par an non inclus dans l'article	
500 - 1499	**42 - 124**	2	3
1500 - 2499	**125 - 207**	3	4
2500 - 4499	**208 - 374**	4	5
4500 - 6499	**375 - 542**	NA	8
6500 +	**543 +**	NA	10

Selon les participants, cet indicateur basé sur les normes FIGO devrait préciser s'il s'agit uniquement des sages-femmes pour les accouchements (les infirmiers/ères sont-ils/elles inclus (e) ?). D'autre part, le personnel pour la prise en charge du nouveau-né est-il inclus dans ces normes FIGO ?

Finalement, **cet indicateur sur la disponibilité des ressources humaines basé sur le volume d'activités et par garde** a été jugé comme un bon indicateur. Il est spécifique, facile à collecter, facile à interpréter et utile du point de vue programmatique par tous les participants.

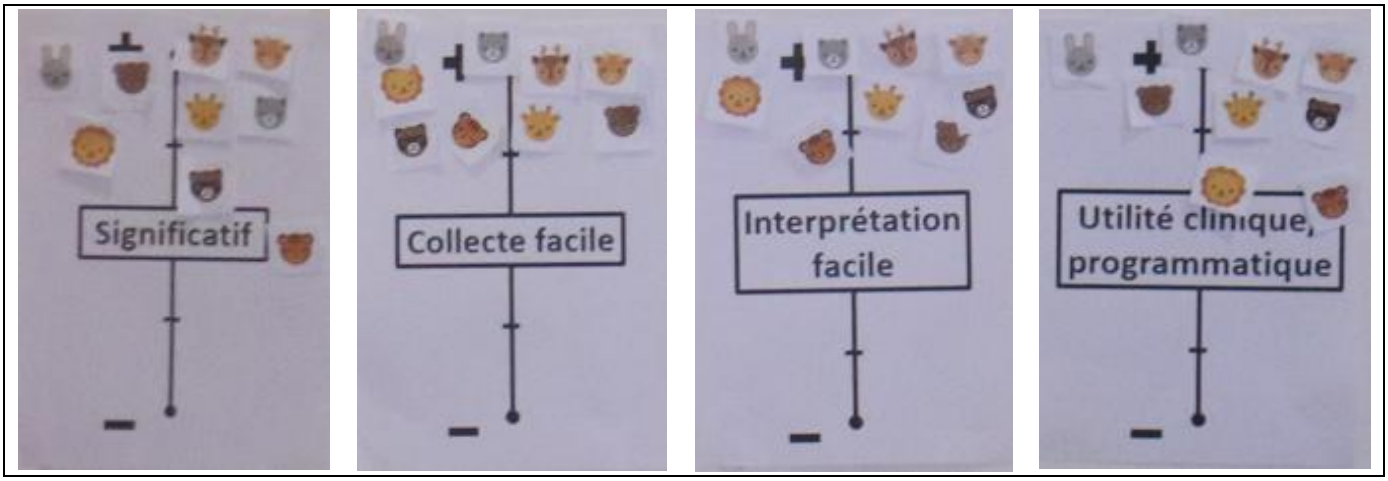


Figure 12 : Appréciation de l'indicateur de disponibilité des ressources humaines par les participants selon certains critères

Il existe cependant des défis pour atteindre la norme FIGO proposée. En effet, le réseau SONU actuel (normes basées sur le volume seulement et pas par garde) a déjà un déficit de 45 sages-femmes actuellement selon la dernière revue du monitoring SONU de 2022.

Pour respecter cette norme FIGO, le défi majeur au Sénégal pour faire fonctionner les équipes 24h/24, est qu'il faudrait 4 équipes par structure (gardes de 12h), ce qui augmenterait les besoins en sages-femmes.

Le défi qui va se poser dans les grandes structures (ex : 8 sages-femmes par garde) sera la gestion de l'équipe de garde : répartition des tâches, relations entre les membres de l'équipe, responsabilités de chaque membre de l'équipe…. C'est pourquoi une recommandation serait de voir s'il est possible de limiter le nombre maximum à 5 ou 6 sages-femmes par garde (ex : au-delà de 2500 acc/mois il faut 5 à 6 sages-femmes par garde).

Il faudrait aussi revoir la configuration des structures pour réorganiser les salles d'accouchements en boxes individuels pour que toutes les sages-femmes puissent bien se répartir le travail et les patientes.

Indicateur 2 : Proportion des structures ayant un personnel aux compétences pratiques avérées pour offrir les SONU

- Cet indicateur évalue quelle proportion de personnel de santé est qualifiée et compétente pour offrir les SONU, dit "**personnel aux compétences pratiques avérées**".
- Ceci va au-delà de la qualification académique et professionnelle (diplôme) et est basée sur l'évaluation sur le site des compétences réelles d'un personnel donné pour les tâches qui lui sont assignées dans la structure.
- Cette compétence périodiquement évaluée est basée sur les capacités prouvées des prestataires à réaliser les fonctions SONU à partir :
  - de l'observation directe sur les patientes ;
  - de simulations avec des mannequins.
  - Des résultats des formations continues (score de compétence obtenu après la formation)
- Cette évaluation est faite en utilisant un checklist 2 fois par an, et l'évaluateur vérifie les compétences du personnel de la structure/service concerné (maternité, bloc opératoire, unité de néonatologie...).

Les étapes suivantes sont prévues pour calculer cet indicateur :

- Etape 1 : Déterminer le nombre de personnel de santé évalué comme "ayant des compétences pratiques avérées" pour les SONU au terme de l'observation.
- Etape 2 : Déterminer si la structure a au moins 70% de son staff ayant des compétences pratiques pour offrir les fonctions SONU.
- Etape 3 : Agréger les données des structures au niveau régional ou national pour avoir la "proportion de structures dont le personnel dispose des compétences pratiques

avérées" : qui a au moins 70% du personnel "ayant des compétences pratiques avérées".

- Etape 4 : calculer l'indicateur **Proportion des structures ayant un personnel aux compétences pratiques avérées pour offrir les SONU**.
  - ♦ Numérateur : nombre de structure ayant au moins 70% du personnel évalué compétent pour l'offre de SONU.
  - ♦ Dénominateur : Nombre total de structures évaluées.

Selon tous les participants, l'indicateur est jugé spécifique, facile à collecter, à interpréter et utile du point de vue programmatique. Il pourrait être facilement mis en œuvre avec l'expérience de la supervision formative au Sénégal qui dispose déjà de checklists pour évaluer les compétences en SONU.

Il est utile, car il informe sur les besoins réels en renforcement des capacités, mais aussi sur la distribution des RH en fonction de leurs capacités (répartition des RH compétentes). Il peut servir aussi à établir les autorisations d'exercer (pratiquer les accouchements).

Concernant les modalités de l'évaluation, les discussions ont porté sur la nécessité de préciser s'il suffit d'une seule évaluation pour prendre la décision sur la compétence du prestataire ou s'il faut plusieurs tentatives du geste technique pour éviter le biais du stress de l'évaluation (si la méthodologue d'observation directe lors des supervisions formatives est retenue). Cependant, il faut noter que le processus d'évaluation risquerait d'être alourdi si plusieurs tentatives sont nécessaires. Le risque existe aussi que l'exercice de supervision formative ait un caractère inquisitoire.

Les participants se sont aussi interrogés sur les 70% du personnel qui doivent être compétents pour que la structure soit déclarée "disposant de RH compétentes". Pourquoi pas 80% à 90% au minimum ? La proposition de 70% semble aussi trop faible car peut correspondre à une équipe de garde entière sans compétence si les 30% compétents se retrouvent dans une même équipe de garde surtout lorsque la taille du personnel requis est peu importante.

Le STORYBOARD a été utilisé pour échanger sur le processus allant de la collecte à l'utilisation pour répondre aux questions : qui doit être responsable, où, comment et quand ?

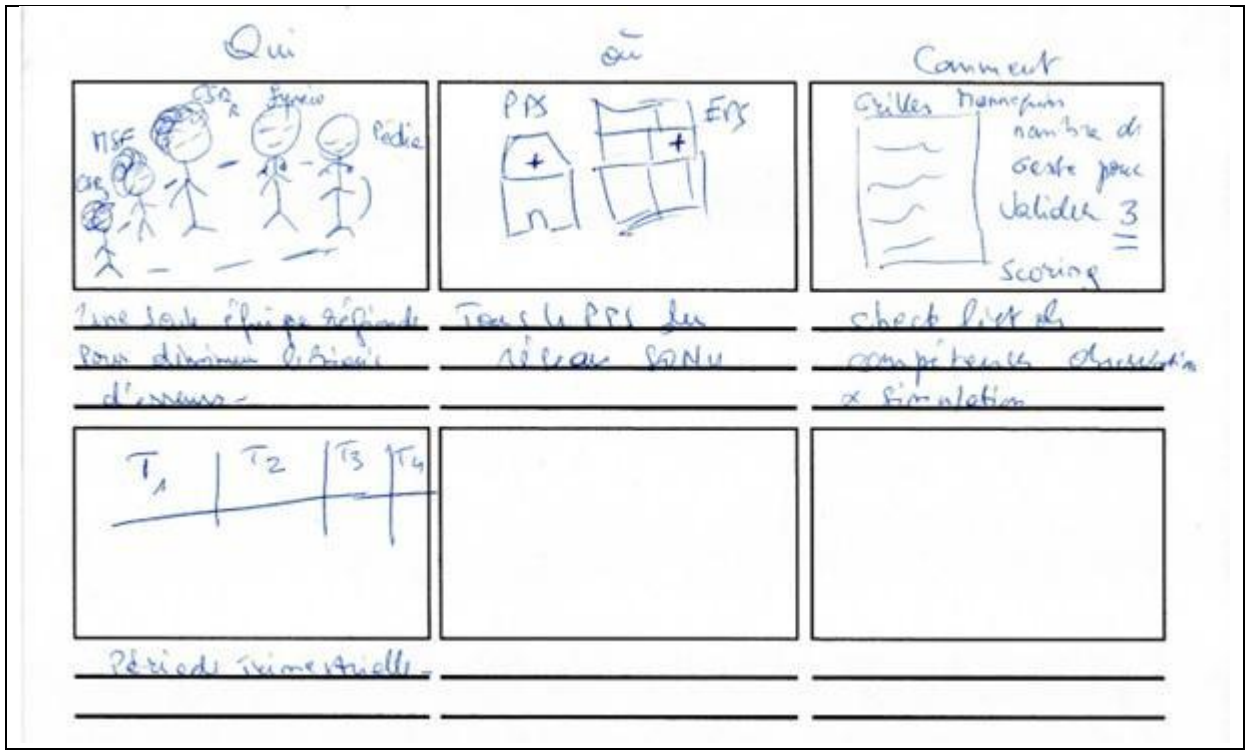


Figure 13 : Storyboard de l'indicateur de compétence des ressources humaines

Pour la collecte de l'indicateur :

- **Qui** : Une seule équipe régionale pour éviter les biais devrait être en charge de la collecte. Elle serait composée de : gynécologue, pédiatre, maitresse sage-femme, coordinatrice SR région et coordinatrice SR district.
- **Où** collecter : dans toutes les structures du réseau SONU : PS, CS, EPS (hôpitaux).
- **Quand** : chaque trimestre (même si la faisabilité a été discutée…)
- **Comment** : En utilisant une checklist des compétences des gestes pour faire l'observation d'au moins 3 fois par geste (avant de valider la note), et faire le scorage total de chaque geste. La simulation sur mannequin peut aussi être faite.

Pour la Saisie des données

- **Qui** : L'équipe en charge de la collecte des données ayant le profil pour utiliser la plateforme DHIS 2
- **Quand** : dans les 72 heures après la collecte
- **Où** : plateforme dédiée (DHIS 2)
- **Comment** : sur ordinateurs ou tablettes

Pour l'Analyse des données

- **Qui** : Formateur en SONU (gynécologue, sage-femme)
- **Où** : Dans la structure SONUB ou SONUC désignée

- **Quand** : chaque semestre
- **Comment** : analyse des écarts par rapport aux normes (au moins 70% du personnel doit avoir des compétences avérées) afin de déterminer les besoins.

Pour l'utilisation des données

- **Qui** : managers au niveau district, région et central
- **Où** : Dans la structure SONUB ou SONUC désignée
- **Quand** : chaque semestre
- **Comment** : faire des plans de renforcement des capacités des prestataires n'ayant pas les compétences avérées.

10.1.3.2 Indicateurs sur les médicaments, équipements et matériel traceurs

Il s'agit de l'indicateur dénommé : **Proportion de structures disposant de tous les items traceurs (intrants, médicaments, équipements) pour l'offre des fonctions SONU**

Cet indicateur mesure la disponibilité des médicaments, intrants et équipements clés nécessaires pour offrir les fonctions SONU. Lorsque les structures ne disposent pas des médicaments clés et de l'équipement fonctionnel, cela peut avoir les conséquences suivantes :

- Le personnel qualifié est obligé de fournir des soins dans des conditions non optimales
- D'importantes dépenses pour les familles qui sont obligées d'acheter le nécessaire en dehors de la structure
- La référence des mères et nouveau-nés vers d'autres structures entraînant des délais supplémentaires pour avoir les soins nécessaires

Les étapes suivantes sont proposées pour calculer l'indicateur :

- Etape 1 : Remplir chaque mois la checklist de disponibilité des intrants médicaments et équipements et déterminer le score d'aptitude de la structure pour l'offre de SONU
  - ♦ Chaque mois le responsable de la structure remplie la check liste de disponibilité des intrants, équipements et médicaments clés des SONU
  - ♦ Le nombre des items est déterminé par le niveau de SONU désigné pour la structure (les SONUC ayant plus de produits que les SONUC)
  - ♦ Pour chaque item, il faut noter si le mois précédent il y a eu rupture de stocks d'intrants ou de médicaments, ou des périodes où le matériel n'était pas disponible (non fonctionnel ou détruit)
  - ♦ Une rupture de stocks est définie comme une absence de médicament, intrant ou produit partout dans la structure pendant au moins 1 jour le mois précédent.

- Ceci signifie que le produit n'est pas disponible à la pharmacie, au dépôt et dans tout autre endroit de la structure. Le produit doit être absent de ces endroits pour parler de rupture de stock.

- Etape 2 : Calculer le score d'aptitude à offrir les SONU
  - Additionnez les items qui étaient disponibles sans rupture de stock ou fonctionnels pendant tout le mois et divisez par le nombre total d'articles requis pour ce niveau de soins et multipliez par 100. **C'est le score d'aptitude pour l'offre de SONU :**
  - (*/nombre d'items pour SONUB) x 100 = **% produits pour la structure SONUB
  - (*/nombre d'items pour SONUC) x 100 = **% produits pour la structure SONUC
  - (*/nombre d'items pour SONU intensif) x 100 = **% produits pour la structure SONU intensif
  - Les structures qui ont des scores de 100 % sont considérés comme "en capacité à offrir des SONU".
  - Les structures qui ont des scores inférieurs à 100 % sont considérées comme "n'étant pas en capacité d'offrir des SONU".
- Etape 3 : Saisir le score dans le SIS (généré si DHIS2) ou envoyer le score au niveau supérieur tel que défini dans le SIS du pays (dans le cadre du monitoring)
- Etape 4 : Calculer l'indicateur "proportion des structures ayant un score de disponibilité de 100%) : Chaque trimestre, au niveau local et régional, calculer l'indicateur sur l'ensemble des structures de la zone concernée (généré si DHIS2).

Selon tous les participants l'indicateur est jugé très bon et est déjà collecté dans le cadre du réseau SONU et saisi dans le DHIS 2. Il est considéré comme spécifique, facile à collecter, à interpréter et utile du point de vue programmatique.

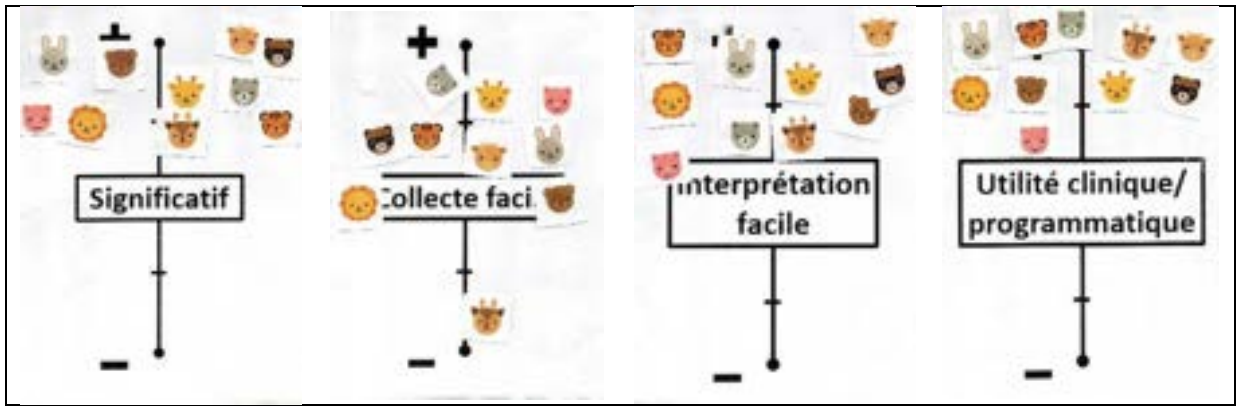


Figure 14 : Evaluation de l'indicateur de "Readiness" par les participants selon certains critères

Les difficultés sont liées aux antibiotiques pour lesquels au Sénégal 3 molécules sont exigées : donc un seul antibiotique proposé avec la formulation "à large spectre" a été bien apprécié. Il faudrait cependant préciser pour l'antibiotique la signification de large spectre pour standardiser la collecte.

Le défi de la disponibilité du sang a été discuté notamment pour les items traceurs, la difficulté de disposer de tous les groupes sanguins. D'où l'importance de s'accorder sur les produits traceurs pour la fonction transfusion sanguine.

Il est recommandé d'utiliser l'expression "sang et **produits sanguins**" pour la prise en charge des hémorragies compliquées (coagulopathies) par le plasma frais congelé par exemple.

10.1.3.3 Indicateurs sur la préparation à la référence

Ces indicateurs ont été discuté avec les prestataires et avec la communauté.

Avec les prestataires, avant les échanges sur l'indicateur sur la référence, en validant les synthèses sur le thème, les participants ont beaucoup discuté de l'exemple du district Nord de la Région de Dakar où des feedbacks sont réalisés, sous des formes différentes :

- Une des SONUC de référence (Dalal Jamm) envoie des rapports analytiques mensuels sur les références reçues au district qui à son tour le partage avec les SONUB et autres maternités du district.
- Un autre SONUC de référence (Pikine) remplis des fiches de contre référence et les tiennent à la disposition des structures référentes.

Malgré la non standardisation de la rétro-information, ces exercices de feedback ont grandement amélioré la référence (plus médicalisée, formations des structures référentes, promptitude de la référence, liens téléphoniques entre les structures…).

Sur la base de cette expérience Il a été recommandé :

- d'harmoniser l'approche (revue des référence ou audit des référence) et la passer à l'échelle dans la région de Dakar, voire dans tout le pays (vrai rôle du réseau SONU)
- de mettre un cadre de partage/dissémination des données : non pas seulement envoyer les feedbacks ou attendre de les faire récupérer, mais organiser une vraie instance de discussion entre les acteurs des SONUB, SONUC, des districts, du SAMU…
- de mettre en place des solutions pour éviter les bypass des patientes vers d'autres SONUC, notamment en généralisant l'approche du feedback (pour éviter les feedbacks négatifs certaines maternités pourraient référer vers d'autres SONUC)

Ces feedbacks doivent permettre de renforcer les capacités donc doivent être suivies de coachings ou de formations ciblées sur les défaillances notées.

En ce qui concerne l'indicateur sur la référence proposé dans le cadre de cette révision au niveau global, il s'agit d'un indicateur composite intitulé : **Proportion des structures qui ont la capacité de référer en urgence (prêtes pour la référence en urgence : promptitude à référer, "Prêt à référer").**

Il vise à déterminer de manière routinière si les structures sont préparées pour référer rapidement des femmes et des nouveau-nés lorsque ceux-ci ne peuvent y recevoir les soins nécessaires. Idéalement cet indicateur devrait être intégré dans le DHIS2. Il permet d'identifier les structures ayant besoin de renforcement, ainsi que les éléments de la référence en urgence qui manque le plus au niveau global.

Il prend en compte 6 volets :

7. Capacités de transport
8. Efficience de la référence et coordination des soins
9. Soins Durant le transport
10. Accès financier à la référence
11. Soins centrés sur la famille
12. Dynamiques entre structures

Tableau 15 : Volets de l'indicateur composite sur la référence et leurs contenus respectifs

VOLETS	CONTENU
1. Capacités de transport	**Disponibilité d'un moyen de transport pour la référence en urgence** : Ambulance fonctionnelle / autre véhicule de transport motorisé (autre que l'ambulance) / Autres moyens de transport en urgence (véhicule du district, etc.) / autre
	Disponibilité de chauffeur : Toujours ou parfois/ parfois ou ne sais pas / jamais ou pas de chauffeur/ pas de véhicule
	Assez de carburant pour transporter les mères et nouveau-nés : oui / ne sait pas/ non ou pas de véhicule
1. Soins durant le transport	**Le chauffeur a reçu une formation aux premiers secours ? :** Oui tous les chauffeurs formés/ quelques chauffeurs formés/ Non ou ne sait pas, ou bien aucun chauffeur formé / pas de chauffeur dans la structure/ pas de véhicule
	Disponibilité de l'équipement d'urgence dans le véhicule de référence : Tous les équipements (tous les équipements de base + couveuse) / Équipement de base (équipement de base+ possibilité de perfuser) / Équipement minimum (civière…) / véhicule non équipé/ pas de véhicule
	Disponibilité d'un personnel de santé qualifié pour accompagner la patiente référée : Toujours ou habituellement/ parfois / rarement ou jamais
1. Efficience de la référence et coordination des soins	**Outils de référence :** toujours utilisés/ parfois utilisés/ pas d'outils ou jamais utilisés
	Avant de référer est-ce que la structure qui doit recevoir est avertie : Toujours ou habituellement/ parfois ou ne sait pas/ jamais, rarement ou pas de réponse

Tableau 15 : Volets de l'indicateur composite sur la référence et leurs contenus respectifs

VOLETS	CONTENU
	Moyens de communication fonctionnels (disponible et fonctionnel) : moyen de communication de la structure disponible (oui)/ Moyen de communication du prestataire uniquement (parfois)/ Pas de moyen de communication (Non) ou pas de réponse
	La structure dispose-t-elle de guidelines pour la gestion des patientes présentant des complications obstétricales avant la référence (conditionnement) ? : Oui / oui mais pas disponible/ Non ou ne sait pas
	La structure dispose-t-elle de guidelines pour la gestion des nouveau-nés présentant des complications néonatales avant la référence (conditionnement) ? : Oui / oui mais pas disponible/ Non ou ne sait pas
2. Accès financier à la référence	**Payement des services par les patients avant la référence :** Aucun payement avant référence/ payement parfois/ payement toujours avant référence
	Payement pour le transport avant la référence : Aucun payement avant référence/ payement parfois/ payement toujours avant référence
3. Soins centrés sur la personne	**Est-ce que la structure qui réfère dispose de la liste à jour des structures de référence avec leurs capacités et les personnes de contact ? :** oui / non / ne sait pas ou pas sûr de l'information
	A quel point êtes-vous sûr que la patiente va recevoir les soins dont elle a besoin quand vous la référez ? : sûr / pas sûr/ ne sait pas
	A quel point êtes-vous sûr que la patiente va recevoir des soins de qualité quand vous la référez ? : sûr / pas sûr/ ne sait pas
	A quel point êtes-vous sûr que la patiente va recevoir des soins respectueux et dignes quand vous la référez ? : sûr / pas sûr/ ne sait pas
4. Soins centrés sur la famille (questions pour les familles)	**Les prestataires de la structure référente vous ont –ils expliqué pourquoi votre patiente va être/a été référée ? :** oui / non / ne sait pas
	Est-ce que la structure a aidé la famille à organiser la référence lorsqu'il n'y avait pas de véhicule disponible dans la structure ? : oui / non / ne sait pas
	Est-ce que la structure vous a informé sur les coûts de la référence pour la famille ? : oui / non / ne sait pas
5. Dynamiques entre structures	**Votre structure dispose-t-elle d'une liste à jour des structures de référence, de leurs capacités et de leurs contacts/coordonnées ?** oui / non / ne sait pas
	Dans quelle mesure êtes-vous sûr que votre patient recevra les services dont il a besoin lorsque vous le référerez ? sûr / pas sûr / incertain
	Dans quelle mesure êtes-vous sûr que votre patient recevra des soins de qualité lorsque vous le référerez ? sûr / pas sûr / incertain
	Dans quelle mesure êtes-vous sûr que votre patient recevra des soins respectueux et dignes lorsque vous le référerez ? sûr / pas sûr / incertain

Les réponses possibles sont : 0 (“non, jamais/rarement”), 1 (“parfois, pas sûr / incertain ”), 2 (“oui, toujours/habituellement, sûr”).

Le calcul de l’indicateur proposé se fait en 2 étapes :

Étape 1 : Évaluer à l’aide de la checklist proposée les 6 volets

Étape 2 : Calculer le score pour chaque volet et déterminer si la structure peut être qualifiée de prête/prompte pour la référence :

- Si le score est ≥ … la structure est prête/prompte pour la référence
- Si le score est < … la structure n’est pas prête/prompte pour la référence

Étape 3 : Calculer l’indicateur **Proportion des structures qui sont prêtes/promptes pour la référence :** nombre de structures qui sont prêtes pour la référence, divisé par le nombre de structures dans la zone concernée.

L’Indicateur a été jugé spécifique, facile à interpréter et utile du point de vue programmatique par presque tous les participants.

Pour la collecte les avis sont plus partagés : ils sont globalement bons, mais 2 participants ont donné une réponse neutre pour la facilité de collecte et un participant qui trouve l’indicateur difficile à collecter.

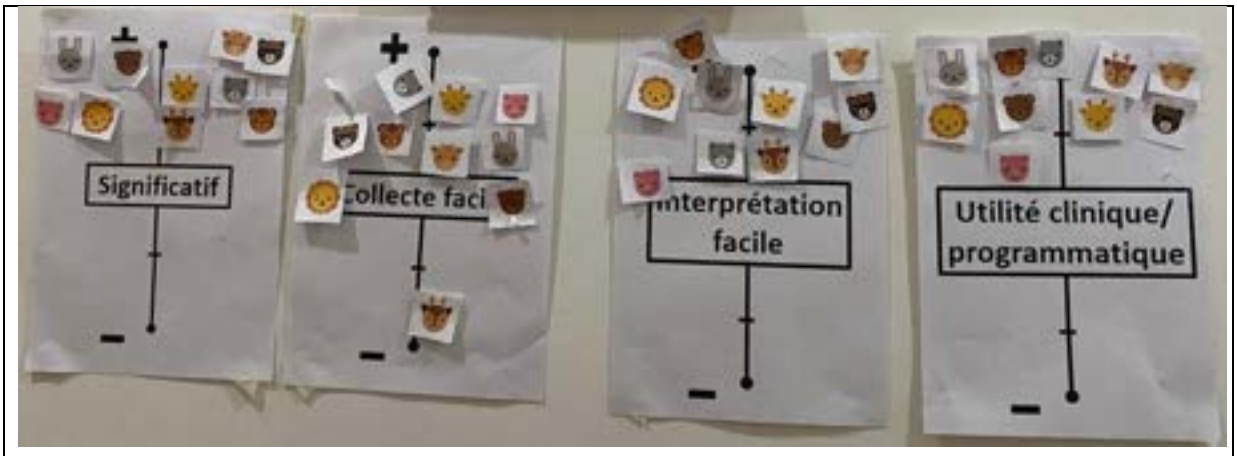


Figure 15 : Evaluation de l'indicateur sur la référence à travers certains critères

La localisation/disposition du personnel qualifié chargé d’accompagner la référence a été discutée : il devrait être dans l’habitacle auprès de la patiente évacuée pour prodiguer des soins et non auprès du chauffeur.

Dans le volet sur les capacités de transport, la disponibilité du chauffeur doit être plus précise : la disponibilité dans la structure devrait être rajoutée (oui, non, sur appel).

Le volet efficience devrait intégrer les aspects de **délais de référence** (délai entre le moment où la décision est prise et le moment où la femme ou le nouveau-né est évacué), **durée de référence** (temps mis pour atteindre la structure de référence), et des **délais de prise en**

charge (délai entre l'arrivée dans la structure de référence et le moment où la femme ou le nouveau-né est pris en charge) avec un score à proposer en fonction des fourchettes de temps. Il faudrait aussi prévoir les défis de la collecte de ces données dans les outils actuellement existants ou mettre en place des outils adéquats.

Dans le volet soins durant le transport : la pertinence de la **formation du chauffeur en premiers secours** est questionnée dans un contexte où il est plus efficient d'avoir un personnel qualifié qui accompagne la femme ou son nouveau-né dans une ambulance médicalisée plutôt qu'un chauffeur qui a des compétences en premiers secours. Il est recommandé de ne pas le retenir selon les participants.

Pour le volet dynamique entre les structures la recommandation est d'inclure la **régulation** qui devrait prendre en compte : l'existence de structure de régulation ou d'une personne dédiée dans la structure pour gérer la régulation (informer la structure référente, chercher la place…) ou ailleurs, l'appui à distance, la prise d'information sur la disponibilité de place, …

Pour la communauté, la référence a été analysée selon les étapes ou composantes suivantes : la préparation, les soins pendant la référence, l'accessibilité financière de la référence et les soins de référence centrés sur la famille.

La préparation à la référence se heurte souvent aux difficultés suivantes **:**

- → Problèmes de disponibilité d'ambulances ;
- → Retards dans la mobilisation du chauffeur, souvent pour des raisons non liées à une urgence (occupation autre) ;
- → Besoin de mobiliser l'argent par la famille, ce qui retarde la mise en œuvre de la référence ;
- → Payement préalable du carburant avant d'organiser la référence (entre 18 250 CFA et 25 000 CFA) ;
- → Absence de réserve de carburant qui rend difficile la référence la nuit dans les zones rurales (lorsque les stations d'essence sont fermées) ;
- → Faute d'ambulance, obligation de louer un véhicule qui coute beaucoup plus cher que le coût demandé pour l'ambulance ;
- → Non préparation des ambulances sur le plan technique qui occasionne des pannes en cours de route (pannes diverses, batteries…), ce qui allonge la durée de la référence ;
- → Absence de temps pour que les accompagnants réagissent et se préparent pour la référence.

Lors des soins pendant le transport la communauté a relevé :

- → Lorsque la patiente est accompagnée, c'est une aide de la sage-femme qui est chargée de surveiller les perfusions ;

→ Les soins sont focalisés plus sur la perfusion que sur l'assistance et l'accompagnement de la femme pour gérer la peur et l'inquiétude ;

→ Absence d'empathie/ respect notamment envers les femmes se plaignant la douleur (aide sage-femme souvent au téléphone) ;

→ Faible communication pour rassurer et assister la femme, une faible promptitude de la communication ;

→ Le fait de placer le mari ou l'accompagnant à l'avant du véhicule est mal vécu : cela ne les rassure pas, car leur souhait serait d'être auprès de la femme (des soins plus centrés sur la famille).

Les défis de l'accessibilité financière de la référence ont été ainsi identifiés **:**

→ Le coût et les modalités de paiement sont une vraie contrainte pour les évacuations d'urgence

→ La cherté du coût des soins de référence laisse les familles avec beaucoup de dettes contractées

→ La faible contribution de l'assistance sociale

Les soins de référence centrés sur la famille signifient pour eux :

→ Un accueil avec respect

→ Des soins qui impliquent le mari et les accompagnants (communiquer avec promptitude, partager, solliciter, faire de la place, expliquer ce qu'on va faire à la femme)

→ Donner de la place aux accompagnants depuis le début (des CPN au post-partum) et leur accorder leur place de partenaires et aidants

→ Des soins qui donnent la possibilité au patient d'exprimer son droit et de se faire entendre

→ Des soins qui incluent le plan d'accouchement discuté avec les maris et les accompagnants pour permettre d'anticiper et de se préparer en cas de complications

Les discussions avec la communauté sur la référence permettent d'analyser ce qui suit et de faire des recommandations :

→ Il existe un grand besoin d'une prise en charge plus réactive pour anticiper et se préparer à organiser la référence, dans le respect de la dignité ;

→ Il y a une faible dimension de soutien dans l'organisation de la référence : exigence de payer l'argent pour déclencher la préparation et mobilisation de l'ambulance ;

→ Il est important selon la communauté de penser d'abord à la douleur, à l'urgence avant de penser à l'argent ;

→ Pour une référence centrée sur la famille, les prestataires devraient considérer les accompagnants comme des "aidants" : Les maris sont des partenaires vivant l'expérience de la femme. Ils ont le droit de participer et peuvent apporter leur appui aux soignants pour surveiller, accompagner, convaincre et rassurer la femme ;

→ Impliquer aussi les hommes lors des CPN pour discuter ensemble du plan d'accouchement, ce qui peut leur permettre d'anticiper et de se préparer

Pour mesurer un soin centré sur la famille, il convient d'évaluer les aspects suivants évoqués par les hommes et les femmes :

→ L'implication des hommes : la place accordée aux maris et aux accompagnants décrite plus haut ;

→ La communication prompte avec eux sans attendre qu'ils posent des questions et empathique (attitudes pour aider, soutenir la femme, mais aussi les maris et les accompagnants)

→ La rapidité de la mise en œuvre de la référence en tenant compte des facteurs bloquants tels que les payements préalables à l'évacuation ;

→ L'écoute et la satisfaction des besoins des femmes

10.2 Domaine 2 : Un système de SONU centré sur la personne

Tableau 16 : SONU centré sur la personne

Recherche de soins	Choix des lieux d'accouchements, contournement des lieux de soins désignés, etc…
Expérience de soin	Soins respectueux à la mère et le nouveau-né
Culture et bien-être des personnels de santé	Confiance, stress, épuisement professionnel, satisfaction/insatisfaction au travail, source de joie, travail d'équipe, leadership, etc.

10.2.1 Indicateurs sur le bien-être du personnel de santé

L'Indicateur sur le bien-être du personnel de santé proposé est : **Pourcentage de structures dont le personnel n'est pas en burnout/est satisfait de leur emploi/se sentent membres d'une équipe/se sentent psychologiquement en sécurité/ reçoivent leur salaire à temps/etc.**

Les thèmes suivants qui avaient proposés dans les GDD précédents et d'autres proposés pour avis ont été discutés :

- **Esprit d'équipe** ;
- **Organisation des services** et relations entre prestataires, répartition des rôles entre les membres de l'équipe ;

- **Environnement de travail** : disponibilité des médicaments et équipements, aux conditions et ambiance de travail ;
- **Niveau de rémunération** (satisfaction du niveau de rémunération) et payement à temps ;
- **Formation continue** ;
- **Attente d'une affectation**/sentiment d'être oublié dans les structures périphériques sans perspectives d'affectation (nombre de mois/années dans l'attente d'une affectation, nombre de mois/années avec un désir de quitter le poste actuel) ;
- **Impact du lieu d'affectation sur la vie de famille** ;
- **Disponibilité de prise en charge médicale/sociale** ;
- **Charge de travail** (supportabilité du volume de travail) ;
- **Equilibre travail et vie personnelle** ;
- **Impact sur le moral de ne pas pouvoir soigner correctement les patients**.

Les participants ont choisi les 3 qui leur semblaient les plus importants par ordre :

1. **La rémunération ;**
2. **Environnement de travail ;**
3. **Organisation des services.**

Figure 16 : Choix des critères d'appréciation du bien-être des personnels de santé

Pour les différents volets de la collecte à l'utilisation de cet indicateur, les participants ont proposé les étapes suivantes sous forme de storyboard pour les indicateurs sur la rémunération, l'environnement de travail et l'organisation des services :

<u>Analyse des étapes pour la collecte de l'indicateur 1 sur la rémunération</u> :

- **Qui** doit collecter cet indicateur : le point focal RH **et** les partenaires sociaux (syndicats...)
- **Quoi** : satisfaction du niveau de rémunération, satisfaction de la promptitude
- **Où** : A tous les niveaux (structures de santé, districts régions médicales) et dans tous les secteurs (collectivités locales, comités de santé, contractualisation dans les EPS…)
- **Comment** : questionnaires à adresser aux prestataires regroupant la rémunération et l'ensemble des avantages
- **Quand** : chaque semestre

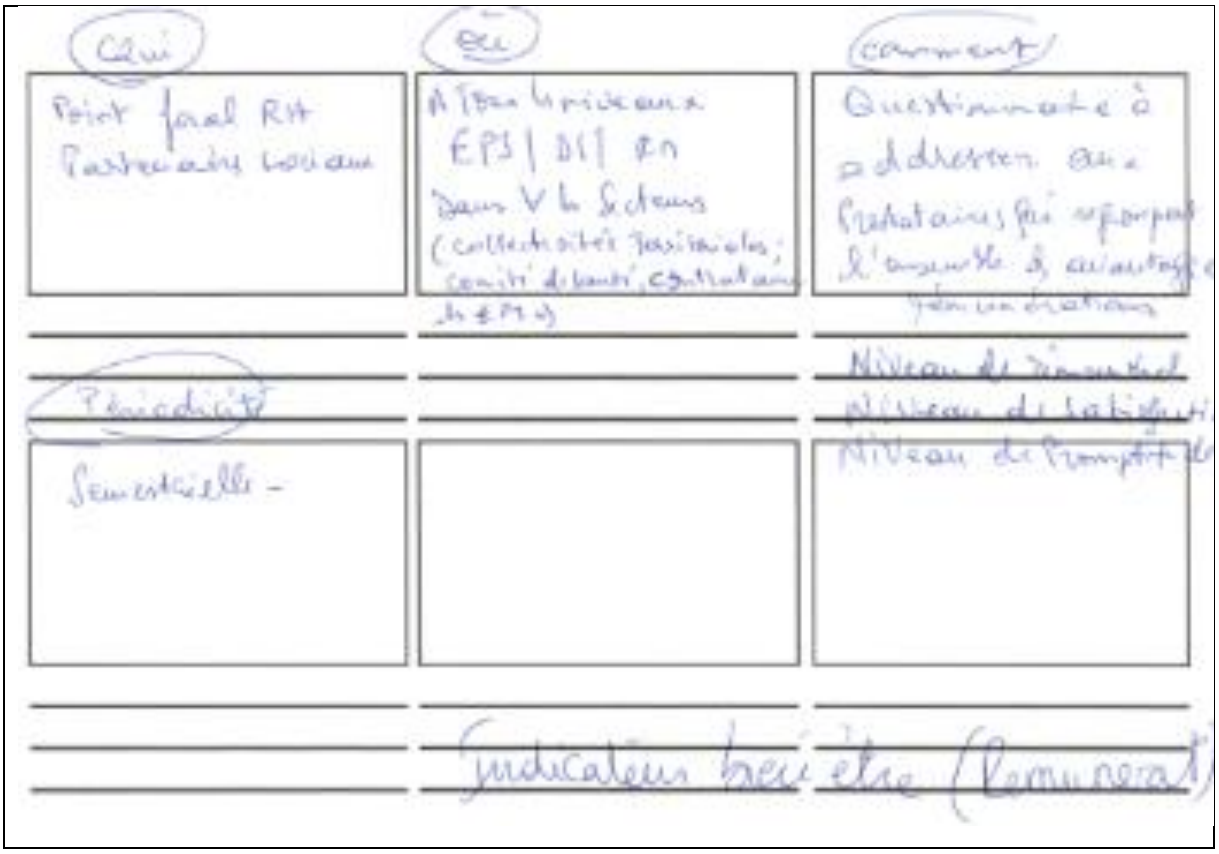


Figure 17 : Storyboard de l'indicateur sur la rémunération comme indicateur de bien-être

Analyse des étapes pour la collecte de l'indicateur 2 sur l'environnement de travail

- **Qui** doit collecter cet indicateur : pharmacien, médecin, sage-femme, DIEM (maintenance)
- **Quoi** : matériel, équipement, conditions et ambiances de travail
- **Où** : dans les structures du réseau SONU
- **Comment** : utilisant un checklist des médicaments traceurs (inventaire physique), fiche d'évaluation de l'ambiance de travail
- **Quand** : semestriellement avec un suivi interne trimestriel

Figure 18 : Storyboard de l'indicateur sur l'environnement de travail

Analyse des étapes pour la collecte de l'indicateur 3 sur l'organisation des services

- **Qui** doit collecter cet indicateur : le chef de service, maitresse sage-femme, le responsable RH, le MCD, l'inspection générale ou régionale des services de santé
- **Quoi** : organisation des services, relations entre prestataires, répartition des rôles entre les membres de l'équipe, audit organisationnel (RH/analyse des risques)
- **Où** : dans toutes les structures du réseau SONU
- **Quand** : annuellement (analyse de l'organisation/planning mensuel)
- **Comment** : Analyser le planning de travail, les fiches de poste, la répartition des tâches, l'organigramme de fonction (tous ces documents devant être affichés)

Pour les participants, ces concepts sont encore à affiner pour bien définir cet indicateur composite de bien-être et les moyens de mesure, notamment dans ces composantes qui semblent les plus importantes pour les participants.

10.2.2 Indicateurs sur l'expérience des soins

L'expérience de soins a été analysée par les prestataires et par la communauté. Elle porte sur les soins centrés sur la personne et sur le concept de Zéro-séparation.

10.2.2.1 Soins centrés sur la personne

Les prestataires de santé ont échangé sur l'indicateur proposé sous forme d'échelle intitulé : **Proportion de structure ayant un score de "soins liés à l'accouchement centrée sur la personne" au moins supérieur à 90%**.

Cette échelle est un outil validé, utilisé pour évaluer l'expérience des femmes durant l'accouchement dans plus d'une dizaine de pays (études publiées au Kenya, Inde, Ghana, Nigeria, Malawi, Éthiopie, Turquie, Sri Lanka, USA, Cambodge, études en cours de publication en Congo RDC, Népal, Haïti, Tunisie, Cameroun, Arménie, Italie, République Dominicaine, Afrique du Sud, Zimbabwe, Zambie, Rwanda, Tanzanie, Mexique).

Il est actuellement intégré au SPA (Service Provision Assessment) et comprend 3 parties :

- dignité et respect ;
- communication and autonomie ;
- soins empathiques.

Il existe 3 types de questionnaire/échelle en fonction du nombre de questions : un questionnaire à 30 questions, à 13 questions, et un autre à 16 questions.

Tableau 17 : Échelle à 30 questions de l'indicateur de soins centrés sur la personne

Dignité and respect : 6 questions pour les femmes	Communication et autonomie : 9 questions pour les femmes	Soins empathiques/de soutien : 15 questions pour les femmes
1) Traitée avec respect	7) Se présenter	16) Délai d'attente
2) Amicale	8) Être appelée par son nom	17) Accompagnant durant le travail
3) Respect intimité (visuelle)	9) Implication dans les soins	18) Accompagnant durant l'accouchement
4) Gestion confidentielle des données personnelles	10) Explication des soins/procédures	19) Attention portée en cas de besoin
5) Abus verbal	11) Explication des médicaments	20) Parler de ses besoins/sentiments
6) Abus physique	12) Consentement pour les soins/ procédures	21) Prise en charge de l'anxiété
	13) Accouchement dans la position de son choix	22) Gestion douleur
	14) Langue utilisée	23) Meilleurs soins possible offerts
	15) Possibilité de poser des questions	24) Confiance
		25) Propreté
		26) Personnel suffisant
		27) Structure bondée
		28) Sécurité
		29) Eau
		30) Electricité

Tableau 18 : Échelle à 13 questions de l'indicateur de soins centrés sur la personne

Dignité and respect : 3 questions pour les femmes	Communication et autonomie : 7 questions pour les femmes	Soins empathiques/supportive : 3 questions pour les femmes
1) Traitée avec respect	8) Être appelée par son nom	19) Attention portée en cas de besoin
2) Amicale	9) Implication dans les soins	20) Parler de ses besoins/sentiments
3) Respect intimité (visuelle)	10) Explication des soins/procédures	23) Meilleurs soins possible offerts
	11) Explication des médicaments	
	12) Consentement pour les soins/procédures	
	13) Accouchement dans la position de son choix	
	15) Possibilité de poser des questions	

Tableau 19 : Échelle à 16 questions de l'indicateur de soins centrés sur la personne

Dignité and respect : 5 questions pour les femmes	Communication et autonomie : 7 questions pour les femmes	Soins empathiques/supportive : 4 questions pour les femmes
1) Traitée avec respect	8) Être appelée par son nom	17) Accompagnant durant le travail
2) Amicale	9) Implication dans les soins	19) Attention portée en cas de besoin
3) Respect intimité (visuelle)	10) Explication des soins/procédures	20) Parler de ses besoins/sentiments
5) Abus verbal	11) Explication des médicaments	23) Meilleurs soins possible offerts
6) Abus physique	12) Consentement pour les soins/procédures	
	13) Accouchement dans la position de son choix	
	15) Possibilité de poser des questions	

Les réponses à tous les items sont combinées pour créer un score de 0 à 100 (les scores les plus élevés signifiant les soins les plus centrés sur la personne)

Les étapes suivantes sont prévues pour calculer l'indicateur :

- Interviewer des femmes ayant accouchées dans la structure <u>après</u> leur sortie avec le questionnaire PCMC
  - ♦ Identifier la personne (ex : ASC) qui va faire l'interview une ou 2 fois par an
  - ♦ Sélectionner les femmes qui seront interviewées :
    - ❖ Niveau CS/PS : pendant un mois, interviewer 30 femmes qui ont accouchées et sont sorties
    - ❖ Niveau Hôpital : pendant un mois, interviewer 300 femmes qui ont accouchées et sont sorties (100 accouchées la journée, 100 les nuits, 100 les weekends)
  - ♦ Administrer le questionnaire choisi
  - ♦ Les réponses possibles sont : 0 ("non, jamais"), 1 ("oui, quelques fois"), 2 ("oui, la plupart du temps"), et 3 ("oui, tout le temps")

- Calculer le score de la structure et déterminer si la structure peut être classée "centrée sur la personne" (score au moins 90%)
- Mettre en commun et calculer l'indicateur proportion de structures centrées sur la personne /total des structures (cible en cours de définition)
- Le responsable de la structure compile les scores de chaque question et calcule le score de la structure

Ces indicateurs PCMC ont été très appréciés par les prestataires de santé car prennent en compte les données et requêtes des GDD de la phase de collecte (que ce soit du point de vue de la communauté comme des prestataires). Des recommandations ont été néanmoins faites pour l'adaptation de certains concepts au contexte local.

Pour la communauté, les soins centrés sur la personne ont été analysés par rapport aux constructions que les hommes et les femmes faisaient des notions proposées plus haut :

- dignité et respect,
- communication et autonomie,
- Soins empathiques

Pour les hommes et les femmes, le respect et la dignité signifient que :

→ Les patients doivent suivre et respecter le rang d'arrivée pour obtenir un soin

→ Les prestataires doivent tenir compte de l'état du malade et de l'urgence plutôt que de privilégier les aspects administratifs lors de l'admission (ex : éviter de demander à la femme de faire des vas et viens pour acheter le ticket) ;

→ Les prestataires doivent éviter les violences verbales et physiques

→ Il est important de reconnaitre et donner la place qu'il faut aux maris et accompagnants comme "partenaires" et "aidants"

→ Le soignant doit avoir une bonne attitude à l'égard des hommes

→ Les infrastructures doivent prendre en compte l'intimité de la femme

Les attentes des hommes et des femmes vis-à-vis des prestataires en termes de communication et d'autonomie sont :

→ L'apaisement par la parole dans un langage simple : dialoguer, donner des explications, rassurer

→ De s'enquérir de la situation de la parturiente et partager des informations sur son état avec elle-même et avec les accompagnants

→ Ne pas faire que des reproches,

→ Donner des indications, recommandations sur la conduite à tenir

→ D'anticiper sur les complications éventuelles (ne pas attendre au dernier moment pour informer la femme).

Les hommes et les femmes comprennent les soins empathiques comme :

→ la patience des prestataires dans la prise en charge (prendre son temps pour éviter la césarienne)

→ la compassion ("avoir de l'empathie")

→ l'identification et la satisfaction des besoins de la femme et de ses accompagnants

→ l'accueil avec assistance, discussions et conseils

→ l'apaisement du malade : le rassurer pour diminuer la peur et l'inquiétude

→ l'accompagnement tout au long du processus avec une disponibilité constante pour les malades et leurs accompagnants

→ le fait de s'enquérir de la situation auprès des malades régulièrement

Selon eux, lorsque la prestation est basée sur l'empathie, la femme est plus encline à revenir pour le respect de ses CPN, CPoN, accouchements et à recommander la structure à ses pairs (impact de l'empathie sur la fidélisation des patientes).

Parmi ces 3 volets, le **RESPECT est la composante la plus importante pour les hommes et femmes.** Car pour eux, le respect influence le mode de communication, la manière de prendre soin des patientes, de pratiquer des soins empathiques tout en accordant la place qu'il faut aux hommes et aux accompagnants

Les hommes ont aussi relevé que le fait que les sages-femmes demandent aux matrones de faire l'accouchement à leur place est un manque de respect, car n'étant pas des personnels qualifiés, en plus, elles seraient responsables de violences verbales.

10.2.2.2 Zéro-séparation

Le concept de Zéro-séparation a fait l'objet de groupes de travail pour définir ce que les participants comprennent par rapport à ce concept, et identifier par un exercice de priorisation et de storyboard, les moments les plus propices pour le mettre en œuvre selon que l'on est dans le cas d'un accouchement normal, et aussi lorsque la mère présente des complications obstétricales ou le nouveau-né est malade.

Le concept Zéro-séparation a été défini à plusieurs niveaux selon les prestataires :

- Entre la mère et le nouveau-né
- Entre le prestataire et la mère
- Entre le prestataire et la famille
- Entre les prestataires (esprit d'équipe)

Pour le Groupe de travail pour zéro-séparation pour un accouchement normal :

- **A l'arrivée dans la structure,** le lien le plus important à construire pour les prestataires est d'abord entre les prestataires et la famille (pour les informer et les rassurer), puis entre la femme et sa famille (pour qu'elle se sente rassurée).
- **Au moment du travail**, les liens les plus importants sont entre le prestaire et la femme mais aussi entre le prestataire et la famille.
- **Lors de l'accouchement**, il s'agit du lien entre le prestaire et la femme et du lien entre la mère et le nouveau-né, et dans une moindre mesure entre le prestataire et la famille.
- **Dans le post partum**, le lien le plus important est entre la mère et le nouveau-né, la mère et sa famille, et le prestataire et la famille (surtout la grand-mère pour le nouveau-né) et dans une moindre mesure, entre le prestaire et la femme.

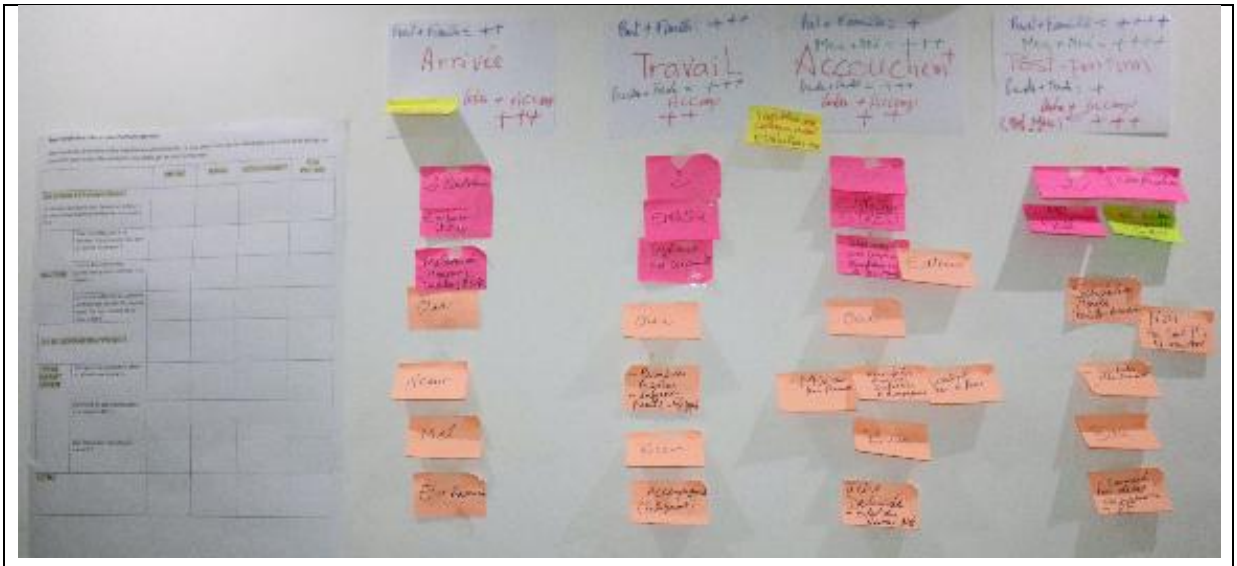


Figure 19 : Journey map de l'indicateur du zéro-séparation

Groupe de travail pour zéro-séparation lorsque la mère présente des complications obstétricales ou le nouveau-né est malade.

Dans cette situation le concept zéro-séparation est assez difficile :

- Lorsque la mère est malade, le concept est difficile voire impossible à mettre en place pour la santé de la mère et du nouveau-né puisque la mère n'est pas en état de s'en occuper ;
- Lorsque c'est le nouveau-né qui est malade, les seuls moments possibles selon les participants sont l'allaitement maternel (naturel ou assisté/collecte du lait maternel et allaitement à la tasse ou à la sonde) ou le moment de certains soins qui peuvent se faire en présence de la mère. Les conditions de séjour des parents auprès des enfants malades ne sont pas encore en place dans la quasi-totalité des structures SONU.

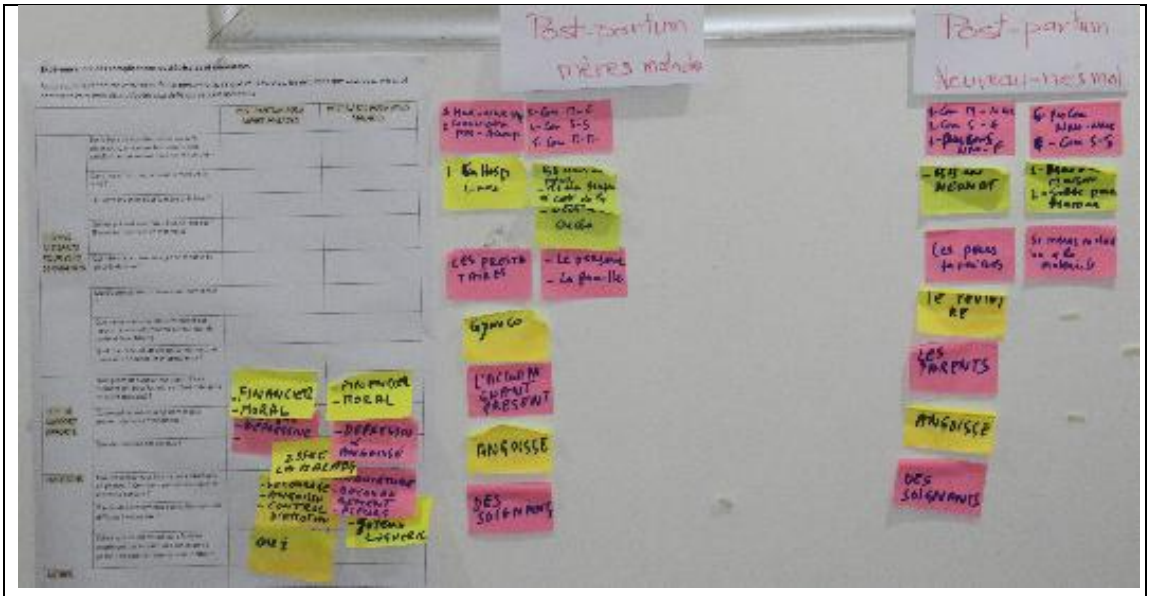


Figure 20 : Journey map de l'indicateur de zéro-séparation lorsque la mère présente des complications obstétricales ou le nouveau-né est malade

Pour la communauté, ce volet est extrêmement important aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Afin de cerner la problématique du concept zéro-séparation, les discussions ont porté sur les personnes avec qui ils ont des liens de confiance (sources de confiance). Ceci a permis d'identifier les personnes de référence pour les hommes et les femmes par ordre de priorité. Pour chaque source, une fonction spécifique est assignée selon les uns et les autres :

- **Pour les hommes**
    1. Sa Femme/épouse : confidente, compagnon
    2. Sa mère : responsable pour assister leur belle-fille
    3. Frères
- ***Pour les femmes***
    1. Son mari : confident, compagnon
    2. Sa mère : assistance, conseils
    3. Sa belle-mère : assistance, conseils
    4. La Sage-femme : confidente

Ceci traduit la **logique de couple** qui s'impose de plus en plus dans la gestion et le partage d'informations relatives aux expériences de soins. Les hommes sont ainsi de plus en plus visibles dans la fréquentation des services de santé maternelle et néo-natale (CPN, REFERENCES, ACCOUCHEMENTS), aussi bien en zone urbaine que rurale. Cependant, les mères des femmes mariées gardent encore une place importante dans le cercle de confiance

(aux cotés des belles-mères) en raison de leur apport en conseils et assistance pouvant rassurer les femmes.

Dans un second temps le concept de zéro-séparation en lui-même a été interprété par les hommes et les femmes :

→ Être présent aux cotes de l'un et de l'autre

→ Avoir la possibilité de suivre ce qui se passe quand on ne peut pas être présent physiquement

→ Rester connectés à leur épouse, à l'enfant par le biais de la sage-femme qui doit garder le lien avec eux tout au long de la prise en charge

Les images suivantes ont été choisies par les participants pour illustrer leurs pensées :

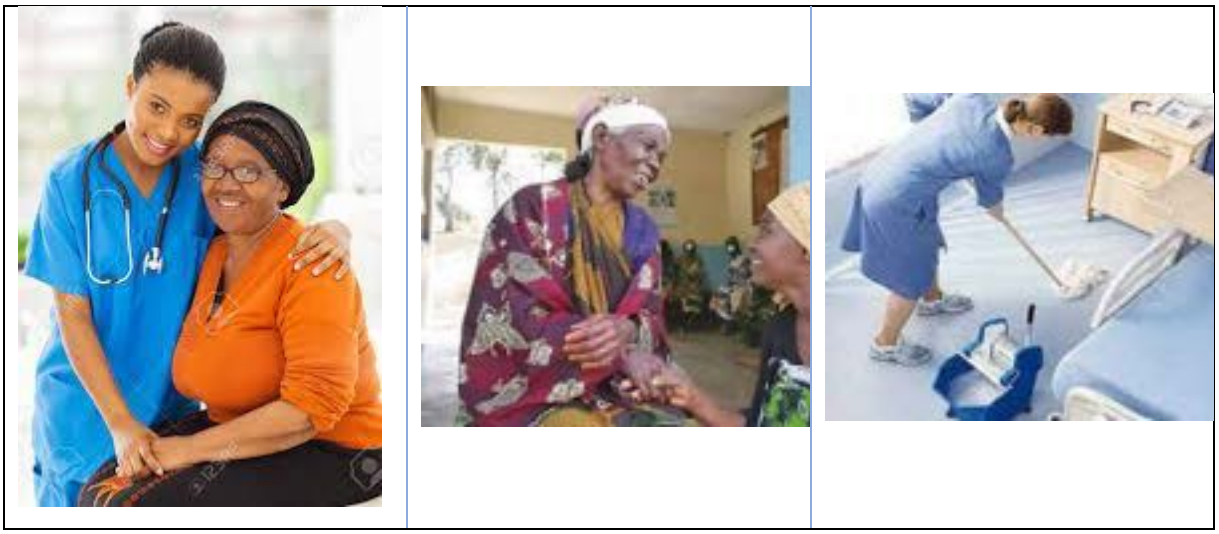


Figure 21 : Images choisies par les participants pour représenter le concept de "zéro-séparation"

Les différents niveaux ont été définis pour la mise en œuvre du concept "zéro-séparation" ainsi que le contenu idéal selon les hommes et les femmes :

- **Chez les hommes**
  i. Entre le mari et sa femme parturiente : *se rassurer, devenir un acteur de l'accouchement, aider la sage-femme dans l'observance du traitement par la femme*
  ii. Entre les accompagnants (de sexe féminin) et la femme parturiente
  iii. Entre le mari et le nouveau-né : pour se rassurer sur l'état de santé de son enfant, et avoir les émotions de père
  iv. Entre la femme parturiente, le bébé et la sage-femme : besoin de quelqu'un pour les surveiller et s'assurer que tout va bien

- **Chez les femmes**

  i. Entre la femme parturiente et son mari : confiance, aide et soutien, communication rassurante

  ii. Entre la femme parturiente et le nouveau-né : chacun d'eux a besoin de l'autre sur plan émotionnel et physique. Voir le bébé pour se rassurer sur son état de santé ;

  iii. Entre la femme parturiente et la famille (en particulier les accompagnantes de sexe féminin) : aider avec les habits, soutien pour préparer l'enfant, acteurs de la massage traditionnel ("dampp")

  iv. Entre la femme parturiente et la sage-femme : surveiller et assister, donner les premiers conseils qui rassurent, se voir félicitée par elle

  v. Entre les parturientes (communautés d'expériences, d'apprentissage et de partage)

Les pères sont conscients qu'en raison de la nature des soins d'accouchement, ils ne peuvent pas être présents physiquement pendant tout le processus, mais ils souhaitent qu'on leur reconnaisse :

- leurs capacités à pouvoir se rendre utiles, d'aider ;
- leurs droits à savoir ce qui se passe lorsqu'ils ne peuvent pas être présents physiquement.

Ils sont de plus en plus intéressés à s'impliquer lors de l'accouchement. S'ils acceptent plus facilement d'être séparés physiquement de leur femme lors du processus, la présence de la sage-femme est plus que requise lors de l'accouchement et du post-partum : "*la personne à qui on délègue la responsabilité de surveiller, ne doit pas trop s'éloigner de ma femme et de mon enfant*".

Figure 22 : Images choisies par les participants pour symboliser le zéro-séparation entre mère et nouveau-né

A travers un storyboard, les participants ont identifié les étapes durant le séjour dans la maternité où le concept zéro-séparation pourrait s'appliquer. Les conditions pour le respect de ce concept ont aussi été décrites par les participants :

- **A l'arrivée**
  - Importance de l'accueil qui détermine la suite du processus : orientation, accompagnement et assistance
  - Importance de zéro-séparation entre la sage-femme, la parturiente et les accompagnants
- **Avant le travail :**
  - Le partage des résultats (échographies et analyses) permettant à la femme et ses accompagnants d'en savoir un peu plus sur comment ça va se passer (d'où la nécessité de communiquer)
  - La non-disponibilité des médicaments est vécue comme une contrainte pour la continuité des soins
- **Pendant le travail :**
  - Besoins d'assistance de la femme par la sage-femme
  - Importance de zéro-séparation entre la sage-femme et la parturiente
  - Importance d'informer les accompagnants pour les rassurer
- **Pendant l'accouchement**
  - Les conditions d'hygiène sont importantes pour rassurer les femmes et les accompagnants (image de nettoyage du sol choisie)
  - Le personnel doit être prêt à intervenir et communiquer pour aider et rassurer
  - Les équipements et le matériel doivent être disponibles et à portée de main
  - Avoir les hommes ou accompagnants pour les besoins urgents, achats de médicaments, assister la sage-femme, donner de la nourriture
  - Importance de zéro-séparation entre la sage-femme et la parturiente ; entre la parturiente et les accompagnants
- **Post-partum**
  - Les conditions d'hygiène sont aussi importantes pour rassurer les femmes et les accompagnants
  - La présence et l'attention de la sage-femme pour la première tétée est importante
  - Les félicitations à la parturiente sont motivantes
  - Il y a un besoin de voir et toucher son enfant aussi bien pour la mère que le mari (se rassurer sur l'état de santé du nouveau-né)

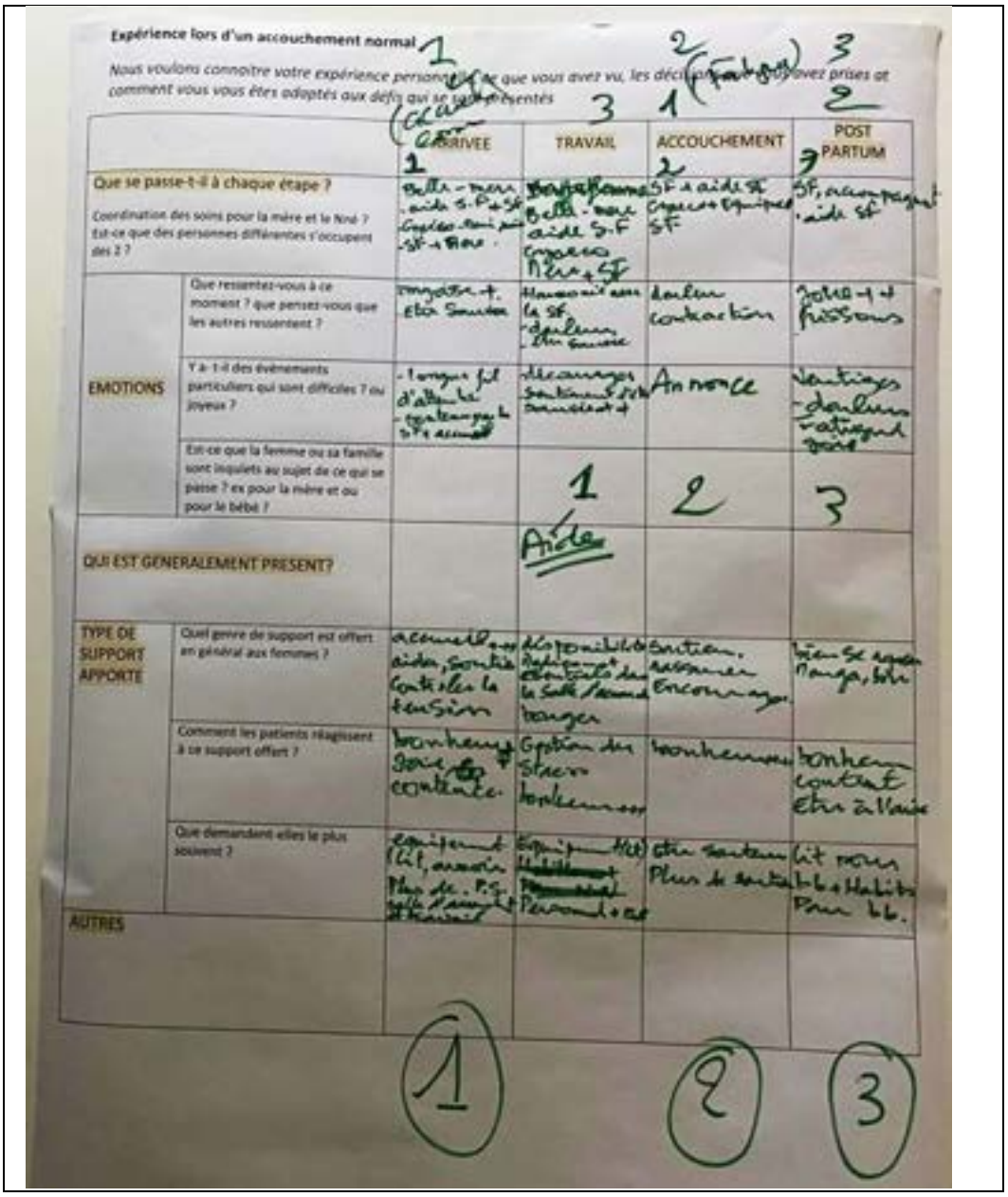
- Importance de la place laissée aux accompagnants de sexe féminin : soutien et aide à la mère
- Importance de zéro-séparation entre la sage-femme et la parturiente ; entre la parturiente et les accompagnants, entre le papa, la maman et le nouveau-né pendant toute la période du post-partum

En résumé, pour les parents, **le moment clé qui nécessite de l'attention est l'arrivée dans la structure** : besoin de la présence de la sage-femme, qui offre un accueil personnalisé, avec une communication respectueuse et qui rassure, et offre une aide. Le besoin d'un soin de soutien est fondamental pour les parents dès le moment de l'arrivée, avec de la considération et une attention pour les maris et les accompagnants.

Les parents attendent de la sage-femme une présence et une attention, zéro-séparation avec la parturiente, avec eux durant les quatre moments : l'arrivée, le travail, l'accouchement et le post-partum. Cette zéro-séparation est gage de confiance, rassure les parents, permet une étroite surveillance et la communication pour soutenir et conseiller.

Les moments prioritaires de de zéro-séparation sont donc par ordre de priorité :

1. Arrivée
2. Accouchement
3. Post-partum



Expérience lors d'un accouchement normal

Nous voulons connaître votre expérience personnelle de ce que vous avez vu, les décisions que vous avez prises et comment vous vous êtes adaptés aux défis qui se sont présentés

		ARRIVEE	TRAVAIL	ACCOUCHEMENT	POST PARTUM
Que se passe-t-il à chaque étape ? Coordination des soins pour la mère et le Nné ? Est-ce que des personnes différentes s'occupent des 2 ?					
EMOTIONS	Que ressentez-vous à ce moment ? que pensez-vous que les autres ressentent ?				
	Y a-t-il des événements particuliers qui sont difficiles ? ou joyeux ?				
	Est-ce que la femme ou sa famille sont inquiets au sujet de ce qui se passe ? ex pour la mère et ou pour le bébé ?				
QUI EST GENERALEMENT PRESENT?					
TYPE DE SUPPORT APPORTE	Quel genre de support est offert en général aux femmes ?				
	Comment les patients réagissent à ce support offert ?				
	Que demandent elles le plus souvent ?				
AUTRES					

Figure 23 : Journey map du concept zéro-séparation

Durant ces moments, l'intimité et la gestion de la douleur, sont très importants. Ceci requiert de la patience de la part de la sage-femme.

10.3 Domaine 3 : Efficacité des Services de SONU

Ce domaine inclus 3 volets : la couverture des services, la pertinence cliniques des soins et l'impact sur la mortalité maternelle, fœtale et néonatale.

Tableau 20 : Volets du Domaine 3 avec leurs contenus

Volets	Contenus
Couverture des services	Couverture des services pour les femmes ayant des complications obstétricales
	Couverture des services pour les nouveaux nés malades et de faible poids
Pertinence clinique des soins	Pertinence clinique des soins pour les mères et les nouveaux nés (ex : abus de césariennes, etc…)
Impact	Efficacité des services pour les femmes présentant des complications
	Efficacité des services pour les nouveaux nés malades et de faible poids
	Impact – mortalité maternelle
	Impact – mortinaissance
	Impact – mortalité néonatale

10.3.1 Impact des soins

Les échanges ont porté sur l'indicateur intitulé "**ratio de Mortalité maternelle en structure/ institutionnelle"**

Pour les participants l'indicateur est pertinent mais il a été proposé de le traduire par **ratio de Mortalité Maternelle dans le réseau SONU**, car le terme institutionnel serait stigmatisant pour la structure. Il faut noter qu'il risque d'être surestimé puisque la majorité des décès maternels surviennent dans les structures de référence du réseau alors que la majorité des accouchements ne s'y déroulent pas, et donc non pris en compte dans le calcul (dénominateur). Il reste cependant pertinent pour suivre l'évolution du réseau au niveau de chaque région et aussi comparer les réseaux (entre régions).

Parallèlement, les participants ont proposé de calculer le **TAUX de mortalité maternelle DANS L'ENSEMBLE DES STRUCTURES DE SANTE** et les propositions suivantes sont faites pour le numérateur et le dénominateur :

- Numérateur : Nombre de décès maternels dans les structures de santé
- Dénominateur : Nombre de femmes enceintes dans la zone de couverture reçues dans les structures (CPN1 ou premier contact pour éviter les doublons)

L'avantage est qu'il est calculable régulièrement, pour une structure avec son aire de couverture, et pour l'ensemble des structures. Lorsque le taux d'accouchement assisté est élevé, et le taux de CPN1 élevé, il sera très proche de la réalité et peut être suivi facilement.

Comme limites, il peut être sous-estimé si le taux d'accouchement est faible et le taux de CPN1 élevé. Par contre, il peut être surestimé si le taux de CPN1 est faible.

De manière globale, la mesure de la qualité sur une contre-performance (le décès) pose problème selon les participants : la qualité devrait être mesurée à l'aide d'un indicateur composite de performance basé sur les indicateurs de performance (ex : les fonctions offertes,

score de readiness élevé, etc…) et en faire un diagramme en radar. Pour cela il faudrait identifier et prioriser les indicateurs en fonction de leurs poids dans la qualité des SONU.

PARTIE 3 : PRE-TEST DE QUELQUES CANDIDATS INDICATEURS

La vérification sur le terrain pour le processus de révision des indicateurs SONU vise à comprendre, explorer et communiquer ce que ressentent les utilisateurs principaux sur les versions préliminaires du cadre et des indicateurs révisés. Ceci permet de vérifier les hypothèses auprès de ceux-ci, d'obtenir rapidement les commentaires clés des personnes pour lesquelles sont conçues ces ébauches et de les améliorer.

En plus des discussions avec les acteurs sur les propositions d'indicateurs ci-dessous présentés, le test sur le terrain permet d'étudier la faisabilité, l'opportunité et la viabilité des indicateurs du point de vue des utilisateurs. Il donne l'opportunité dans des conditions réelles d'analyser la faisabilité de la collecte de données, du calcul et de l'interprétation des indicateurs proposés, ainsi que la capacité de ces indicateurs à mesurer les changements sur le terrain. Ces tests sont appliqués à quelques indicateurs sélectionnés en particulier les nouveaux, pour évaluer le degré auquel les révisions répondent aux besoins et aux aspirations des principaux groupes d'utilisateurs.

1. **Objectifs**

- Tester la faisabilité de l'administration des questionnaires pour la collecte des données en vue du calcul des indicateurs, en particulier les nouveaux indicateurs proposés.
- Disposer d'informations pour améliorer les outils de collecte et les nouveaux indicateurs proposés.

2. **Méthodologie**

a. Choix des sites pour le test

Les différents types de structures offrant les SONU ont été ciblés. Pour ce premier pré-test, une structure par niveau de la pyramide sanitaire a été choisi parmi les structures du réseau SONU de deux régions du pays. Ces structures sont censées offrir des SONUB et des SONUC conformément au rôle qui leur a été assigné dans ce réseau. Il s'agit des structures suivantes :

- un hôpital national (universitaire) ;
- un hôpital régional ;
- un hôpital de District/Centre de santé de type II ;
- un Centre de santé de type I en milieu urbain ;
- un poste de santé en milieu rural.

Les sites ont été identifiés à partir des régions dont les responsables étaient déjà impliqués dans le processus de l'étude pays afin de faciliter l'information des sites et la collecte des données. Les responsables des structures ont été informés ainsi que les autorités administratives hiérarchiques (Médecins chef de district) et ont donné leur accord.

Tableau 21 : Répartition des structures du pré-test des indicateurs

Type de structure	Désignation SONU dans le réseau	Nombre d'accouchements annuel (2022)
Hôpital national (universitaire)	SONUC désigné	**6699**
Hôpital régional	SONUC désigné	**3452**
Hôpital de district/CSII	SONUC désigné	**4133**
Centre de santé	SONUB désigné	**1071**
Poste de santé	SONUB désigné	**725**

b. Indicateurs testés

Les données ont été collectées pour les indicateurs couvrant les domaines suivants :

- disponibilité des fonctions SONU ;
- disponibilité des équipements, produits et médicaments clés pour les SONU ;
- compétences du personnel en service pour les SONU ;
- disponibilité des ressources humaines par garde ;
- bien être du personnel à travers le burn out, la détresse morale du personnel, et le manque de sécurité psychologique ;
- préparation aux références d'urgence.

c. Méthodes de collecte

Différentes méthodes de collecte ont été utilisées au niveau des sites choisis :

- des interviews des maitresses sages-femmes, des anesthésistes, des gynécologues, des responsables des unités de néonatologies, des blocs opératoires… ;
- la vérification de la disponibilité et de la fonctionnalité du matériel, de l'équipement et des dépôts de médicaments ;
- l'exploitation des outils de gestion : listes de garde, registres d'accouchement, registre de référence, registres de néonatologie, dossiers obstétricaux et néonataux, fiches de stock etc.

Concernant le bien-être du personnel, un questionnaire anonyme en ligne a été élaboré via la plateforme Kobo Toolbox. Un lien vers ce questionnaire a été partagé par les maitresses sage-femme via WhatsApp aux prestataires des SONU dans les sites (sages-femmes, gynécologues, anesthésistes, pédiatres).

d. Organisation et déroulement du pré-test

Après une journée d'orientation sur les nouveaux indicateurs et les outils de collecte, un gynécologue et deux sages-femmes maitrisant le monitoring du réseau SONU ont été chargées de la collecte des données dans les sites choisis.

e. Collecte des données

Du 14 au 22 novembre 2023 les données ont été collectées dans les 5 sites à raison d'un jour par site.

f. Traitement et analyse des données

Des maquettes de saisie ont été créées sur EXCEL pour le calcul des taux et la présentation des résultats sous forme de graphique.

Les données collectées sur la plateforme Kobo Toolbox ont été transférées au format EXCEL pour mener leur analyse.

3. Résultats et inputs apportés sur les indicateurs

a. Disponibilité des fonctions SONU

A partir du formulaire ci-dessous adapté pour les structures devant offrir des SONUB et des SONUC, les données ont été collectées dans les 5 sites :

	Offre de fonctions signalétique SONU Ces fonctions SONU ont-elles été offertes dans la structure **les 3 derniers mois** ?	Oui	Non	Si non pourquoi*
Fonctions maternelles				
1	Administrer des médicaments pour traiter l'hémorragie post-partum			
2	Administrer des antibiotiques par voie parentérale			
3	Administrer du sulfate de magnésie			
4	Extraire les produits de conception résiduels			
5	Extraire manuellement le placenta retenu			
6	Faire un remplissage vasculaire			
7	Administrer des corticoïdes en prénatal (Menace d'Accouchement Prématuré)			
8	Effectuer un accouchement vaginal assisté par ventouse			
9	Effectuer une césarienne			
10	Administrer une transfusion sanguine maternelle			
11	Fournir une réanimation intensive maternelle			
12	Organiser la référence avec une ambulance fonctionnelle et un prestataire formé et équipé, vers un établissement capable de fournir des soins définitifs à la mère			
Fonctions néonatales				
1	Effectuer la réanimation du nouveau-né avec ambu et masque			
2	Initier et soutenir l'allaitement maternel précoce et exclusif			
3	Administrer des antibiotiques par voie parentérale			
4	Pratiquer les SMK immédiats pour les nourrissons prématurés et de faible poids de naissance			
5	Prodiguer des soins thermiques avec un radiateur ou un incubateur			
6	Administrer une oxygénothérapie avec surveillance par oxymètre de pouls			
7	Fournir une CPAP			
8	Réaliser une photothérapie			
9	Administrer une transfusion sanguine néonatale			
10	Permettre une alimentation maternelle assistée avec expression mammaire (avec une tasse, une cuillère ou une alimentation par sonde)			
11	Faire un remplissage vasculaire			
12	Effectuer une ventilation mécanique			
13	Organiser la référence avec une ambulance fonctionnelle et un prestataire formé et équipé, vers un établissement capable de fournir des soins définitifs au nouveau-né			
14	Effectuer le dépistage et le traitement de la rétinopathie chez le prématuré			

***Raisons de non offre**

1. Problème de disponibilité des ressources humaines : insuffisance (ou absence totale) des professionnels de santé ;
2. Problème de formation : Personnel non formé pour exécuter cette fonction ;
3. Problème d'équipements / matériel / médicaments : non disponibles, ou non fonctionnels,
4. Problème de politique/procédures : La politique sanitaire ou le niveau de l'établissement ne permet pas la pratique de cette fonction;
5. Problèmes de gestion : manque de supervision, la structure encourage des procédures alternatives pour cette fonction, autres,...
6. Pas d'indication : aucun cas ne s'est présenté au cours de cette période nécessitant l'exécution de cette fonction.

Heure de fin : |___|___|h |___|___|mn

La durée moyenne de collecte de ces informations est de 25 mn dans les 2 SONUB désignés et 82 mn dans les 3 SONUC désignés.

Il ressort de l'administration de ce formulaire les résultats suivants pour les SONUB désignés et les SONUC désignés :

Tableau 22 : Disponibilité des fonctions SONU dans les SONUB désignés

Ces fonctions SONUB ont-elles été offertes dans la structure les 3 derniers mois ?	**CS type I Fonction offerte ?**	**Poste de santé Fonction offerte ?**
Administrer des médicaments pour traiter l'hémorragie post-partum	Oui	Oui
Administrer des antibiotiques par voie parentérale	Oui	Oui
Administrer du sulfate de magnésie	Oui	Oui
Extraire les produits de conception résiduels	Oui	Oui
Extraire manuellement le placenta retenu	Oui	Oui
Faire un remplissage vasculaire à la mère (y compris pour stabiliser avant la référence)	Oui	Oui

Ces fonctions SONUB ont-elles été offertes dans la structure les 3 derniers mois ?	CS type I Fonction offerte ?	Poste de santé Fonction offerte ?
Effectuer un accouchement vaginal assisté par ventouse	**Non** (personnel non formé)	Oui
Effectuer la réanimation du nouveau-né avec ambu et masque	Oui	Oui
Initier et soutenir l'allaitement maternel précoce et exclusif	Oui	Oui
Administrer des corticoïdes en prénatal (Menace d'Accouchement Prématuré)	**Non** (Politiques et procédures nationales selon le niveau de la structure dans la pyramide sanitaire)	**Non** (Politiques et procédures nationales selon le niveau de la structure dans la pyramide sanitaire)
Pratiquer les SMK immédiats pour les nourrissons prématurés et de faible poids de naissance	Oui	Oui
Administrer une oxygénothérapie avec surveillance par oxymètre de pouls pour stabiliser et durant la référence	**Non** (pas d'oxymètre de pouls pour le nouveau-né)	Oui
Organiser la référence avec une ambulance fonctionnelle et un prestataire formé et équipé, vers un établissement capable de fournir des soins définitifs	Oui	Oui
Statut SONU (Basé sur l'offre constatée à partir des cas effectivement pris en charge en examinant les registres)	**Non SONUB** (selon les politiques et procédures nationales pour le niveau de la structure dans la pyramide sanitaire)	**SONUB** (selon les politiques et procédures nationales pour le niveau de la structure dans la pyramide sanitaire)

Si l'on prend en compte ce qui est attendu selon les normes et procédures actuelles du pays, le PS offre les fonctions SONUB. Si l'on tient en compte l'ensemble des nouvelles fonctions proposées pour ce niveau, aucune des 2 structures n'offre toutes les fonctions. La nouvelle fonction SONUB qui nécessite de revoir les politiques, normes et procédures est **l'administration de corticoïdes à la mère en cas de Menace d'Accouchement Prématuré** (MAP) avant la référence vers un SONUC pour prévenir les troubles respiratoires chez le nouveau-né.

Autrement dit les nouvelles fonctions SONUB telles que proposées sont réalisables actuellement dans les structures SONUB désignées au Sénégal à l'exception de l'administration des corticoïdes à la mère en cas de MAP.

Quant aux SONUC désignés, la disponibilité des fonctions SONU est présentée pour les fonctions maternelles et les fonctions néonatales successivement :

Tableau 23 : Disponibilité des fonctions maternelles SONU dans les SONUC désignés

Ces fonctions SONU pour la mère ont-elles été offertes dans la structure les 3 derniers mois ?	**Hôpital National Fonction offerte ?**	**Hôpital Régional Fonction offerte ?**	**Centre de santé type II Fonction offerte ?**
Administrer des médicaments pour traiter l'hémorragie post-partum	Oui	Oui	Oui
Administrer des antibiotiques par voie parentérale	Oui	Oui	Oui
Administrer du sulfate de magnésie	Oui	Oui	Oui
Extraire les produits de conception résiduels	Oui	Oui	Oui
Extraire manuellement le placenta retenu	Oui	Oui	Oui
Faire un remplissage vasculaire à la mère	Oui	Oui	Oui
Administrer des corticoïdes en prénatal (Menace d'Accouchement Prématuré)	Oui	Oui	Oui
Effectuer un accouchement vaginal assisté par ventouse ou forceps	Oui	Oui	Oui
Effectuer une césarienne	Oui	Oui	Oui
Administrer une transfusion sanguine maternelle	Oui	Oui	Oui
Fournir une réanimation intensive maternelle	Oui	Oui	**Non** (Politiques et procédures nationales selon le niveau de la structure dans la pyramide sanitaire)

Tableau 24 : Disponibilité des fonctions néonatales SONU dans les SONUC désignés

Ces fonctions SONU pour le nouveau-né ont-elles été offertes dans la structure les 3 derniers mois ?	**CHN Fonction offerte ?**	**Hôpital Régional Fonction offerte ?**	**Centre de santé type II Fonction offerte ?**
Effectuer la réanimation du nouveau-né avec ambu et masque	Oui	Oui	Oui
Initier et soutenir l'allaitement maternel précoce et exclusif	Oui	Oui	Oui
Administrer des antibiotiques par voie parentérale	Oui	Oui	Oui
Pratiquer les SMK immédiats pour les nourrissons prématurés et de faible poids de naissance	Oui	Oui	Oui
Prodiguer des soins thermiques avec un radiateur ou un incubateur	Oui	Oui	Oui
Administrer une oxygénothérapie avec surveillance par oxymètre de pouls	Oui	Oui	Oui
Fournir une CPAP	Oui	Oui	Oui
Réaliser une photothérapie	Oui	Oui	**Non** (Politiques et procédures nationales selon le niveau de la structure dans la pyramide sanitaire)
Administrer une transfusion sanguine néonatale	Oui	Oui	**Non**
Permettre une alimentation maternelle assistée avec expression mammaire (avec une tasse, une cuillère ou une alimentation par sonde)	Oui	Oui	Oui
Faire un remplissage vasculaire	Oui	Oui	Oui
Effectuer une ventilation mécanique	Oui	Oui	Oui
Effectuer le dépistage et le traitement de la rétinopathie chez le prématuré	**Non**	**Non**	**Non**
Organiser la référence avec une ambulance fonctionnelle et un prestataire formé et équipé, vers un établissement capable de fournir des soins définitifs à la mère	Oui	Oui	Oui
Statut SONU (Basé sur l'offre constatée à partir des cas effectivement pris en charge en examinant les registres)	**SONUC ou SONUI moins la fonction prise en charge de la rétinopathie**	**SONUC ou SONUI moins la fonction prise en charge de la rétinopathie**	**Non SONUC mais toutes les fonctions SONUB offertes y compris les nouvelles**

Parmi les 3 SONUC désignés ayant fait l'objet de ce pré-test, l'Hôpital national et l'hôpital régional offrent l'ensemble des fonctions SONUC voire des SONU Intensif, y compris les nouvelles sauf le dépistage et la prise en charge de la rétinopathie du prématuré. Actuellement un seul hôpital fait le dépistage au Sénégal. De plus, le traitement recommandé n'est plus la diode laser mais l'injection d'Anti VGF qui serait possible si le diagnostic était précoce selon les spécialistes interrogés.

Au total : En ce qui concerne les **nouvelles fonctions SONU**, il est bien possible de collecter les données pour évaluer leur disponibilité. Le Sénégal sera confronté à la mise à jour des politiques, normes et procédures pour certaines fonctions notamment concernant le nouveau-né (administration de corticoïdes à la mère devant une MAP au niveau SONUB, la photothérapie et la transfusion sanguine pour le nouveau-né au niveau des CSII) et l'identification des sites devant offrir le dépistage et la prise en charge de la rétinopathie du prématuré (au moins une priorisation d'une ou 2 structures nationales dans un premier temps.

b. Disponibilité des intrants, médicaments et équipements

A partir du formulaire ci-après, la disponibilité des intrants, médicaments et équipements clés pour l'offre des fonctions SONU ci-dessus a été évaluée dans les 5 sites, chacun en fonction de l'offre de SONU attendue (SONUB, SONUC, SONUI).

Durant le mois dernier...	Oui : L'intrant/le médicament/l'équipement était disponible (et fonctionnel) chaque jour (Oui : 1)	Non : Il y a eu rupture de stock ou non disponible, ou non fonctionnel pendant au moins 1 jour (Non : 0)	L'intrant/le médicament jamais disponible dans la structure (9)
Intrants, médicaments et équipements clés pour les SONUC désignés			
1. Ocytocine			
2. Acide Tranexamique			
3. Ampicilline + Gentamicine			
4. Clindamycine + Gentamicine			
5. Amoxicilline + Acide clavulanique			
6. Céphalosporine 1ère génération (Céfadroxil, Céfalotine, Céfaclor, Céfalotine.) ou pénicilline			
7. Ceftriaxone			
8. Kanamycine			
9. Spectinomycine			
10. Sulfate de magnésie			
11. Tensiomètre fonctionnel			
12. Kit AMIU complet ou aspirateur électrique avec dilateurs			
13. Misoprostol			
14. Ventouse fonctionnelle			
15. Gants stériles manches longues			
16. Sérum salé			
17. Ringer lactate			
18. Ambu			
19. Masques (taille 0 and 1)			
20. Dexaméthazone (MAP)			
21. Bétamétazone			
22. Boite de césarienne complète			
23. Sang			
24. Médicaments traceurs pour l'anesthésie (à déterminer)* : functioning anesthesia machine, Morphine (Fentanyl),, curare (Suxamethionium), propofol, hyperbaric bupivacaine, lidocaine, Matériel d'intubation (canule de Guédel, laryngoscope, sonde d'intubation)			
25. Couveuse ou radiateur			
26. Concentrateur d'Oxygène/oxygène en circuit ou en bombonne			
27. Oxymètre de pouls pour enfant/moniteur multi paramètre			

Durant le mois dernier...	Oui : L'intrant/le médicament/l'équipement était disponible (et fonctionnel) chaque jour (Oui : 1)	Non : Il y a eu rupture de stock ou non disponible, ou non fonctionnel pendant au moins 1 jour (Non : 0)	L'intrant/le médicament jamais disponible dans la structure (9)
28. CPAP à bulles avec mélange d'oxygène			
29. Appareil de photothérapie			
30. Protections oculaires			
31. Fluxomètre			
32. Petites poches de sang (posologie nouveau-né)			
33. Kit de transfusion nouveau-né			
34. Tire lait			
35. Tasse et cuillère pour allaitement à la tasse			
36. Sondes naso gastriques			
37. SG 5%, 10%			
38. Dextrose 30%			
Total score disponibilité intrants, médicaments et équipements clés dans une structure SONUC désignée :		(Nombre de oui /38- Nombre total de produits clés nécessaires pour les SONUC) x 100	

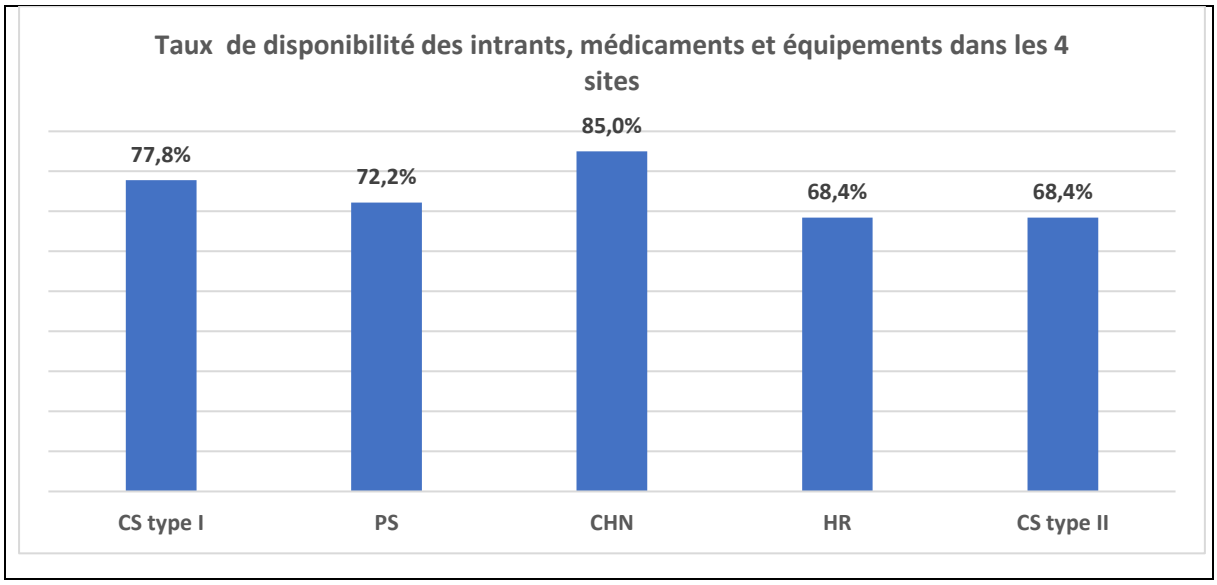
Durant le mois dernier...	Oui : L'intrant/le médicament/l'équipement était disponible (et fonctionnel) chaque jour (Oui : 1)	Non : Il y a eu rupture de stock ou non disponible, ou non fonctionnel pendant au moins 1 jour (Non : 0)	L'intrant/le médicament jamais disponible dans la structure (9)
Effectuer le dépistage et le traitement de la rétinopathie du prématuré :			
1. Ophtalmoscope indirect			
2. Lentilles condensatrices (20D et 28D)			
3. Spéculums palpébraux néonatals			
4. Diode/laser vert portable avec système de distribution indirecte, lunettes laser,			
5. Collyre dilatant (tropicamide 0,5% + phényléphérine 2,5%),			
6. Collyre anesthésique (proparacaïne 0,5%),			
7. Gouttes d'antibiotiques (moxifloxacine/bétadine) en fin d'intervention			
Total score disponibilité traitement de la rétinopathie du prématuré			

Heure de fin : |___|___|h |___|___|mn

La durée moyenne de collecte de ces informations est de 62 mn dans les 2 SONUB désignés et 108 mn dans les SONUC désignés.

A partir des relevés faits sur les équipements et les fiches de stock, le score de disponibilité des intrants, médicaments et équipements a été calculé pour les 5 structures en fonction de ce qui est attendu par type de structures :

$$\frac{Nombre\ de\ produits\ disponibles\ (sans\ rupture\ de\ stock)\ et\ d'équipements\ fonctionnels}{Nombre\ de\ produits\ et\ équipements\ recquis\ selon\ le\ niveau\ de\ la\ structure\ (SONUB/SONUC/SONUI)} \times 100$$



Graphique : Taux de disponibilité des intrants, médicaments et équipements dans les 4 sites

Cet indicateur était une requête importante formulée par les prestataires et les managers dans les groupes de discussion durant l'analyse de la situation. Il a été aussi très apprécié dans les sites du pré-test car il permet au-delà des indicateurs sur les fonctions SONU, les accouchements, les complications…de pouvoir analyser les conditions de l'offre des SONU et l'environnement de travail. Il peut être présenté par structure, par région, etc.

La collecte des données sur les produits en rupture et ceux qui n'ont jamais été disponibles permet de mieux analyser le type de problèmes responsables de la non disponibilité des produits.

Cependant, il a été noté que certains antibiotiques, présents sur la liste des médicaments essentiels, sont de la même famille. Il faudrait donc revoir, dans la liste, la pertinence d'avoir des médicaments de la même famille, à moins de prendre en compte le fait que les structures peuvent faire des substitutions en cas de rupture de stock (ce qui est le plus souvent le cas), et donner la possibilité de disposer de l'une ou l'autre molécule de la même famille ; prendre aussi en compte les molécules de 3éme génération (antibiotiques) utilisées au niveau des SONUC surtout les EPS dans le traitement de certaines infections sévères du post partum...

En ce qui concerne la situation dans les sites, les défis concernent :

- la non-disponibilité de certains produits (jamais disponible) notamment pour le nouveau-né (poches de sang adaptées pour le nouveau-né, protections oculaires pour la photothérapie, matériel et produits pour le dépistage et la prise en charge de la rétinopathie, fonction non disponible même au niveau des hôpitaux nationaux comme expliqué plus haut), mais aussi du matériel de base tel que les gants stérile manches longues (pour la révision utérine) encore inexistantes dans le pays.

- les ruptures de stocks de l'acide tranexamique et de certains antibiotiques clés (ampicilline, gentamycine).

c. Disponibilité des ressources humaines en fonction du volume d'activités

A partir des formulaires ci-dessous les données sur la disponibilité du personnel en charge des SONU 24h/24 durant le dernier mois. Au niveau des SONUB, il s'agit du nombre de **prestataires qualifiés pour l'accouchement** présents à chaque tour de garde (médecin, sage-femme, infirmier/ère) et du **personnel qualifié qui appuie** ce personnel pour les soins (infirmier/ère, assistant infirmier). Ce personnel qualifié en appui est en général en charge des soins infirmiers en appui et/ou des soins au nouveau-né.

Nombre de naissances réalisées dans la structure durant l'année précédente :				
Type de garde par 24h *(préciser le type correspondant : garde 8h ou de 12h)* :				
Mois de collecte :		**Octobre 2023**		
Date	**Initiales de l'agent de collecte**	**Gardes à préciser (jour, nuit)**	**Nombre de personnels de santé qualifiés durant les gardes dans la structure**	
			Personnel qualifié pour l'accouchement (A)	**Personnel qualifié en appui (B)**
Moyenne du personnel de santé (par garde)				
Pour chaque colonne (A et B), additionnez les effectifs pour toutes les gardes, puis divisez par le nombre de gardes pour lesquelles les données ont été collectées.				

Heure de fin : |___|___|h |___|___|mn

Au niveau des SONUC, est aussi collecté le nombre de prestataires par équipe en charge des SONU en salle d'accouchement, en néonatologie ou unités de néonatologie, mais aussi les équipes chirurgicales au bloc opératoire, ainsi que les équipes pour pouvoir réaliser la transfusion sanguine. Avec ce nombre collecté une moyenne mensuelle est calculée par type de ressources humaines, et ce chiffre est ensuite comparé aux normes requises par la FIGO.

Nombre de naissances réalisées dans la structure durant l'année précédente (2022):							
Type de garde par 24h *(préciser le type correspondant : garde 8h ou de 12h)*:							
Mois de collecte :		Octobre 2023					
Date	Initiales de l'agent de collecte	Gardes à préciser (jour, soirée, nuit)	Nombre de personnels de santé qualifiés durant les gardes dans la structure				
			Équipe SONU		Équipe chirurgicale	Équipe Néonatale	Équipe transfusion sanguine
			Personnel qualifié pour l'accouchement	Personnel qualifié en appui			
Moyenne du personnel de santé (par garde)							
Pour chaque colonne (A et B), additionnez les effectifs pour toutes les gardes, puis divisez par le nombre de gardes pour lesquelles les données ont été collectées.							

Heure de fin : |___|___|h |___|___|mn

Les données ont été collectées en 22 mn en moyenne dans les SONUB et 41 mn dans les SONUC.

Tableau 25 : Disponibilité des RH qualifiées par garde dans les SONUB désignés et par rapport aux normes FIGO

Structures SONUB désignées	Nombre moyen d'accouchements annuel	Nombre de personnel qualifié par garde		Nombre de personnel qualifié d'appui par garde		Standards atteints
		Nombre minimum recommandé	Existant	Nombre minimum recommandé	Existant	
CS type I	1071	2	1,6	1	0,6	**NON**
Poste de santé (2 sage-femmes effectuant des gardes de 24h chacune alternativement)	725	Normes FIGO ne sont définies qu'à partir de 1000 acc/mois	0,6	Normes FIGO ne sont définies qu'à partir de 1000 acc/mois	0*	-

** des élèves sages-femmes réalisent les soins aux nouveau-nés dans la structure mais ne sont pas considérées comme personnel qualifié.*

Les données ont pu être collectées assez facilement avec l'appui de la responsables (maitresse sage-femme) à partir des listes de garde et des noms des prestataires effectuant les gardes qui sont notées obligatoirement dans les registres de garde.

Au niveau des 2 structures SONUB désignées, les normes ne sont pas respectées. Au niveau du CS type I aussi, il y a eu des gardes où il n'y avait qu'une seule sage-femme sans aide qualifiée. Au niveau du PS, étant donné qu'il n'y a que 2 sages-femmes, à chaque garde il n'y a qu'une seule sage-femme et il n'y a aucun autre personnel qualifié en appui, les élèves sage-femmes n'étant pas prises en compte. Ainsi pour ces 2 structures les normes recommandées par la FIGO ne sont pas atteintes.

Tableau 26 : Disponibilité des RH qualifiées par garde dans les SONUC désignés et par rapport aux normes FIGO

Structures SONUC désignées	Nbre moyen acc annuel	Nombre de personnel qualifié par garde		Nombre de personnel qualifié d'appui par garde		Nbre équipe chirurgicales		neonatal team per shift		number transfusion team per shift		Standards atteints
		Min Rec	Exist	Min Rec	Exist	Min Rec	Exist	Min Rec	Exist	Min Rec	Exist	
Hop régional	**3452**	3	2	3	0*	1	2	1	1	1	1	**NON**
Hop National	**6699**	4	3,9	5	2	2	2,3	2	3**	2	1,3	**NON**
CSII	**4133**	3	1,9	4	0	1	1,4	2	1	2	0***	**NON**

* Pas de personnel d'appui qualifié : uniquement des étudiants et des matrones formées

** 1 équipe/garde/unité: unité prématurés, unité, outborn, et unité inborn (soit 3 équipes)

*** pas de banque de sang ni dépôt de sang…

Cet indicateur a été très apprécié car permet aux managers d'identifier le nombre exact de déficits de ressources humaines par catégorie et par établissement en fonction des normes

recommandées. Même si des défis seront à relever pour atteindre ces normes notamment dans les structures périphériques.

La collecte est assez facile lorsque les noms du personnel par équipe sont collectés quotidiennement dans des registres , ce qui est le cas au Sénégal, car il s'agit d'un acte administratif obligatoire relevant de la responsabilité légale des prestataires. Cette collecte est cependant plus difficile dans les grands établissements comportant plusieurs équipes (SONU, chirurgien, néonat, transfusion). Le fait qu'il y ait plusieurs lieux de collecte des données est aussi à prendre en compte: bloc opératoire, maternité, laboratoire, néonatalogie… Il est aussi nécessaire au préalable d'identifier le nombre de personnel nécessaire par équipe (ex : équipe chirurgicale avec anesthésiste, chirurgien,…).

Dans ces 3 sites, les normes FIGO requises ne sont pas atteintes sauf pour les équipes chirurgicales. Les gaps les plus importants concernent les sage-femmes et le personnel d'appui qualifié.

d. Compétences du personnel sur le SONU

Ce nouvel indicateur a été collecté en interrogeant le superviseur sur les compétences clés de chaque prestataire pour l'offre des fonctions SONU. Le superviseur renseigne aussi sur le fait que la tâche est requise pour le rôle occupé par le prestataire, et si ce dernier est autorisé à faire la tâche. Un formulaire est à remplir pour chaque type de prestaire :

- le personnel en charge des accouchements et de la gestion des complications maternelles (sage-femmes, infirmiers/ères) ;
- Le personnel en charge du nouveau-né (sage-femmes infirmiers(ières) néonat, pédiatres… ;
- le personnel en charge des SONUC/césariennes, et autres actes chirurgicaux (gynécologues…) ;
- le personnel en charge de l'anesthésie et réanimation maternelle.

Tâches SONUB par prestataire	A : Requis pour le rôle	B : Autorisé à le faire	C : Compétence pour effectuer la tâche évaluée	D : Évaluation de la Compétence En Service (CES)= B et C
1. Soutenir et surveiller la femme et le fœtus tout au long du travail, notamment en identifiant les anomalies/problèmes				
2. Effectuer un accouchement normal par voie basse spontané				
3. Faire un remplissage vasculaire et stabiliser pour une référence en cas de besoin				
4. Identifier et réparer les déchirures périnéales				
5. Prévenir, identifier et gérer la septicémie maternelle, y compris par l'administration d'antibiotiques par voie parentérale				
6. Identifier et traiter l'HPP, y compris administrer des médicaments pour traiter l'HPP				
7. Extraire manuellement le placenta retenu				
8. Effectuer un accouchement vaginal assisté par ventouse				
9. Initier et soutenir l'allaitement maternel précoce et exclusif				
10. Effectuer la réanimation du nouveau-né avec ambu et masque				
11. Identifier la prééclampsie/éclampsie et administrer du sulfate de magnésium				
12. Identifier l'avortement incomplet et extraire/éliminer les produits de conception retenus				
13. Administrer des antibiotiques par voie parentérale (nouveau-nés)				
14. Pratiquer la SMK immédiate pour les nourrissons prématurés et de faible poids de naissance				
15. Administrer une oxygénothérapie avec surveillance par oxymètre de pouls pour la stabilisation et le transport (nouveau-nés)				
16. Faire une évacuation médicalisée coordonnée à un patient nécessitant une référence				
Score Final / Résultat				
Pour ce prestataire, veuillez lister les taches pour lesquels la compétence n'est pas acquise :				

Heure de fin : |___|___|h |___|___|mn

Tâches SONUC par prestataire (pédiatre/infirmière néonat) (Entourer le prestataire concerné par l'évaluation) **Prestataire 1**	**Tâche requise pour le rôle du prestataire (oui/non)**	**Prestataire autorisée à faire la tâche (oui/non)**	**Prestataire compétent pour effectuer la tâche oui/non)**
Permettre une alimentation maternelle assistée avec expression mammaire (avec une tasse, une cuillère ou une alimentation par sonde)			
Fournir des liquides IV aux nouveau-nés prématurés, petits et malades			
Pratiquer les SMK immédiats pour les nourrissons prématurés et de faible poids de naissance			
Administrer des antibiotiques par voie parentérale aux nouveau-nés prématurés, de petit poids et malades			
Administrer une oxygénothérapie avec surveillance par oxymètre de pouls			
Fournir une CPAP			
Réaliser une photothérapie			
Prodiguer des soins thermiques avec un radiateur ou une couveuse			
Administrer une transfusion sanguine néonatale			
Effectuer une ventilation mécanique chez un nouveau-né prématuré, de petit poids ou malade (**niveau SONU intensif uniquement**)			
Effectuer le dépistage et le traitement de la rétinopathie du prématuré (**niveau SONU intensif uniquement**)			

Tâches SONUC par prestataire (sage-femme/infirmière) Prestataire 2	Tâche requise pour le rôle du prestataire (oui/non)	Prestataire autorisée à faire la tâche (oui/non)	Prestataire compétent pour effectuer la tâche oui/non)
Soutenir et surveiller la femme et le fœtus tout au long du travail, notamment en identifiant les anomalies/problèmes			
Effectuer un accouchement normal par voie basse spontané			
Faire un remplissage vasculaire et stabiliser pour une référence en cas de besoin			
Identifier et réparer les déchirures périnéales			
Prévenir, identifier et gérer la septicémie maternelle, y compris par l'administration d'antibiotiques par voie parentérale			
Identifier et traiter l'HPP, y compris administrer des médicaments pour traiter l'HPP			
Extraire manuellement le placenta retenu			
Effectuer un accouchement vaginal assisté par ventouse			
Initier et soutenir l'allaitement maternel précoce et exclusif			
Effectuer la réanimation du nouveau-né avec ambu et masque			
Identifier l'avortement incomplet et extraire/éliminer les produits de conception retenus			
Administrer des antibiotiques par voie parentérale (nouveau-nés)			
Pratiquer la SMK immédiate pour les nourrissons prématurés et de faible poids de naissance			
Administrer une oxygénothérapie avec surveillance par oxymètre de pouls pour la stabilisation et le transport (nouveau-nés)			
Administrer des corticoïdes en prénatal (MAP)			
Faire une évacuation médicalisée coordonnée à un patient nécessitant une référence			
Tester de sang et compatibilité croisée pour transfusion			
Administrer une transfusion sanguine maternelle			
Fournir une réanimation intensive **(femmes - niveau SONU intensif uniquement)**			

Tâches SONUC par prestataire de ou des équipes Gynécologue 1	Tâche requise pour le rôle du prestataire (oui/non)	Prestataire autorisée à faire la tâche (oui/non)	Prestataire compétent pour effectuer la tâche (oui/non)
Effectuer une césarienne			
Chirurgie obstétricale d'urgence, y compris césarienne			
Effectuer une hystérectomie en cas de rupture utérine			
Effectuer une laparotomie pour les grossesses extra-utérines			
Prescrire une transfusion sanguine			
Faire une réanimation maternelle intensive / Fournir une réanimation intensive **(femmes - niveau SONU intensif uniquement)**			

Tâches SONUC par prestataire de ou des équipes Anesthésiste /technicien anesthésiste 1 (entourer fonction du prestataire)	Tâche requise pour le rôle du prestataire (oui/non)	Prestataire autorisée à faire la tâche (oui/non)	Prestataire compétent pour effectuer la tâche (oui/non)
Faire une anesthésie			
Gérer les complications liées à l'anesthésie			
Faire une réanimation maternelle intensive			

Une fois les données collectées pour chaque prestataire, le pourcentage est calculé pour le personnel **autorisé**, le personnel **compétent** pour toutes les tâches, et le personnel **autorisé** ET compétent qui définit le personnel **qualifié en service**.

Tableau : compétences du personnel dans les sites

Structure	Equipe	Total personnel par équipe	Total personnel autorisé par équipe	% autorisé	Total personnel compétent par équipe	% compétent	% qualifié en service (autorisé ET compétent)
Hôpital régional*	SONU	8	8	100	5	62,5	62,5%
	Chirurgicale	2	2	100	2	100	100%
	Néonatale	3	3	100	3	100	100%
	Transfusion sanguine	10	10	100	10	100	100%
Hôp National **	SONU	10	9	90	9	90	90%
CS type II *	SONU	10	10	100	1	10	10%
CS type I***	SONU	5	5	100	0	0	0%
Poste de santé	SONU	2	2	100	2	100	100%

** Tâche insuffisamment couverte : Accouchement assisté/ventouse (3 sages-femmes)*

*** Tâches insuffisamment couvertes : Réanimation maternelle intensive, transfusion sanguine, organiser une référence coordonnée (une sage-femme)*

**** Tâches insuffisamment couvertes : Accouchement assisté/ventouse (toutes sages-femmes), administrer des antibiotiques par voie parentérale au nouveau-né (toutes les sages-femmes), SMK (4 sages-femmes), oxygénothérapie et suivi du nouveau-né (4 sages-femmes)*

L'indicateur à calculer est le **% des structures ayant 100% du personnel qualifié en service.** Si l'on prend en compte les 5 **seul le PS a ses 2 sages-femmes qualifiées en services (autorisées et compétentes pour toutes les taches SONUB) ; soit une structure sur les 5.**

e. Bien être du personnel

Cet indicateur a été évalué à l'aide du questionnaire en ligne qui regroupait outre le consentement, les 3 volets du bien être : le burn out du personnel, la détresse morale qui prend en compte les conditions de travail, et le vécu en équipe. Les 3 composantes du burn

out ont été incluses : la fatigue émotionnelle au travail, la fatigue physique au travail et l'absence d'empathie envers les autres.

A partir des réponses obtenues, le score Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) est calculé : à partir de 3,75 points c'est un burn out sévère, entre 2,1 et 3,74 un burn out modéré et en-dessous de 2, absence de burn out. L'indicateur calcule la proportion des structures dont le personnel est en burn out sévère.

Le questionnaire ci-dessous a été envoyé via les maitresses sage-femmes à l'ensemble du personnel offrant des SONU des 5 sites : **25 personnes ont répondu au questionnaire, parmi elles 17 sont allées au bout du questionnaire et toutes sont des sage-femmes.**

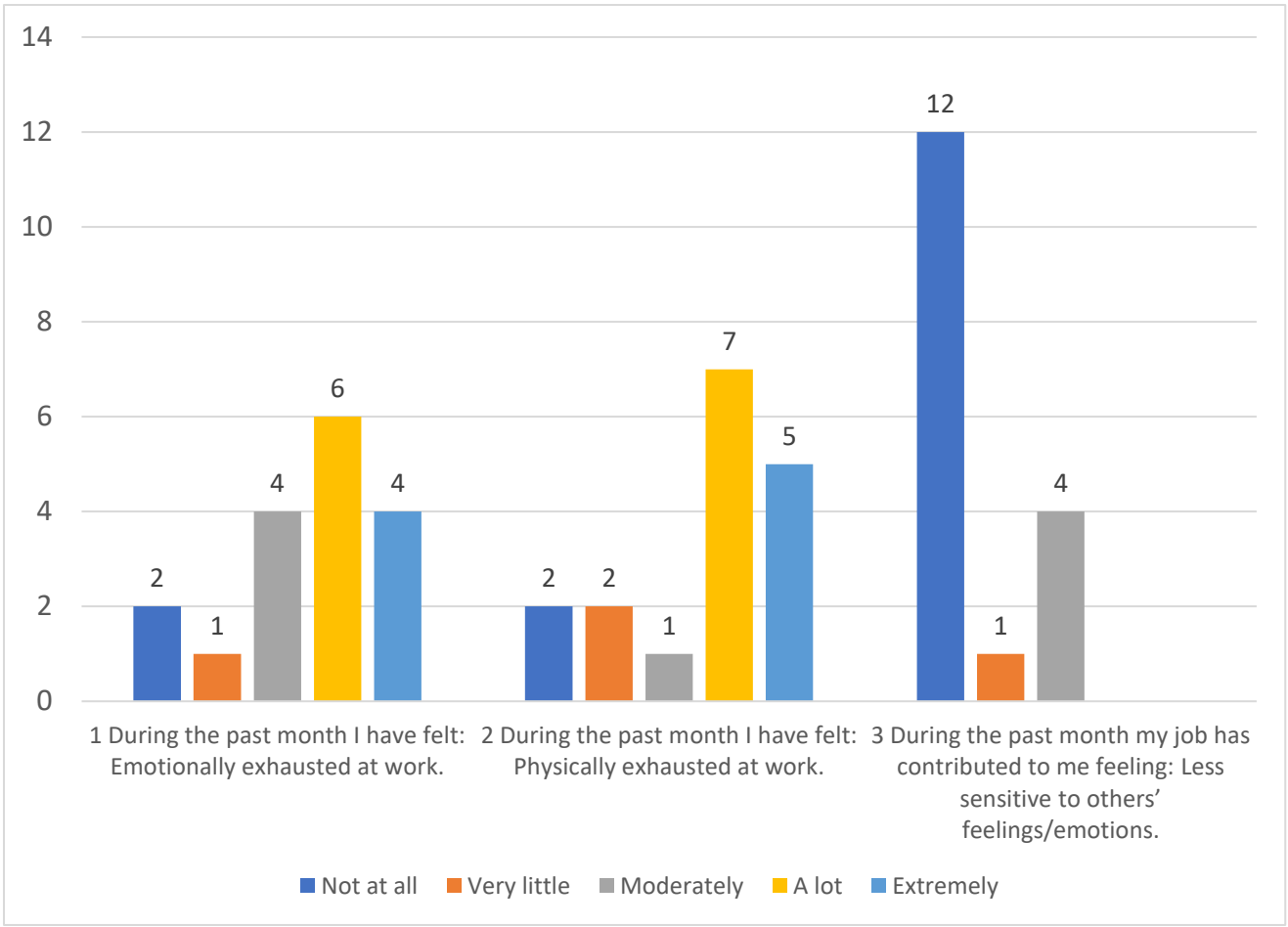
Étude sur le bien-être du personnel de santé		
Cette enquête vous posera une courte série de questions à propos à ce que vous ressentez actuellement dans le contexte de votre travail. L'enquête est entièrement anonyme et votre nom ne sera pas enregistré. Les données collectées seront utilisées à des fins de recherche pour tester un nouvel outil de collecte visant à mesurer le bien-être des travailleurs des structures de santé. Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous pouvez choisir d'arrêter l'enquête à tout moment. Merci pour votre participation.		
Numéro de la question	**Question**	**Options de réponse**
1.	Au cours du mois dernier, je me suis senti émotionnellement épuisé au travail	• Pas du tout • Très peu • Modérément • Beaucoup • Extrêmement
2.	Au cours du mois dernier, je me suis senti physiquement épuisé au travail	• Pas du tout • Très peu • Modérément • Beaucoup • Extrêmement
3.	Au cours du dernier mois, mon travail a contribué à me sentir moins sensible aux sentiments/émotions des autres.	• Pas du tout • Très peu • Modérément • Beaucoup • Extrêmement
4.	**Sur l'échelle de détresse morale, veuillez sélectionner la réponse qui décrit le mieux le degré de détresse morale que vous avez ressentie liée au travail au cours du mois dernier, y compris aujourd'hui.** *La détresse morale survient lorsque savez ce qui est éthiquement correcte à faire, mais que quelque chose ou quelqu'un vous empêche de le faire (restreint votre capacité à poursuivre la bonne ligne de conduite).*	• Pas du tout • Très peu • Modérément • Beaucoup • Extrêmement
La prochaine série de questions vous posera des questions sur vos expériences de travail en équipe. Une équipe est un groupe de deux personnes ou plus travaillant ensemble pour prodiguer des soins aux patients.		
5.	Dans cette équipe, tous les membres de l'équipe se sentent en sécurité pour s'exprimer s'ils constatent quelque chose qui pourrait nuire aux soins aux patients.	• Pas du tout • Très peu • Modérément • Beaucoup • Extrêmement
6.	Dans cette équipe, il est facile pour tous les membres de l'équipe de poser des questions lorsqu'il y a quelque chose qu'ils ne comprennent pas.	• Pas du tout • Très peu • Modérément • Beaucoup • Extrêmement

7.	Dans cette équipe, si je faisais une erreur, je me sentirais en sécurité pour en parler à mon chef d'équipe/supérieur.	• Pas du tout • Très peu • Modérément • Beaucoup • Extrêmement
8.	Veuillez sélectionner le niveau d'établissement dans lequel vous travaillez actuellement.	• Hôpital • CS avec bloc opératoire • CS sans bloc opératoire • Poste de santé
9.	Veuillez sélectionner le milieu où se trouve votre établissement	• Urbain • Rural • Ne souhaite pas répondre
10.	Veuillez préciser la région où se trouve votre établissement	• Dakar • Diourbel • Fatick • Kaffrine • Kaolack • Kédougou • Kolda • Louga • Matam • Saint-Louis • Sédhiou • Tambacounda • Thiès • Ziguinchor • Ne souhaite pas répondre
11.	Durée dans la fonction (en années)	
12.	Durée dans la structure de santé (en années)	
13.	Veuillez sélectionner votre rôle/fonction actuel dans l'établissement.	• Médecin • Sage-femme • Infirmière • Technicien supérieur (anesthésiste…) • Autre (veuillez préciser) …
14.	S'il vous plait sélectionnez votre genre.	• Homme • Femme
Merci d'avoir complété ce sondage. Vos réponses resteront anonymes. Nous souhaitons aussi vous poser quelques questions pour améliorer le questionnaire :		
13.	Le questionnaire était facile à remplir	• Oui • Non
14.	Quelles sont les questions les plus difficiles à répondre ou pas claires	- |___|___| - |___|___| - |___|___| - |___|___| - |___|___|
15	Commentaires :	

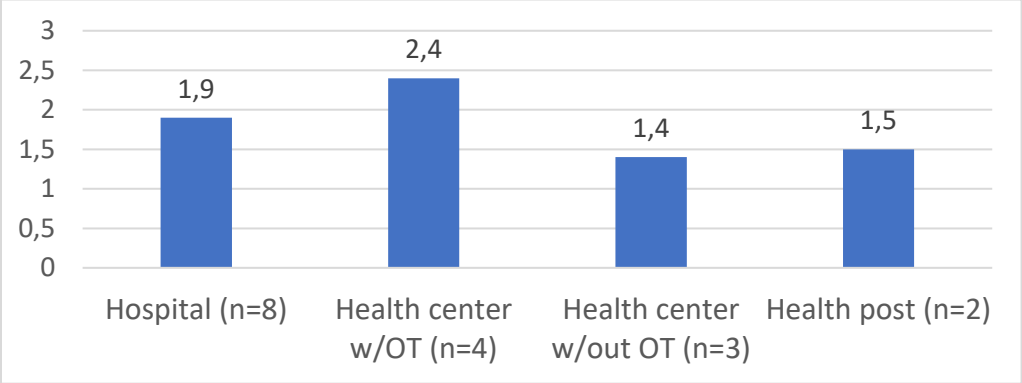
Ces résultats présentés ne sont pas représentatifs mais montrent le type de données qui peuvent être disponibles et utilisées par les managers pour améliorer la santé mentale des prestataires : résultats par type de structure, par région, par milieu, par fonction, par ancienneté…

Même si l'échantillon du pré-test est petit, les résultats suivant ont été obtenus parmi les répondants : Le score moyen pour l'ensemble des participants est de 1,9, mais 41% ont un score supérieur à 2, c'est-à-dire en burn out modéré à sévère. Il est à noter que 12 répondants sur 17 avouent être moins sensible aux émotions des autres, ce qui est un moyen de protection pour les prestataires assez alarmant…

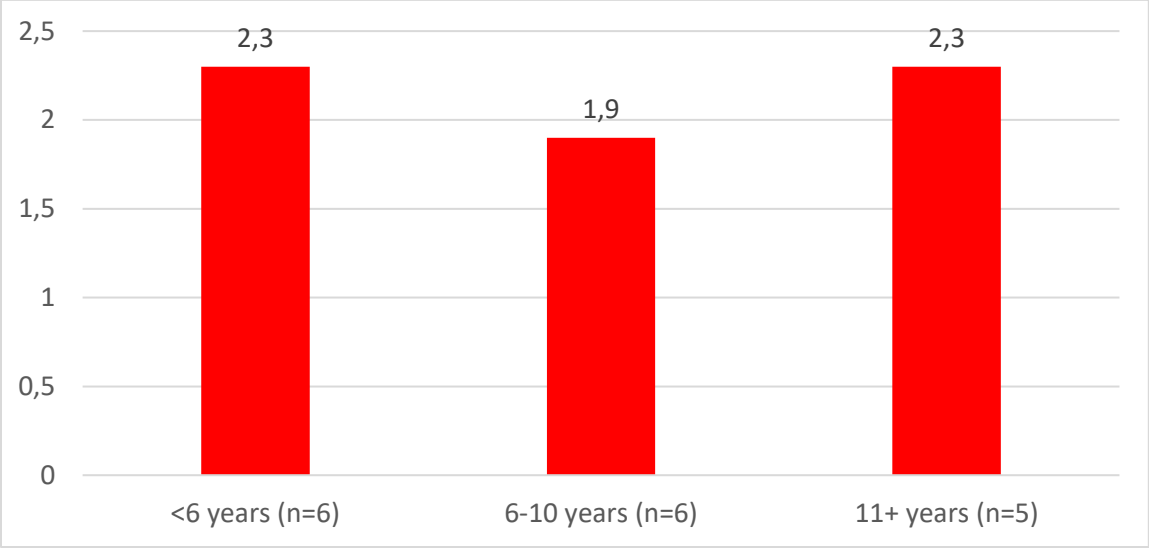
Graphique : Résultats sur le burn out du personnel dans les sites



Graphique : Score moyen par type de structure



Graphique : Score moyen par ancienneté dans la fonction



Ce pré test a permis de noter les inputs suivants à partir des commentaires des répondants en fin de questionnaire:

- Questionnaire facile à répondre pour la majorité des participants (10/17)
- Indicateur innovateur très attendu/apprécié pour prendre en compte le bien-être des prestataires : ***« Nous vous remercions d'avoir créé ce questionnaire pour connaître les difficultés que rencontrent les agents de santé. Merci***"
- Certaines questions sont difficiles à répondre car trop sensibles ou au contenu non compris par les prestataires car ce sont des concepts nouveaux tels que :
    - « la détresse morale »,
    - le manque d'empathie ou moins de sensibilité aux besoins des autres,
    - le fait de se sentir en sécurité pour s'exprimer s'ils constatent quelque chose qui pourrait nuire aux soins offerts aux patients.
- Le lien entre le manque d'empathie et burn-out ne semble pas connu des prestataires
- Étudier la nécessité d'ajouter une question ou une clarification pour faire ce lien

Il faut aussi prendre en compte le fait qu'à ce jour aucune étude au Sénégal n'avait pris en compte le "bien-être du personnel" dans les évaluations SONU ; et les évaluations sur le personnel lors des études, et des supervisions, portent toujours sur les aspects techniques uniquement.

Les répondants ont rajouté dans les commentaires des explications sur les causes du burn out et les enjeux du bien-être des ressources humaines :

- Le manque de sages-femmes et d'obstétriciens/gynécologues (entraînant des équipes de garde incomplètes)
- Le recrutement insuffisant par le gouvernement (postes instables)
- Les mauvaises conditions de travail

Les répondants ont aussi proposé des améliorations au questionnaire notamment la clarification des nouveaux concepts.

f. Référence entre les structures (préparation aux références en cas d'urgence **)**

Les 6 composantes ont été évaluées dans le questionnaire au niveau des sites. Il s'agit de :

1. **Préparation au transport**
    a. Véhicules hors site
    b. Véhicules sur place
    c. Autres options et problèmes de transport
2. **Efficacité de l'orientation/aiguillage et coordination des soins**
    a. Critères, normes et procédures écrits pour la référence,
    b. Protocoles écrits pour la stabilisation avant référence
    c. Politique pour appeler la structure qui reçoit avant la référence
    d. Moyens de communication pour la référence
3. **Soins pendant le transport**
    a. Accompagnement par un personnel qualifié
    b. Compétences pour les soins pendant la référence
4. **Accessibilité financière de la référence**
5. **Référence centrée sur la famille**
    a. Politique zéro séparation avec le nouveau-né
    b. Accompagnement de la mère par la famille
6. **Dynamique relationnelle inter-établissements**
    a. Répertoire des structures de référence
    b. Politique de vérification de la disponibilité des soins dans la structure qui reçoit avant la référence

La durée moyenne de la collecte des données pour cet indicateur est de 29 mn dans les SONUB désignés et 13 mn dans les SONUC désignés.

Tableau : Résultats sur la référence dans les sites

Critères	CS type I	Poste de santé	Hôpital national	Hôpital régional	Centre de santé type II
Préparation au transport	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**
Efficacité de l'orientation et coordination des soins	**Non**	**Non**	**Non**	**Non**	**Non**
Soins pendant le transport	**Non**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Non**
Accessibilité financière de la référence	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**
Référence centrée sur la famille	**Non**	**Non**	**Non**	**Non**	**Non**
Dynamique relationnelle inter-établissements	**Non**	**Non**	**Non**	**Non**	**Non**
Répond aux critères de préparation aux références en cas d'urgence ?	**Non**	**Non**	**Non**	**Non**	**Non**

L'administration du questionnaire et l'analyse des résultats au niveau des 5 sites a permis de noter que :

- Ce questionnaire est très utile et complet pour identifier les goulots d'étranglement pour la référence dans chaque structure
- Le volet de la préparation au transport avec la disponibilité permanente de l'ambulance dans les 5 sites est le seul respectant les critères.
- Des actions concrètes pourraient être prises au niveau des structures et du système de santé en général (lignes directrices claires et écrites pour les différents volets de la référence, compétences des ressources humaines pour les soins pendant la référence, logistique…)

Pour améliorer le document, le volet évaluation de l'accessibilité financière doit rajouter dans la version courte du formulaire, une option où le transport est gratuit pour la patiente ou le nouveau-né.

g. Analyse de la fonctionnalité effective de la structure

Il a été rajouté pour évaluer la disponibilité des SONU, un second indicateur qui va au-delà de l'offre de la fonction SONU (lorsque les fonctions SONU sont offertes avec des cas effectivement pris en charge). Il s'agit de la fonctionnalité effective de la structure qui s'évalue par 4 indicateurs :

- La disponibilité de l'offre des fonctions SONU
- la disponibilité des intrants, médicaments et équipements

- La disponibilité des ressources humaines en fonction du volume d'activités
- La disponibilité des critères de préparation aux références en cas d'urgence

Les résultats pour les 5 sites montrent qu'aucun ne répond aux 4 critères de fonctionnalité effective comme illustré dans le tableau ci-dessous :

Tableau : Fonctionnalité effective des 5 sites selon les 4 critères

Structure	Statut SONU (fonctions SONU offertes)	Taux de disponibilité des intrants, médicaments et équipements	Ressources humaines en fonction du volume d'activités conformes aux normes FIGO ?	Critères de préparation aux références en cas d'urgence respectés ?	Fonctionnalité effective
Hôpital national	**SONUC** ou SONUI moins fonction prise en charge de la rétinopathie	85%	Non	Non	**Non**
Hôpital régional	**SONUC** ou SONUI moins fonction prise en charge de la rétinopathie	68,4%	Non	Non	**Non**
Centre de santé type II	**NON SONUC** mais toutes les fonctions **SONUB**	68,4%	Non	Non	**Non**
CS type I	**NON SONUB** (n'offre pas toutes les fonctions SONUB précédentes ni les nouvelles)	77,8%	Non	Non	**Non**
Poste de santé	**SONUB** (selon les normes nationales actuelles du niveau de la structure elle offre toutes les fonctions SONUB précédentes mais **NON SONUB selon les nouvelles fonctions SONUB)**	72,2%	Non	Non	**Non**

PARTIE 4 : RECOMMANDATIONS

11 Pour la mise en œuvre des SONU au Sénégal *(complétées et validées lors de l'atelier de restitution tenu le 23 août 2023)*

Tableau 27 : Liste des recommandations selon quatre composantes des SONU (ressources humaines, intrants – médicaments - équipements), référence, management des programmes et services)

Thèmes	Sous thèmes	Pour le niveau stratégique	Pour le niveau opérationnel
Ressources humaines	Disponibilité	- Planifier les besoins en ressources humaines pour les SONU en fonction du volume d'activités des structures (respect des normes pour les SONU) - Doubler les spécialistes (gynécologues et/ou compétence sou, pédiatres, anesthésistes et/ou technicien supérieur en anesthésie réa) dans les structures périphériques. - Former à travers un master, des infirmiers et infirmière spécialisés en pédiatrie et néonatalogie	- Dédier un personnel qualifié et compétent aux soins immédiats du nouveau-né (infirmiers/assistants infirmiers néonat)
	Compétences	- Réorganiser la formation de base des sages-femmes et des infirmiers en rattachant les écoles de formations aux universités (réforme LMD) pour l'obtention d'un diplôme universitaire. - Intégrer le « savoir être » dans le curricula de formation de base des sages-femmes et infirmiers ; - Tenir compte du « savoir être » dans le recrutement des RH (empathie, communication…) - Instaurer une culture de communication entre les prestataires, les patientes et la communauté : protocoles de communication aux différents moments de la prise en charge (accueil, soins, prescription, résultats, référence…) ;	- Mettre en place un plan de formation continue basé sur les besoins identifiés lors des supervisions. - Les formations continues doivent privilégier les formations sur sites, les coachings et les formations basées sur les compétences. - Former les prestataires aux protocoles et techniques de communication lors de la prise en prise en charge (accueil, soins, prescription, résultats, référence…) ; - Former les prestataires sur le langage des signes et le handicap

Tableau 27 : Liste des recommandations selon quatre composantes des SONU (ressources humaines, intrants – médicaments - équipements), référence, management des programmes et services)

Thèmes	Sous thèmes	Pour le niveau stratégique	Pour le niveau opérationnel
	Bien-être	- Tenir compte des aspirations et attentes du personnel lors du recrutement/affectation du personnel - Mettre en place un mécanisme de sanction positive du personnel (plan de carrière, décoration, bourse d'étude, etc.)	- Organiser le soutien psychologique pour le personnel des SONU - Assurer 'l'équité dans le traitement du personnel pris en charge par les communautés et celui pris en charge par l'Etat
Intrants, médicaments et équipements	Disponibilité du sang	- Mettre en place des banques de sang régionales et des dépôts secondaires de sang répondant aux normes dans les SONUC - Sécuriser la logistique des intrants pour la collecte (tests, poches…) en faisant une bonne estimation des besoins	- Mettre en place des stratégies de sensibilisation des populations et de fidélisation des donneurs Exemple : collaborer avec les associations de donneurs - Sécuriser la logistique des intrants pour la collecte (tests, poches…)
	Disponibilité des médicaments clés	- Sécuriser la gestion logistique des médicaments traceurs (pour éviter ruptures de stocks au niveau central)	- Améliorer le financement des médicaments et produits d'urgence par le respect de la clé de répartition des bénéfices générés par la vente des médicaments dans le cadre de l'Initiative de Bamako - Renforcer le système de gestion logistique/gestion des stocks des médicaments d'urgence (pour satisfaire les besoins au niveau des pharmacies de district et régionales)

Tableau 27 : Liste des recommandations selon quatre composantes des SONU (ressources humaines, intrants – médicaments - équipements), référence, management des programmes et services)

Thèmes	Sous thèmes	Pour le niveau stratégique	Pour le niveau opérationnel
	Disponibilité et gestion des équipements	- Définir et mettre en œuvre une politique de maintenance du matériel et des équipements - Etablir une ligne budgétaire pour la maintenance du matériel et des équipements - Mettre en place une planification rigoureuse, budgétisée, et une distribution équitable des équipements et du matériel dans toutes les structures SONU, en tenant compte du volume d'activités de chaque structure et des besoins spécifiques de chaque région. - Faire la cartographie des équipements existants dans les structures du réseau SONU et la mettre à jour périodiquement	- Mettre en place un plan d'amortissement des équipements dans chaque structure. - Etablir une ligne budgétaire pour la maintenance du matériel et des équipements - Mettre en place des plans d'entretien du matériel dans chaque structure - Doter les coins du NN et unités de néonatologies de matériel de réanimation néonatale aux normes - Mettre en place un mécanisme de répartition équitable du matériel et équipements
Référence	Organisation	- Mettre en place un système de régulation des urgences obstétricales et néonatales (disponibilité des lits, RH informées et disponibles pour la prise en charge…) /SAMU régionaux - Mettre à disposition des postes de santé des ambulances - Mettre à disposition des postes de santé des ambulanciers et chauffeurs	- Mettre en place un système des régulation des urgences obstétricales et néonatales (disponibilité des lits, RH informées et disponibles pour la prise en charge…)/SAMU régionaux - Une bonne coordination entre structure de provenance et structure d'accueil (nombre de place disponible, disponibilité de sang, etc.) - Rendre disponible et utiliser les fiches de référence - Communication en amont (avant évacuation) pour rassurer la patiente et ses accompagnants - Veiller au respect des normes d'évacuation ou de référence (critère qui doivent être réunis pour référer une femme) - Rendre disponible les intrants (poches de sang, médicaments essentiels, matériels, etc.) - Disponibilité des ambulances médicalisées avec l'accompagnants de personnels qualifiés

Tableau 27 : Liste des recommandations selon quatre composantes des SONU (ressources humaines, intrants – médicaments - équipements), référence, management des programmes et services)

Thèmes	Sous thèmes	Pour le niveau stratégique	Pour le niveau opérationnel
	Financement	- Rendre gratuits les médicaments au niveau de l'IB (avant la référence) - Prendre en charge intégralement l'évacuation de la femme (transport et carburant, médicaments) - Augmenter la ligne budgétaire allouée à la SRMNIA	- Assurer la prise en charge financière des évacuations obstétricales et néonatales par les districts - Faire le plaidoyer auprès du secteur privé (les entreprises locales) pour l'obtention de financement - Faire le parrainage des femmes enceintes pour faciliter la prise en charge financière en cas d'évacuation
Management des programmes et services		- Décentraliser la gestion du personnel étatique avec la régionalisation des postes budgétaires pour le recrutement du personnel - Mettre en œuvre la plateforme de mobilité du personnel de santé - Mettre en place des mesures incitatives pour attirer et retenir le personnel qualifié dans les zones décentralisées : plateau technique conforme aux compétences du personnel qualifié, primes d'éloignement, d'hostilité du terrain, - Mettre en place une instance de gouvernance avec un mécanisme de certification basée sur des critères (publication régulière) - Prendre en compte la satisfaction des usagers et le bien-être du personnel dans le monitoring de la performance des structures de santé - Introduire les nouveaux indicateurs SONU dans le monitoring SONU	- Introduire le processus de certification des décès maternels et néonataux (validation des causes de décès) entre la notification et l'audit des décès. - Introduire les "Near miss" (Échappées belles) dans les hôpitaux - Mettre en place des unités de néonatologie dans les hôpitaux et centres de santé - Rattacher le coin du nouveau-né des maternités au service de néonatologie ou de pédiatrie dans les hôpitaux et centres de santé - Mettre en place des instances de coordination/échanges entre les maternités et les pédiatries/néonatologies - Utiliser les résultats du monitoring SONU pour améliorer l'offre et la qualité des SONU à travers la résolution des problèmes identifiés

12 Pour le processus mondial de révision des indicateurs SONU

En plus des recommandations spécifiques faites sur chacun des indicateurs, les recommandations globales suivantes sont proposées par l'équipe du Sénégal pour le processus de révision des indicateurs en cours :

- En ce qui concerne les fonctions SONU et le niveau de la pyramide où ils doivent être offerts, il est important de prendre en compte les éléments suivants :
    - l'importance/l'impact de la disponibilité de la fonction sur la mortalité maternelle et ou néonatal;
    - la disponibilité du matériel/médicament/équipement pour l'offre de la fonction;
    - la disponibilité des ressources humaines devant exécuter la fonction.

  Sur cette base, l'offre de certaines fonctions qui était déjà recommandée dans les SONUB (extraction du placenta en cas d'hémorragie post partum, accouchement par ventouse en phase expulsive…) ne peut pas être retirée des SONUB et proposée dans la nouvelle révision pour les SONUC. Car ces fonctions sont essentielles pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, peuvent être réalisées par le personnel disponible en première ligne (sage-femmes), et ne nécessitent pas de matériel ou, le cas échéant, du matériel pouvant être disponible à ce niveau.
- Les indicateurs sur l'offre de SONU centrée sur la personne sont une demande des populations mais aussi des prestataires ; ils gagneraient donc à être promus dans le cadre de cette révision.
- Les nouveaux indicateurs gagneraient à être testés dans un nombre plus important de structures afin d'en faciliter la collecte, l'interprétation et l'utilisation avant le passage à l'échelle.

13 Conclusion

La révision des indicateurs sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence est un processus qui nécessite une large concertation entre acteurs de divers niveaux, à l'échelle mondiale. Parallèlement, une analyse approfondie portant sur la collecte des données, le calcul, l'interprétation et l'utilisation des indicateurs est conduite dans certains pays, dans le but d'approfondir les connaissances et d'établir des évidences dans ce domaine. Cette démarche est importante, car la nouvelle révision met l'accent sur les questions de qualité des soins et de bien-être des patientes et des prestataires.

L'étude de cas menée au Sénégal entre dans ce cadre. En plus de la réflexion sur les indicateurs, elle aborde aussi la question de l'organisation des soins, pour mieux cerner les différents aspects pouvant impacter les performances des structures, la qualité des soins et le bien-être des patientes et des prestataires. Cela permet de mieux définir le type d'indicateur,

Pour ce faire, la méthodologie utilisée pour cette étude pays a permis d'explorer des aspects des SONU peu ou pas encore pris en compte, notamment la satisfaction des usagers, le bien-être des prestataires, l'accessibilité géographique des SONU, la qualité de la référence, etc. Elle a permis d'impliquer l'ensemble des parties prenantes de l'offre et de la demande de SONU.

Les données collectées sont en parfaite adéquation avec les réflexions actuelles au niveau mondial, sur les indicateurs importants pour le renforcement de la disponibilité et de la qualité des SONU. Le suivi de ces indicateurs devrait permettre d'atteindre les objectifs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

14 Références bibliographiques