

Centre Africain d'Etudes Supérieures
en Gestion



CESAG SANTE

MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION
(MBA) GESTION DES SERVICES DE SANTE
(GSS)

OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE
SANTE (GPS)

Année 2017/2018 – 28^{ème} Promotion



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBTENTION DU MBA

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DES EVACUATIONS
SANITAIRES EN VUE DE LUTTER CONTRE LA
MORTALITE MATERNELLE AU CENTRE HOSPITALIER
NATIONAL DE PIKINE(CHNP) DAKAR, SENEGAL**

Soutenu par :

Mme Astou Ndiaye

Membres du jury : - Dr Malick NIANG

- Pr Daouda CISSE

Sous la direction du :

Pr Mouhamadou SALL

Enseignant chercheur

Enseignant associé au CESAG

Novembre 2018

Dédicace

Ce travail est exclusivement dédié à :

✚ mes parents :

Vous avez tout mis en œuvre pour cultiver en nous l'amour du travail, de la persévérance dans l'effort, du respect d'autrui, du progrès et de la réussite. Voici enfin réalisé ce que vous avez toujours souhaité.

✚ mon mari :

Toujours prompt à me consoler merci pour tes conseils, recommandations, et l'ensemble des sacrifices que tu avais eu à consentir au cours de ma formation.

✚ mon fils :

À qui j'ai pris des heures pour ce travail ;

✚ mes sœurs, mes frères et à tous mes proches

✚ A tous les stagiaires de la promotion 2017-2018 MBA GSS du CESAG.

Remerciements

Mes remerciements vont particulièrement:

- ✚ A Allah le tout puissant
- ✚ A notre Directeur de mémoire **PR Mouhamadou SALL**, Directeur de l'Institut de Population, Développement et Santé de la reproduction pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci maître pour votre disponibilité sachant que vous êtes une personne très prise Veiller trouver ici l'expression de ma gratitude.
- ✚ Au **Dr Ami Niasse** merci beaucoup pour la disponibilité et les orientations pour l'élaboration de ce travail, veiller trouver ici toute ma reconnaissance.
- ✚ A M Mohamed Abdallah GUEYE, Directeur du Centre Hospitalier National de Pikine merci de m'avoir permis de faire mon stage dans votre structure.
- ✚ Mrs Sangue Diakhaté grâce à qui j'ai pu obtenir la bourse pour faire la formation
- ✚ Mrs Dame Diop Directeur de 3FPT merci de m'avoir donné une bourse
- ✚ A Mrs Bassirou Gaye chef du service partenariat public privé merci pour votre accueil et votre soutien
- ✚ A Mme Sakhanokho chef du service de ressources humaine merci pour votre hospitalité
- ✚ A Mme Seck et à Sophie pour le soutien
- ✚ A tous le personnel du service de gynéco obstétrique
- ✚ A tout le personnel de l'hôpital
- ✚ Au chef du département CESAG SANTE, Dr El hadj Gueye
- ✚ A Mme Mously Seye assistante au département CESAG santé
- ✚ Au corps professoral du département CESAG sante
- ✚ A tous mes professeurs du CESAG qui n'ont ménagé aucun effort pour nous assurer une bonne formation
- ✚ Dr Malick Niang pour vos conseils
- ✚ A toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la rédaction de ce mémoire. Parmi celles-ci, je ne peux m'empêcher de citer
- ✚ Dr Moussa Diallo, Mme Yade, Mme Paye et Mme Dasouza

Abréviations

A :	Avortement
AAT :	Accouchement à Terme
ACP :	Agent Comptable Particulier
AP :	Accouchement prématuré
AVB :	Accouchement par Voie Basse
CA :	Conseil d'Administration
CDD :	Contrat à durée déterminée
CDI :	Contrat à durée indéterminée
CG :	Contrôleur de Gestion
CHNP :	Centre Hospitalier National de Pikine
CI :	Contrôle Interne
CMG :	Centres Médicaux de Garnison
CPN :	Consultation Périnatale
CS :	Centre de Santé
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EPSH :	Etablissement Public de Santé Hospitalier
ESPS :	Enquête de Suivi de Pauvreté au Sénégal
FMPOS :	Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie
HP :	Hôpital Pikine
HPP :	Hémorragie du post Partum
HRP :	Hématome Retro Placentaire
HTA :	Hypertension Artérielle
IDE :	Infirmier d'Etat
INED :	Institut National d'étude Démographique
IP :	Intra Partum
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
MAC :	Maison d'Arrêt et de Correction
MEF :	Ministère de l'Economie et des Finances
MPEC :	Meilleure Prise en Charge

MRP :	Méthode de Résolution de Problème
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
NTIC :	Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
NV :	Naissance Vivante
ODD :	Objectif de Développement Durable
OG :	Objectif Général
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
OS :	Objectif Spécifique
PES :	Pré éclampsie Sévère
PMA :	Pays les Moins Avancés
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD :	Programme des Nation Unies pour le Développement
PPI :	Post Partum Immédiat
PPP :	Partenariat Public et Privé
PPT :	Post Partum Tardif
PS :	Poste de Santé
R :	Résultats
RGP :	Recensement Général de la Population
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RGPHAE :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
RMM :	Rapport de Mortalité Maternelle
SAF :	Service Administratif et Financier
SFE :	Sage-Femme d'Etat
SPSS :	Statistical Package for Social Sciences
SR :	Santé de la Reproduction
SRH :	Service des Ressources Humaines

- SS :** Service Social
SSI : Service des Soins Infirmiers
STM : Service Technique de Maintenance
SWOT : Strengths Weaknesses Opportunities Threats
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des tableaux

Tableau I : Situation du personnel selon le statut pour les années (2014, 2015 et 2016)	18
Tableau II : Capacité d'accueil du CHNP	22
Tableau III : Personnel du service	24
Tableau IV : SWOT	25
Tableau V : Priorisation	28
Tableau VI : Conceptualisation	41
Tableau VII : Déroulement de l'étude	45
Tableau VIII : Identification des décès	47
Tableau IX : Tranche d'âge	48
Tableau X : Antécédents obstétricaux	48
Tableau XI : Antécédents médicaux	49
Tableau XII : Issue de la grossesse	51
Tableau XIII : Mode d'accouchement	54
Tableau XIV : Hiérarchisation des causes	64
Tableau XV : Hiérarchisation des causes avec le diagramme de PARETO	64
Tableau XVI : Priorisation de la solution	68
Tableau XVII : Cadre logique	75
Tableau XVIII : Cadre de rendement	77
Tableau XIX : Cadre de performance	78
Tableau XX : Chronogramme des activités	80
Tableau XXI : Plan d'action	81
Tableau XXII : Budget	82

Liste des graphiques

Graphique 1 : Pyramide sanitaire du Sénégal	9
Graphique 2 : Antécédents médicaux.....	50
Graphique 3 : Consultation prénatale.....	50
Graphique 4 : Evacuation.....	52
Graphique 5 : Motif d'évacuation	53
Graphique 6 : Lieu d'accouchement	54
Graphique 7 : Moment du décès	55
Graphique 8 : Causes de décès	56
Graphique 9 : Diagramme de Ishikawa.....	62
Graphique 10 : Diagramme de Pareto.....	65
Graphique 11 : Régression de la mortalité maternelle au Sénégal.....	69
Graphique 12 : Arbres des objectifs.....	74

Liste des annexes

Annexe 1 : Carte du Sénégal	93
Annexe 2 : Situation géographique de l'hôpital	94
Annexe 3 : Organigramme	95
Annexe 4 : Schéma pour une meilleure gestion du système de référence	96
Annexe 5 : Guide d'entretien destiné au personnel.....	97
Annexe 6 : Fiche de collecte des informations sur les femmes décédées	98

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Sommaire

Dédicace	i
Remerciements	ii
Abréviations	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des graphiques	vii
Liste des annexes.....	viii
Sommaire	ix
Résumé	x
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE, CADRE THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL.....	4
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE.....	29
Chapitre 3 : CADRE CONCEPTUEL	40
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE.....	42
Chapitre 4 : METHODOLOGIE	43
Chapitre 5 : RESULTATS DE L'ENQUETE.....	47
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	59
Chapitre 6 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION ..	60
Chapitre 7 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	66
CONCLUSION	87
ANNEXES	92
TABLE DES MATIERES	99

Résumé

Dans le cadre de notre formation, nous avons été amenés à effectuer un stage à l'hôpital national de Pikine. L'analyse situationnelle a permis de présenter l'environnement de l'étude et d'identifier plusieurs problèmes. La priorisation a conduit à identifier le nombre élevé des décès maternels comme étant le problème le plus prioritaire. La méthodologie utilisée est celle de la résolution des problèmes. Elle consiste à identifier et prioriser le problème, identifier les causes ; hiérarchiser la cause prioritaire, identifier les Solutions possibles, en prioriser une et en fin la mettre en œuvre.

Nous avons opté pour la méthode mixte. Il s'agit d'une recherche opérationnelle qui s'est déroulée du 13 septembre au 12 novembre 2018.

L'objectif général de l'étude est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle au Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP).

La population cible était les femmes décédées pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couche durant la période 2016, 2017 et 2018. L'étude a consisté à analyser les dossiers des femmes décédées en couche durant cette période et a administré au personnel un guide d'entretien pour avoir leurs perceptions..

Les logiciels SPSS, SPHINX, EXCEL et WORD ont été utilisés pour le traitement et l'analyse des données. Les données ont montré que 42,3% des femmes décédées en couche avaient été référées par une autre structure et que seuls 7.3% seulement avaient bénéficié de condition.

Ces résultats et l'analyse de contenu du guide adressé au personnel ont montré que la mauvaise gestion du système des évacuations des complications obstétricales était la cause principale du problème. Les outils utilisés sont le diagramme d'Ichikawa, le brainstorming, le diagramme de Pareto et le vote pondéré.

Pour faire face à cette situation, améliorer le système des évacuations par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en l'occurrence le m Health serait la solution idéale.

Cette dernière sera mise en œuvre à travers un projet de 5ans.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

Depuis l'initiative de la « maternité sans risque » lancée en 1987 à Nairobi, plusieurs stratégies ont été développées pour prévenir les décès maternels. Cependant force est de constater que la mortalité maternelle demeure toujours élevée. Elle constitue un fléau qui frappe durement nos pays en développement, particulièrement l'Afrique où les conditions socio-économiques, environnementales et sanitaires très précaires exposent la femme aux complications redoutables de la grossesse et de l'accouchement.

En 2000, les États membres des Nations Unies se sont engagés à œuvrer à la réalisation d'une série d'Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), appelant entre autres à une réduction de trois-quarts, entre 1990 et 2015, du rapport de mortalité maternelle (RMM, nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Cette cible (OMD 5A) et celle qui vise l'accès universel à la santé génésique d'ici 2015 (OMD 5B) forment ensemble l'objectif 5, « Améliorer la santé maternelle ». Les cinq années du compte à rebours avant l'échéance des OMD ont été marquées par de nombreuses initiatives destinées à soutenir les efforts de réduction de la mortalité maternelle. Citons notamment la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant, qui a mobilisé les efforts en vue d'atteindre l'OMD 4 (Améliorer la santé de l'enfant) et l'OMD 5, et la Commission de haut niveau de l'information et de la responsabilisation, encourageant la communication, la surveillance et la responsabilisation au niveau mondial en matière de santé de la femme et de l'enfant. À présent, tirant parti de l'impulsion donnée par l'OMD 5, les objectifs de développement durable (ODD) définissent une nouvelle initiative de transformation de la santé maternelle, visant à mettre un terme à la mortalité maternelle évitable; la cible 3.1 de l'objectif ODD 3 est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030.

A l'instar des autres pays en développement le Sénégal est aussi concerné par le niveau élevé de la mortalité maternelle. Il y est de 315 décès pour 100000 NV (EDS 2016).

Améliorer la santé des mères et des enfants constitue une priorité pour l'Etat et les partenaires techniques et financiers. C'est donc un problème qui mérite une investigation approfondie. C'est dans cette logique que s'inscrit notre travail.

A l'occasion de ce stage pratique, suite aux entretiens avec les différents acteurs de la structure et après un vote pondéré suivant des critères bien définis, le nombre élevé des décès maternels a été identifié comme problème prioritaire. Cette conclusion est obtenue par le biais de la

méthode de résolution de problème, une technique qui permet aux dirigeants de connaître pourquoi les femmes décèdent pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche afin d'y remédier. C'est une recherche opérationnelle.

Pour mener à bien ce travail nous avons opté pour un plan qui comprend trois parties :

- **Première partie** : elle traite de l'analyse situationnelle, du cadre théorique et du cadre conceptuel
- **Deuxième partie** : elle est consacrée à la méthodologie de recherche et à la présentation des résultats
- **Troisième partie** : elle porte sur l'identification et l'analyse des causes ainsi que sur les solutions et le plan de mise en œuvre.

RESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE :
ANALYSE SITUATIONNELLE, CADRE
THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

L'objet de ce chapitre est de présenter le contexte de notre étude.

1.1. Analyse de l'environnement

1.1.1. Analyse de l'environnement externe

Le pays

➤ **Géographie**

Pays Soudano-Sahélien situé à l'extrême Ouest du continent africain, le Sénégal est limité, au nord, par la République de Mauritanie, à l'est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l'ouest, par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom. D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'Océan Atlantique avec 700 kilomètres de côtes. C'est un pays plat, l'altitude dépassant rarement 100 mètres et le point culminant, le mont Assiriki, situé au sud-est du pays, a une hauteur de 381 mètres. Au plan hydrographique, le pays est traversé d'est en ouest par quatre fleuves, le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et leurs affluents. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau temporaires et une contribution significative du lac de Guiers au nord du pays. Au niveau administratif, la nouvelle organisation administrative du Sénégal est fixée par le décret du 10 septembre 2008. Le territoire passe ainsi de 11 à 14 régions administratives avec comme dernières créations Kaffrine, Kédougou et Sédhiou issues respectivement des anciennes régions de Kaolack, Tambacounda et Kolda. Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 45). La Loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités locales est venue avec une réforme baptisée « l'Acte III de la décentralisation ». Ce dernier vise entre autre à organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable. L'Acte III de la décentralisation a supprimé la région comme collectivité locale, érigé le département en collectivités locale et introduit la communalisation intégrale.

➤ **Économie**

Le Sénégal s'est engagé dans un nouveau modèle de développement à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Cette stratégie constitue le référentiel de la politique économique et sociale. Elle met l'accent sur la création de richesses et d'emplois,

le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels. Sur la période 2005-2011, on constate une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux de croissance du PIB par tête assez faible (0,5 % en moyenne par an). Même si l'incidence de la pauvreté a légèrement baissé passant 48,3 % à 46,7, elle a été accompagnée par une augmentation absolue du nombre de pauvres sur la période. La pauvreté est plus élevée en zone rurale que dans les centres urbains. Ces résultats mettent en évidence la fragilité de l'économie sénégalaise et sa capacité, à améliorer de manière durable les conditions de vie des populations. Bien que le pays n'ait pas réussi d'atteindre tous les OMD à l'horizon 2015, les perspectives économiques suscitent un espoir. En 2015, le Sénégal a enregistré des résultats macroéconomiques solides, avec un taux de croissance de 6,5 % (le plus haut depuis 2003). Cette croissance de l'économie sénégalaise est ressortie à 6,4 % au premier trimestre 2016.

➤ **Population**

Le Sénégal dispose d'une masse importante de données sociodémographiques grâce à de nombreuses enquêtes réalisées au cours des trente dernières années. En effet, en plus de quatre recensements généraux (RGP de 1976, RGPH de 1988, RGPH de 2002 et RGPHAE de 2013), plusieurs enquêtes d'envergure nationale ont été menées, parmi lesquelles on peut citer l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978, l'Enquête sur les Migrations et l'Urbanisation au Sénégal en 1993, l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (1994/1995 et 2001/2002), l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Sénégal en 2005, l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal en 2006 et en 2011 et six Enquêtes Démographiques et de Santé (1986, 1992-1993, 1997, 2005, 2010-2011). A partir de 2012 le pays s'est engagé dans une approche d'annualisation de l'EDS. Ces différentes investigations ont permis d'obtenir des indicateurs sociodémographiques de base à différentes dates qui contribuent au suivi et à l'évaluation des projets et programmes de développement.

Entre 1976 et 2013, la population du Sénégal est passée de 4 958 085 habitants à 13 508 715 avec un taux intercensitaires moyen de 2,7. La population recensée en 2013 est composée de 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes. La densité moyenne est de 65 habitants au km². Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. Les effectifs de population les plus élevés se retrouvent dans les régions de Dakar, Thiès et Diourbel avec, respectivement, 3 139 325 habitants (23,2 % de la population totale), 1 789

923 habitants (13,3 %) et 1 499 867 habitants (11,1 %) alors que les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent toujours par la faiblesse de leur population. La région de Kédougou enregistre le plus faible effectif de population avec 151 715 habitants (1,1 %). La région de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste du pays (21,5 % de la superficie du pays), ne compte que 5,0 % de la population du Sénégal. La population croît rapidement : le fort taux de croissance démographique de 2,7 % observé entre 2002 et 2013 résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 5,0 en 2012-2013) et d'une mortalité infantile en baisse (61 ‰ en 2005, 47 ‰ en 2010-2011 et 43 ‰ en 2012-2013). De cette forte croissance, résulte une extrême jeunesse de la population : l'âge moyen de la population est de 22,7 ans et la moitié de la population à moins de 18 ans (âge médian). Au niveau national, les résultats du RGPHAE révèlent que près d'un Sénégalais sur deux âgé d'au moins dix ans (46 %) sait lire et écrire dans une langue quelconque (53,8 % chez les hommes contre 37,7 % chez les femmes). Le taux d'alphabétisation est plus élevé en milieu urbain où on enregistre 57,9 % contre 33,8 % en milieu rural. Selon la région de résidence, c'est Ziguinchor (72 %) et Dakar (69 %) qui affichent les taux les plus élevés. La population du Sénégal est essentiellement musulmane (96,1 %). On y trouve aussi des chrétiens (3,8 %) ; les animistes et autres religions constituent les 0,1 % restant.

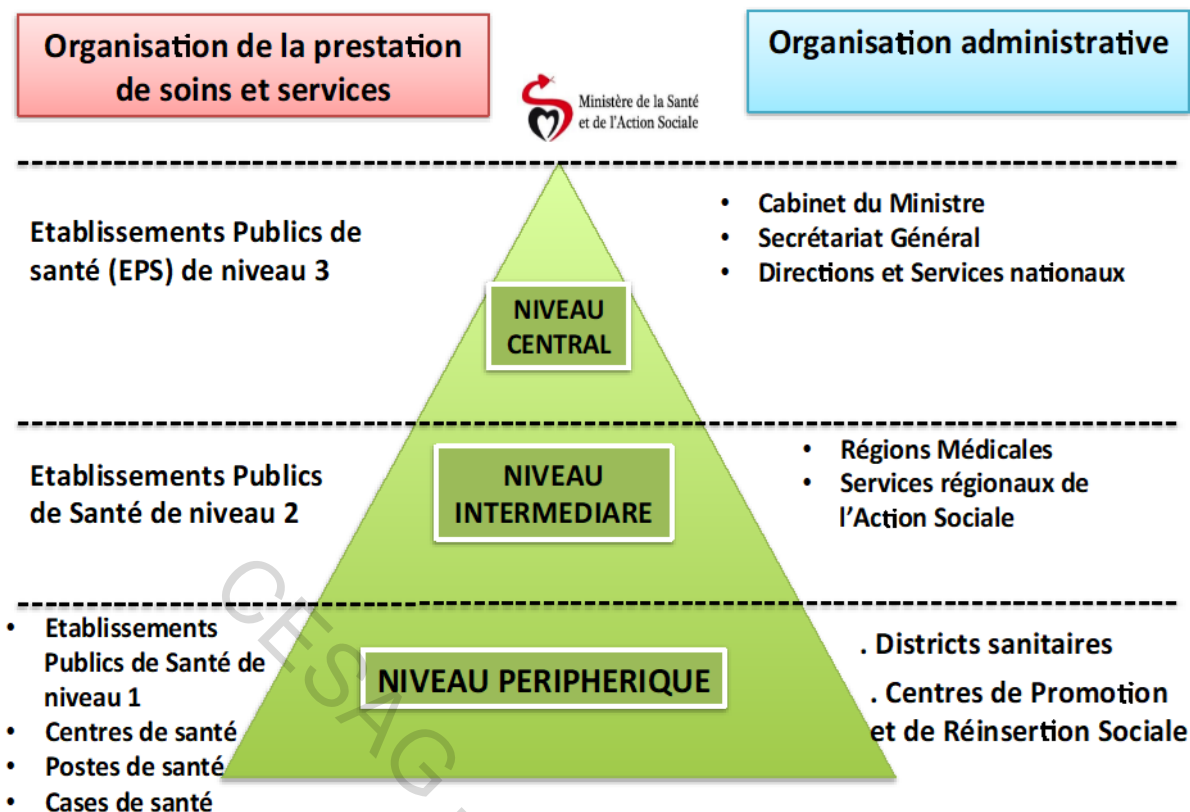
➤ **Politique en matière de santé, situation sanitaire et système de santé**

La politique dans le secteur de la santé demeure dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Elle est portée actuellement par le deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-II, 2009-2018) avec notamment pour objectif la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et un plus grand accès aux services sociaux de base pour les plus démunis. La part du budget de l'État allouée au secteur de la santé a été en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du ministère de la Santé qui est passé de 36 milliards de Francs CFA en 1998, à 110,5 milliards en 2012. Le projet de budget 2016 du ministère de la Santé et de l'Action Sociale est arrêté à la somme de 150 milliards FCFA contre 134,5 milliards FCFA en 2015, soit une augmentation de 15 milliards FCFA en valeur absolue et 11.54 % en valeur relative. En 2016, le Sénégal compte un total de 3 084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé y compris les centres médicaux de garnison (CMG), 1 250 postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et 1 506 cases de santé. Cependant, en termes de

couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ces deux dernières décennies ont été marquées par une amélioration de la situation sanitaire comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs suivis par les programmes de santé. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile bien qu'encore élevés, ont connu une baisse significative. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121 ‰ en 2005, 72 ‰ en 2010-2011 et 65 ‰ en 2012-2013 et celui de la mortalité infantile est passée de 61 ‰ en 2005, à 47 ‰ en 2010-2011 et à 43 ‰ en 2012-2013 et à 36 ‰ en 2016. Enfin, Le PNDS accorde une place importante à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux MST/Sida et au contrôle des maladies endémiques, notamment le paludisme. Cette dernière endémie qui est une des premières causes de morbidité, est en train de perdre du terrain, résultat à mettre notamment à l'actif du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Le niveau de prévalence du VIH relativement faible au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (0,7 % en 2010-2011) reste stable.

En 2012-2013, plus de neuf mères sur dix (95 %) ont consulté du personnel médical formé pendant la grossesse. Pour les naissances ayant eu lieu au cours des 5 dernières années, en 2012-2013, 51 % des mères ont bénéficié, pendant l'accouchement, de l'assistance de personnel médical formé. La couverture vaccinale chez les enfants de moins de cinq ans a enregistré une amélioration (70 % en 2012-2013). **Le rapport de mortalité maternelle s'établit à 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010-2011 et de 315 pour 100000 naissances en 2016(EDS 2016).**

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux.



Graphique 1 : Pyramide sanitaire du Sénégal

✚ Présentation de la région

La région de Dakar est située dans la presqu'île du Cap Vert et s'étend sur une superficie de 550 km², soit 0,28 % du territoire national. Elle est comprise entre les 17° 10 et 17° 32 de longitude Ouest et les 14° 53 et 14° 35 de latitude Nord. C'est une région qui est limitée à l'Est par celle de Thiès et par l'Océan Atlantique dans ses parties Nord, Ouest et Sud. La région de Dakar est organisée administrativement en : Quatre départements : Dakar, Pikine, Guédiawaye et Rufisque ; Dix arrondissements : quatre (04) dans le département de Dakar (Almadies, Dakar Plateau, Grand Dakar, Parcelles Assainies), un (01) dans celui de Guédiawaye et qui porte le même nom que le département, trois (03) dans celui de Pikine (Dagoudane, Niayes, Thiaroye) et deux (02) dans celui de Rufisque (Rufisque, Sangalkam) ;

Quarante-trois (43) communes d'arrondissements : dix-neuf (19) dans le département de Dakar, cinq (05) dans celui de Guédiawaye, seize (16) dans celui de Pikine et trois (03) dans celui de Rufisque ; Trois (03) communautés rurales situées toutes dans le département de Rufisque : Bambilor, Tivaouane peulh-Niagha et Yène ; Quatre (04) villes : Dakar, Pikine, Guédiawaye et

Rufisque ; Sept (07) communes : Bargny, Diamniadio, Sangalkam, Sendou, jaxaay-parcelles assainies-Niakoulrab et Sébikhotane.

La population de Dakar recensée en 2013 est de 3 137 196 habitants, soit près du quart de la population du Sénégal (23,2%) qui se chiffre à 13 508 715 habitants. Cette population est légèrement dominée par les hommes qui représentent 50,3%, soit 1 579 020 individus.

Dakar est la région la mieux dotée en infrastructures sanitaires. Elle est subdivisée en 10 districts dont 4 dans le département de Dakar, 1 dans celui de Guédiawaye, 3 dans celui de Pikine et 2 dans celui de Rufisque.

Le département de Pikine

Le département de Pikine est composé de 3 arrondissements qui sont : les Niayes, Pikine Dagoudane et Thiaroye. La répartition de la population à travers ces 3 arrondissements montre que celui des Niayes est plus peuplé avec près de moitié de la population départementale (42,63%), soit 499 118 habitants, il est suivi de celui de Thiaroye qui abrite 342 999 individus, soit 29,3% et celui de Dagoudane, le moins peuplé avec seulement 328 673 habitants, soit 28,07% de la population de Pikine.

Parmi les 16 communes d'arrondissement que compte le département de Pikine, la plus peuplée est celle de Keur Massar qui abrite 201 653 individus, soit 17,22% de la population départementale. La commune de Yeumbeul Nord vient tout juste après avec une population de 168 379 habitants, soit 14,38%. Les communes d'arrondissements où il y a moins de population sont celles de Thiaroye Gare et Guinaw Rail Nord qui abritent respectivement 24 834 et 30 058 habitants.

Concernant la répartition par sexe, le département de Pikine, à l'instar de la région, a une population à majorité masculine. Les femmes, au nombre de 578 964, représentent que 49,4% de la population départementale.

1.1.2. Analyse de l'environnement interne

1.1.2.1. Présentation du centre hospitalier national de Pikine :

- **Historique**

Le Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) est le fruit de la coopération entre le Royaume d'Espagne et la République du Sénégal. Les travaux ont été entamés en 2001 et la réception de l'infrastructure a eu lieu en 2003. Le coût global de la construction de l'hôpital est estimé à **sept milliards cent quatre-vingt-neuf millions trois cent mille francs (7 189 300 000) F CFA**. Le démarrage officiel des activités remonte au 02 mai 2006, par les services des consultations externes et d'aide aux diagnostics (radiologie et laboratoire). Ensuite, en août 2006, les services d'hospitalisation de Médecine interne et de Pédiatrie ont suivi.

Après son inauguration officielle par son excellence, le Président de la République Monsieur Abdoulaye WADE, le 26 décembre 2006, les services : de Maternité, des Urgences, du Bloc opératoire, de la Chirurgie et de la Réanimation ont démarré leurs activités.

L'hôpital de Pikine a été érigé en Établissement Public de Santé Hospitalier (E.P.S.H.) de niveau III par décret n° 2007-317 du 1^{er} mars 2007. Les membres du Conseil d'Administration (CA) ont été nommés par décret n° 2008-410 du 22 Avril 2008 et installés le 23 octobre 2008.

- **Situation Géographique**

Le Centre Hospitalier National de Pikine (C.H.N.P) est construit dans l'enceinte de l'ex Camp Militaire de Thiaroye. Il se situe dans la commune de Guinaw-Rail Nord, à 15 km de la ville de Dakar et à quelques encablures de l'autoroute à péage.

Seul hôpital général de niveau III de la banlieue dakaroise, il est limité :

- A l'Est par la commune de Diamaguène Sicap Mbao ;
- A l'Ouest par la commune de Guinaw Rail Sud ;
- Au Nord par la commune de Thiaroye Gare ;
- Et au Sud par la commune de Thiaroye sur Mer.

- **Cadre Architectural :**

La superficie du CHN de Pikine est de 4,5 hectares, dont plus de la moitié constituée de surface bâtie. L'hôpital comprend cinq (05) bâtiments et des annexes :

- Le bâtiment I comprend le bloc administratif et les consultations externes ;
- Le bâtiment II comprend la pharmacie centrale, la physiothérapie, les services d'aide aux diagnostics (laboratoire, imagerie médicale), les urgences, la morgue et le laboratoire d'anatomo-pathologie ;
- Le bâtiment III comprend les services d'hospitalisation de pédiatrie, de gynécologie obstétrique, de chirurgie (chirurgie générale, ophtalmologie, ORL), de médecine interne;
- Le bâtiment IV comprend le bloc technique (salle d'accouchement, bloc opératoire, soins intensifs) et les salles de gardes ;
- Le bâtiment V comprend le service technique de maintenance, les magasins, la buanderie, la cuisine et le réfectoire ;
- Les annexes comprennent :
 - le bloc de l'ancienne salle de formation ;
 - l'unité d'incinération ;
 - le nouvel amphithéâtre de formation ;
 - les logements de fonction ;
 - les stations d'épuration;
 - l'espace de loisirs aménagé par les membres de la mission médicale chinoise.
- Le CHN de Pikine dispose de surfaces non encore aménagées.

- **Missions**

- Assurer une offre de soins conforme au Plan National de Développement Sanitaire et Social 2009-2018 et à la demande des populations ;
- Promouvoir le rendement et l'efficacité des prestations offertes aux usagers.

- **Objectifs**

- Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, infanto juvénile, les affections aiguës et les maladies non transmissibles ;
- Faciliter l'accessibilité des prestations aux utilisateurs ;
- Garantir la disponibilité des moyens de diagnostic, de traitement et de surveillance ;
- Mettre en place une politique de qualité des prestations ;
- Promouvoir les activités de prévention médicale à l'interne ;
- Promouvoir la réactivité de la structure face à des situations de catastrophes ;
- Développer et mettre en œuvre un programme continu de recherche et de formation ;
- Pérenniser la disponibilité des documents.

- **Les organes de décisions et consultatifs**

- **Le conseil d'administration**

Suivant les dispositions du décret n° 98-702 du 26 août 1998 complétant la loi n° 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, la composition du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) s'établit comme suit :

- Un Président ;
- Un Vice-président ;
- Deux Personnalités qualifiées ;
- Un Représentant du Maire de la ville de Pikine ;
- Un Représentant du personnel ;
- Deux Représentants des usagers ;
- Un Représentant des Organismes de Prévoyance Sociale ;
- Un Représentant du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) ;
- Un Représentant du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) ;

- Le Doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Toutefois, le Directeur et l'Agent Comptable Particulier (ACP) peuvent participer aux travaux du Conseil d'Administration avec voix consultative. Les délibérations du Conseil d'Administration portent sur toutes les questions afférentes à la bonne marche de la structure notamment :

- Arrêter et adopter le budget de fonctionnement et d'investissement ;
- Délibérer sur le budget, les comptes prévisionnels, les comptes de fin d'exercices ;
- Adopter le projet d'établissement ;
- examiner les procès-verbaux.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- La commission médicale d'établissement (CME) :

Elle est créée dans chaque établissement public hospitalier. A cet égard, le décret n° 98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des établissements publics de santé en définit la composition et les attributions.

Au CHN de Pikine, cette commission mise en place le 23 octobre 2008, dispose d'un président choisi parmi les chefs de services. Elle est composée:

- de l'ensemble des chefs de services médicaux, pharmaceutiques et odontologistes ;
- de trois représentants du corps des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes élus par leur paire.

Elle est consultée sur toutes les questions relatives aux soins et assure la promotion de l'évaluation de la qualité des soins. Elle est également chargée de préparer avec le Directeur le projet médical de l'établissement. Elle émet un avis sur :

- le projet d'établissement ;
- le projet de budget ;
- les tarifs des prestations offertes ;
- le règlement intérieur ;
- le tableau d'emploi du personnel médical ;
- la nomination des chefs de services.

Elle établit un rapport annuel relatif à l'évaluation technique et économique des prestations de soins.

- **Le comité technique d'établissement (CTE)**

Il est mis en place au CHN de Pikine un Comité Technique d'Etablissement (CTE). Ce comité présidé par le Directeur de l'hôpital comprend : le représentant des médecins, ainsi que celui de chaque catégorie du personnel, élu par ses pairs.

Le Comité Technique d'Etablissement se réunit deux (02) fois par an et a pour rôle de faire participer le personnel technique de l'hôpital à la résolution des problèmes touchant :

- à l'hygiène et à la sécurité ;
- au projet d'établissement ;
- aux programmes relatifs aux travaux et aux équipements ;
- aux conditions d'organisation du travail ;
- à la politique générale de formation du personnel ;
- aux modalités d'une politique d'intéressement.

- La direction de l'hôpital

Le Directeur applique la politique managériale de l'établissement. Il convoque régulièrement des réunions d'information ou de coordination. Prend des initiatives et des décisions nécessaires à la bonne marche de la structure, coordonne les activités de tous les services qui lui sont rattachés. En outre, il a pour rôle :

- d'exécuter les délibérations du CA ;
- de recueillir les avis et recommandations des organes consultatifs et du service contrôle de gestion ;
- de faire exécuter ses directives par l'ensemble des services de l'établissement.

- Le Service Administratif et Financier (SAF)

Sous l'autorité du Directeur de l'Etablissement, ce service est dirigé par un Cadre de gestion qui assure la gestion des Ressources Financières, Matérielles et Techniques de l'établissement. Il est chargé de la gestion administrative du budget en collaboration avec le Contrôleur de Gestion. Il s'occupe des engagements, des réceptions, des ordonnancements et du suivi des recettes de l'hôpital. Il s'occupe de l'accueil des malades depuis leur facturation jusqu'à leur hospitalisation.

- L'Agence Comptable Particulière (ACP)

Suivant les dispositions de la loi n° 98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, ce service a pour mission :

- le règlement des dépenses ;
- le recouvrement des recettes ;
- la confection des états financiers.

Au Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP), ce service est dirigé par un agent affecté par le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF). Il a pour rôle de veiller sur la régularité des dépenses de l'établissement. A cet effet, il procède au contrôle de conformité, de régularité des dépenses et s'assure de la disponibilité de la trésorerie.

- **Le service Contrôle de Gestion (CG)**

Dirigé par un cadre de gestion, qui joue le rôle d'assistant et de conseiller au Directeur de l'établissement. Il est chargé :

- d'élaborer le budget, de suivre son exécution ;
- de faire le point sur la situation de la trésorerie ;
- de veiller sur l'évolution des effectifs et de la masse salariale ;
- de surveiller l'activité des services ;
- de présenter trimestriellement un rapport sur la gestion de l'établissement, puis de faire une synthèse annuelle.

- **Le service des ressources humaines (SRH)**

Le service des ressources humaines est un service tampon qui sert d'interface entre la Direction et les autres services de l'hôpital. L'objectif principal de ce service est de moderniser les ressources humaines de la structure. Au Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP), ce service est dirigé par un Cadre de Gestion, qui s'occupe des questions relatives à l'administration et à la gestion du personnel de la structure, depuis son recrutement jusqu'à la retraite. Ce service a pour mission :

- d'établir les contrats de travail des agents recrutés par la structure ;
- de gérer les congés (administratifs, maternités) des agents ;
- de gérer les absences et les heures effectuées ;
- de mettre à jour les dossiers individuels des agents ;
- d'étudier les dossiers de stage ;
- de confectionner les états de paiement :
 - des salaires des agents contractuels ;
 - des primes d'intéressement (motivation interne) ;
 - des primes de rendement ;

- des primes de responsabilité ;
 - des heures supplémentaires ;
 - des indemnités d’astreintes ;
 - des indemnités de garde et de permanence du personnel vacataire ;
 - des indemnités de stage ;
- de veiller sur le respect des heures de travail ;
 - de veiller à l’application des procédures administratives etc.... ;
 - de contribuer à la politique de formation du personnel ;
 - de mettre en place une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

Tableau I : Situation du personnel selon le statut pour les années (2014, 2015 et 2016)

STATUT	Effectif 2014	Effectif 2015	Effectif 2016
Personnel étatique	90	93	91
Personnel contractuel (CDI CDD)	128	145	145
Membre de la mission médicale chinoise	13	13	13
Vacataires	28	57	71
Personnel universitaire	03	04	7
Personnel municipal	07	07	7
Personnel contractuel du Ministère de la santé	03	06	11
Prestataire	12	22	20
EFFECTIF TOTAL	284	347	365

Source : Service des Ressources Humaines du CHN de Pikine

- Le service contrôle interne (ci)

Le service contrôle interne est dirigé par un cadre de gestion. Il a pour mission principale de veiller à l’application et à la mise à jour des procédures administratives, financières et comptables de la structure. Il joue le rôle d’assistant, de conseiller du Directeur, ainsi qu’aux autres responsables de services de la direction, dans l’accomplissement de leurs missions quotidiennes, en leur fournissant des conseils et recommandations.

Il s'intéresse aussi à toutes les phases de l'activité de la structure. De même, il participe activement, aux travaux d'inventaires etc. Il est le répondant du commissaire aux comptes et des auditeurs externes.

- **Le service des soins infirmiers (SSI)**

La loi n° 98-08 portant réforme hospitalière a institué en son article 32, la création d'un service de soins infirmiers au niveau de chaque établissement public de santé. Au Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP), ce service est dirigé par un technicien supérieur de santé nommé par le Directeur de l'hôpital. Il est membre de l'équipe de Direction. Il a pour rôle :

- d'organiser et d'évaluer les soins infirmiers en général ;
- de participer à la recherche, à l'évaluation, à la mise en place d'une politique de formation du personnel de soins.

Il est le collaborateur des chefs de services techniques et des majors.

- **Le service charge du partenariat public et privé (PPP)**

Ce service est dirigé par un cadre de gestion qui a pour mission :

- d'identifier et de recenser des partenaires pour le CHN de Pikine ;
- de promouvoir des activités de partenariat ;
- d'élaborer des conventions de partenariat ;
- de rechercher des financements pour certaines activités préalablement prises en charge par la structure.

- **Le service technique de maintenance (STM)**

Ce service est dirigé par un technicien supérieur en maintenance hospitalière, assisté par une équipe composée de :

- deux (02) techniciens en maintenance hospitalière ;
- de deux (02) électriciens ;
- de deux (02) menuisiers;
- de deux (02) plombiers.

Le service dépend directement de la Direction de l'établissement et intervient au niveau de tous les autres services. Les interventions du service technique de maintenance sont de deux types : La maintenance préventive et la maintenance curative.

- **Le service social (SS)**

Au Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP), le service social est dirigé par un assistant social, ayant pour collaborateurs deux assistants sociaux.

Le service a pour missions :

- de contribuer à l'amélioration des conditions de séjour des malades ;
- d'assurer une meilleure prise en charge des cas sociaux ;
- de contribuer à la motivation et à la promotion du personnel du CHN de Pikine.

- **Les services médicaux et pharmaceutiques**

Le Centre Hospitalier National de Pikine (C.H.N.P) dispose des services cliniques, para-cliniques, et d'appui aux traitements répartis comme suit :

• **Service cliniques**

- Médecine interne ;
- Pédiatrie ;
- Chirurgie Générale ;
- Gynécologie Obstétrique ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie et laboratoire de Prothèse dentaire ;
- ORL ;
- Accueil / Urgences ;
- Bloc opératoire et Réanimation.

• **Services paracliniques**

- Laboratoire ;
- Imagerie Médicale.

• **Services d'appui aux traitements**

- Pharmacie (Centrale et IB) ;
- Physiothérapie ;

- Banque de sang (dépôt).

- **Les prestations offertes**

Le Centre Hospitalier National de Pikine offre les prestations suivantes :

- Réanimation polyvalente (chirurgicale et médicale) ;
- Médecine interne et générale ;
- Cardiologie ;
- Dermatologie ;
- Pédiatrie ;
- Chirurgie générale et orthopédique ;
- Gynécologie obstétrique ;
- Ophtalmologie ;
- Neurologie ;
- Urologie ;
- Odontostomatologie et laboratoire de Prothèse dentaire ;
- ORL ;
- Médecine du travail ;
- Physiothérapie ;
- Médecine traditionnelle chinoise (acupuncture) ;
- Soins paramédicaux ;
- Analyses de laboratoire : Biochimie, Bactériologie, Parasitologie, Sérologie, Hématologie;
- Imagerie médicale (Radiologie standard, endoscopie, échographie cardiaque, mammographie, scanner) etc.

- **La capacité d'accueil**

Le CHN de Pikine dispose d'une Capacité de cent vingt-deux (122) lits répartis selon les services de la façon suivante :

Tableau II : Capacité d'accueil du CHNP

Services	Lits théoriques	Lits installés
Médecine interne	27	27
Maternité Gynécologie	32	32
Pédiatrie	26	24
Chirurgie Générale & spécialités chirurgicales	21	21
Soins intensifs	8	8
Urgences	10	10
TOTAL	124	122

- Organigramme du CHNP (voir annexe)

1.1.2.2. Présentation du service de la gynécologie obstétrique

❖ La position du service

Le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine est réparti en deux secteurs situés dans les bâtiments III et IV :

- Le Bâtiment III abrite les hospitalisations à proximité du service de Pédiatrie ;
- Le Bâtiment IV renferme la salle d'accouchement contiguë au bloc opératoire et à la réanimation.

❖ Les missions du service

La gynécologie est une spécialité particulièrement complexe et fournie. Elle s'intéresse aux maladies portant sur l'appareil génital féminin. Ces maladies peuvent être médicales ou chirurgicales.

L'obstétrique s'intéresse à la femme enceinte et à son (futur) enfant. L'obstétricien a donc la charge de deux « patients », et doit maîtriser un certain nombre de techniques complexes à savoir la médecine et la chirurgie de la femme mais aussi souvent, l'échographie pour le diagnostic prénatal de certaines affections du fœtus. Il est secondé par la sage-femme, qu'on peut considérer comme spécialiste de la grossesse normale.

Le service de gynécologie et d'obstétrique a trois vocations : les soins, la formation et la recherche

❖ **Les vocations du service**

Le service de gynécologie et d'obstétrique a trois vocations : les soins, la formation et la recherche.

▪ **Les soins**

Ils constituent une activité importante et sont essentiellement de cinq (05) types :

- Les soins obstétricaux et gynécologiques d'urgence assurés 24 heures sur 24 par des équipes pluridisciplinaires constituées de médecins en cours de spécialisation et/ou d'internes des hôpitaux et de sages-femmes, effectuant des gardes avec des rotations de 8 h à 24 heures ;
- Les soins généraux sont dispensés dans le secteur des hospitalisations. Ils permettent le suivi et la prise en charge des grossesses pathologiques, des accouchées, des patientes opérées et des pathologies gynécologiques ;
- Les activités d'échographies gynécologiques et obstétricales sont assurées ;
- Les consultations externes comportent des consultations pré et post-natales et des consultations gynécologiques, notamment de planification familiale, d'IVA/IVL et de sénologie ;
- Les chirurgies programmées sont effectuées sur le recrutement fait aux consultations externes, à raison de deux (02) journées opératoires hebdomadaires. Les opérations sont variées et incluent la chirurgie vaginale, la chirurgie endoscopique, la carcinologie gynécologique et mammaire.

▪ **La formation**

La formation dispensée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHN de Pikine est à la fois théorique et pratique.

- **La formation théorique** : elle est orientée vers la promotion de la santé maternelle et infantile, et comporte des exposés illustrés, des présentations de malades, des critiques de dossiers, ainsi que l'étude de cas cliniques. Elle cible les médecins DES, les internes

des hôpitaux, les sages-femmes, les médecins compétents en Soins Obstétricaux et Néonatales d'Urgence, les étudiants en Médecine de 5^{ème} et 7^{ème} année, et les élèves sages-femmes ;

- **La formation pratique** : elle est guidée par les objectifs de stages de chaque catégorie d'apprenants et s'appuie sur l'enseignement théorique et les différentes activités de soins.

- **La recherche**

Les activités de recherche de Santé de la Reproduction, essentiellement cliniques mais aussi opérationnelles et fondamentales sont orientées vers la maternité à moindre risque, la planification familiale, la santé périnatale, les cancers gynécologiques et mammaires, etc.

- ❖ **Effectif et capacité d'accueil**

Le service dispose d'un effectif de quarante-deux agents (42) agents répartis selon les catégories socioprofessionnelles, dans le tableau ci-dessous :

Tableau III : Personnel du service

Numéro	CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	EFFECTIF
1	Professeur Titulaire, Gynécologue-Obstétricien	1
2	Assistants Hospitalo-universitaires	1
3	Gynécologues hospitaliers étatiques	2
4	Sages-femmes d'État (SFE)	20
5	Infirmières d'État (IDE)	5
6	Infirmières brevetées	6
7	Filles de salle	6
8	Secrétaire	1
EFFECTIF TOTAL		42

Source : Service des Ressources Humaines du CHN de Pikine.

Le service dispose d'une capacité d'accueil de trente-huit (38) lits, repartis suivants deux (02) secteurs.

- **Hospitalisation** : 5 salles de 4 lits, 5 salles de 2 lits, 2 cabines individuelles ;
- **Salle d'accouchement** : 6 lits.

1.1.2.3. Synthèse de l'environnement

Pour faire la synthèse de l'environnement nous allons utiliser l'outil SWOT (Strengths force Weaknesses faiblesse Opportunities opportunité Threats menaces)

Tableau IV : SWOT

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Personnel compétent et engagé ; - Diversité des possibilités de prise en charge - Existence d'un générateur pour l'hystérocopie opératoire ; - Existence d'un scanner facilitant l'exploration par imagerie des bassins rétrécis et de la pathologie tumorale; - Collaboration interdisciplinaire intense et permanente avec les services de réanimation et de néonatalogie pour la prise en charge des grossesses et des accouchements pathologiques, mais aussi pour l'accueil des prématurés et nouveau-nés malades ; - Existence d'un comité d'audit des décès ; - Qualité de la prise en charge (courte DMS). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pays aux ressources limitées - Croissance de la population rapide - Capacité d'accueil limitée ; - Dépistage du cancer du col : absence de vidéo colposcope et de laboratoire d'anatomie pathologie ; - Absence de générateur pour l'hystérocopie opératoire - Exploration par imagerie des bassins rétrécis et de la pathologie tumorale: absence de scanner - Possibilités de monitoring en suite de couche pathologique limitées. - Longues files d'attente - Insécurité dans le site - Accès difficile en période hivernal - Risques de nuisances sonores (Projet de construction de cantines aux environs immédiats de la structure) ; - Absence d'éclairage de la route principale ; - Défectuosité de la route menant à l'hôpital ; - Affleurement de la nappe ; - Survenance d'inondations-

	- Pauvreté des populations de la zone d'implantation
OPPORTUNITES	MENACE
<ul style="list-style-type: none"> - Seul EPS 3 à caractère général de la banlieue dakaroise ; - Zone à forte densité de population ; - Présence des partenaires potentiels (banques, fournisseurs, industries, tiers payants...) ; - Proximité de la route nationale n°1 et de l'autoroute à péage ; - Existence du bataillon des parachutistes qui assure une sécurité dissuasive 	Risques de catastrophe du fait de la proximité avec les zones industrielles ;

Source : Projet d'Etablissement CHN de Pikine 2015-2019

1.2. Identification des problèmes et leur priorisation

La résolution de problème dans une structure hospitalière requiert en priorité que l'on utilise la méthode de résolution de problème qui nécessite l'avis et l'adhésion des responsables du service

1.2.1. Identification

Après quelques jours d'observation et d'entretien avec le personnel du service de gynéco obstétrique du CHN de Pikine, les problèmes identifiés sont :

- Prévalence élevée de la pré éclampsie
- Prévalence élevée des hémorragies du post partum
- Nombre élevé des césariennes
- Longues files d'attente pour la consultation
- Nombre élevée des cas d'hématomes retro placentaires
- Surcharge de travail en salle d'accouchement
- Nombre de décès maternel élevé

- Mélange de l'ordre d'arrive des patientes au niveau de l'accueil

1.2.2. Priorisation

Après identification des problèmes ci-dessus le groupe composé du médecin encadreur et de ses collaborateurs a procédé à leur hiérarchisation à l'aide de critères bien déterminés

Les critères retenus pour la sélection du problème prioritaire sont les suivantes :

- **La perception** : c'est la manière dont les acteurs perçoivent l'évidence du problème,
- **La gravité** : il s'agit de voir si le problème entrave la réalisation des objectifs de la structure, de voir les conséquences de la non résolution du problème
- **La solvabilité** : C'est la possibilité d'apporter une solution au problème à partir des moyens dont nous disposons.
- **L'ampleur** : c'est la fréquence, l'incidence, la prévalence du problème elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact sur le développement.

L'échelle retenue est :

1. Peu important
2. Important
3. Très important

Tableau V : Priorisation

Critères	Perception	Ampleur	Gravite	Solvabilité	Score
Problèmes					
Prévalence élevée des cas de pré éclampsie	3+3+2+2=10	2+2+1+3=8	3+3+3+2=11	1+2+3+1=7	36
Prévalence élevée des hémorragies du post partum	2+3+1+2=8	2+2+1+1=6	3+3+2+3=11	1+2+1+2=6	31
Nombre élevé de césariennes	2+2+1+1=6	1+2+2+1=6	1+1+1+1=4	1+2+2+1=6	22
Longue durée d'attente	3+2+3+3=11	3+3+2+3=11	2+3+1+3=9	1+2+1+3=7	38
Nombre élevée des cas d'hématome retro placentaire	3+3+1+2=9	2+3+2+2=9	3+3+3+2=11	1+2+1+2=6	35
Surcharge de travail en salle d'accouchement	3+3+3+1=10	3+3+2+1=9	3+2+2+1=8	1+2+2+1=6	33
Nombre de décès maternels élevé	3+3+3+3=12	3+2+3+3=11	3+3+2+3=11	2+2+3+3=10	44
Mélange de l'ordre d'arrive des patiente au niveau de l'accueil	1+1+1+1=4	1+2+1+1=5	1+1+1+1=4	1+2+1+2=6	19

Source : nous même

Cette hiérarchisation a permis de mettre en exergue le nombre élevé des décès maternels comme problème prioritaire ayant enregistré un total de 44 points

Le problème prioritaire ainsi retenu nous avons formulé notre thème comme suit :

« *Contribution à la réduction de la mortalité maternelle au CHN de Pikine* »

Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE

2.1. Problématique

2.1.1. Contexte

Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités(OMS).

En 2013, dans le monde, 289 000 femmes sont mortes à la suite de complications pendant leur grossesse, lors de l'accouchement ou dans les jours qui ont suivi. Depuis 1990, le nombre de décès maternels a baissé de 45%. Aujourd'hui, presque tous les décès maternels (99 %) surviennent dans les pays en développement, dont 62 % en Afrique subsaharienne (179 000). Le taux de mortalité maternelle, c'est-à-dire le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, atteint en moyenne 16 pour 100 000 naissances vivantes, dans les pays développés, contre 230 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays en développement. Etant donné que dans les pays en développement les femmes ont plus d'enfants, le risque qu'elles meurent un jour en couches ou pendant leur grossesse est 23 fois plus important que dans les pays développés.

Malgré l'adoption par l'État de plusieurs politiques sanitaires depuis l'accession à la souveraineté nationale, la situation sanitaire est préoccupante comme l'attestent les différents indicateurs de santé. Selon l'OMS, Chaque année, on enregistre plus de 200 millions de grossesses et, dans presque 15 % des cas, la femme risque de souffrir de complications qui, faute de soins obstétricaux qualifiés, peut d'entraîner un décès ou une pathologie grave (OMS, 1998). Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse et pourraient être évitées ou traitées. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là surtout si elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins. Les principales complications, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les hémorragies sévères, les infections, la pré éclampsie et l'éclampsie.

L'Afrique subsaharienne est la région du monde où la mortalité maternelle est la plus forte : 510 décès pour 100 000 naissances (INED2014).

En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990. Dans d'autres régions, dont l'Asie et l'Afrique du Nord, des progrès encore plus considérables ont été réalisés. La mortalité maternelle touche durement le monde et particulièrement l'Afrique où les conditions socio-économiques, environnementales et sanitaires très précaires exposent la femme aux complications difficiles de la grossesse et de l'accouchement. Malgré tout, la situation dans cette région s'est quand même améliorée, le ratio de mortalité maternelle ayant reculé ces 25 dernières années de 987 décès de femmes pour 100.000 naissances à 546 décès pour 100.000 naissances, soit une baisse de 45%.

Mais il reste encore beaucoup à faire pour atteindre le nouvel objectif fixé par l'ONU pour 2030: atteindre un ratio de moins de 70 décès de femmes pour 100.000 naissances.

Au Sénégal, l'offre de soins reste insuffisante aussi bien en qualité qu'en quantité. Le taux de mortalité maternelle est de 315 décès pour 100 000 naissances vivantes(EDS2016). Tous les jours, 4 à 5 femmes meurent de complications liées à la grossesse et à l'accouchement malgré les efforts déployés.

Au Sénégal, 5 femmes continuent de perdre la vie toutes les 24 heures pour des raisons relatives à l'accouchement. Les décès maternels sont de 315 pour 100.000 naissances vivantes, selon la dernière enquête démographique et de santé de 2016. Ces décès pourraient être réduits si les femmes avaient accès à des services de santé adéquats. Le Sénégal est classé parmi les pays les plus pauvres au monde selon l'indice de développement humain établi par le PNUD. Le Sénégal a rejoint depuis l'année 2005 le groupe des Pays les Moins Avancés (PMA). La tendance à la progression de la pauvreté a été remarquée dans les années 90. Toutefois, l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) réalisée en 2005 révèle que 50,8 % des Sénégalais vivent encore au-dessous du seuil de pauvreté avec des disparités géographiques et spatiales importantes.

Le profil du Sénégal est encore celui d'un pays où beaucoup reste à faire pour une prise en charge correcte de la santé des populations. Selon l'OMS, le pays est classé 151 mondial sur 191 pour ce qui concerne la santé de sa population.

L'offre de soins est caractérisée par une insuffisance à la fois quantitative et qualitative. Le coût des prestations de soins et des médicaments, même génériques, est élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population, surtout dans un contexte marqué par une

aggravation de la paupérisation particulièrement en milieu rural. Le taux d'utilisation des services sanitaires, qui se mesure par le nombre de contacts par personne aux structures sanitaires, est également faible. Selon EDS le taux d'accouchement assisté est passé de 65% en 2012-2011 à 51% en 2012—2013 et le taux de fréquentation des structures de santé de 73% en 2010-2011 à 71% en 2012-2013.

Au Sénégal même si l'initiative de Bamako a permis d'élargir la couverture sanitaire nationale, de nombreux obstacles contraignent encore l'accès des populations aux soins, notamment les plus vulnérables. Si l'autorisation de la médecine privée a contribué à l'accroissement de l'offre de soins au Sénégal, l'utilisation des services de santé, notamment des structures de santé de premier niveau reste faible. Cette sous-utilisation a contribué à maintenir un état de santé déficient.

2.1.2. Justification et intérêt de l'étude

2.1.2.1. Justification

Le choix porté sur ce sujet n'est pas fortuit, il relève d'un processus d'identification d'un problème prioritaire au CHN de Pikine. L'application de la méthode de résolution des problèmes (MRP) a permis, suivant les critères de gravité, de perception de l'ampleur et de la solvabilité d'identifier le nombre élevé des décès maternels comme le problème ayant le score le plus élevé donc, comme étant le plus important au niveau du service. Ce thème œuvre dans la même vision que les objectifs de l'hôpital mais aussi des préoccupations du gouvernement et des partenaires au développement.

L'un des objectifs du PNDS 2009/2018 est de Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles. L'état de santé maternelle en Afrique est déplorable ; elle représente environ la moitié de la totalité des décès maternels enregistrés dans le monde. La mortalité maternelle frappe durement nos pays en développement, particulièrement l'Afrique où les conditions socio-économiques, environnementales et sanitaires très précaires exposent la femme aux complications redoutables de la grossesse et de l'accouchement. Plus de la moitié des décès maternels surviennent dans les délais de 24 à 48h après accouchement. La santé de la reproduction maternelle est au cœur du système de santé au Sénégal. Elle constitue même la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer. En 1992, le taux de mortalité maternelle était de 510 décès pour cent mille naissances vivantes. Il est passé à 401 durant la période 1992-2005, à 392 durant la période 2005-2011 et elle est de 315 décès pour 100000

naissances vivantes aujourd'hui. Malgré d'importants progrès réalisés au cours des dernières décennies, la santé maternelle est encore précaire.

La mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement constitue l'un des principaux défis de santé au Sénégal.

2.1.2.2. Intérêts de l'étude

❖ Pour l'hôpital

Cette étude permettra à l'hôpital de mieux comprendre la cause des décès maternels et de voir les solutions possibles. Ce travail est un document stratégique que l'hôpital pourra utiliser pour résoudre ce problème.

❖ Pour le CESAG

Ce travail servira le CESAG comme outil pédagogique et lui permettra d'accroître la disponibilité des documents sur le thème. Elle contribuera à l'approfondissement des recherches sur la mortalité maternelle.

❖ Pour le stagiaire

Ce travail permet de mettre en pratique la formation reçue et surtout de tester nos compétences en résolution de problèmes en santé. Mais aussi de soutenir notre mémoire pour avoir le diplôme.

2.1.3. Revue de la littérature

L'OMS dans son Rapport sur « **la Santé dans le Monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, Organisation mondiale de la Santé, 2005** », estime que les femmes meurent pour un grand nombre de causes, directement ou indirectement liées à la grossesse, à l'accouchement ou lors du post-partum. Dans le monde, 80% des décès environ sont dus à des causes directes. Les quatre principales sont: les hémorragies sévères (la plupart du temps des hémorragies postpartum), les infections (septicémie surtout), les troubles hypertensifs pendant la grossesse (en général l'éclampsie) et les dystocies. Les complications à la suite d'avortements dans de mauvaises conditions représentent 13% des décès. Parmi les causes indirectes des décès maternels (20%), il faut retenir les maladies qui compliquent la grossesse ou sont aggravées

pendant cette période de la vie comme le paludisme, l'anémie, le VIH/sida, ou les affections cardiovasculaires.

M. Kanté et G. Pison¹ ont étudié l'impact de l'installation d'un hôpital moderne sur les comportements de la population dans une zone rurale et isolée du Sénégal. Il s'avère que quatre ans après son ouverture, les comportements de la population n'ont guère évolué : le recours à l'hôpital pour les visites prénatales et les accouchements demeure faible, la mortalité maternelle toujours très élevée. En Afrique, plus qu'ailleurs, l'offre de soins reste insuffisante. Les auteurs se demandent si la construction de nouvelles infrastructures sanitaires suffit-elle pour faire progresser la santé de la population ? Lorsque de nouvelles installations sanitaires sont construites sans être suivies d'une amélioration rapide des indicateurs de santé, ils se demandent qu'elle est l'impact de ces infrastructures ? Ils se posent la question à savoir comment alors expliquer la lenteur des changements ils se demandent si elle provient- de l'inadéquation entre l'offre et les besoins ou des « freins culturels » empêchant de nouveaux comportements de se diffuser ?

Cet article examine les facteurs en cause dans le cas de l'implantation d'un hôpital moderne en 2003 au cœur d'une région rurale du Sénégal, jusqu'alors mal équipée. L'observation démographique suivie de la population pendant plusieurs décennies montre que la mortalité maternelle n'a pas baissé de façon sensible juste après l'ouverture de l'hôpital. Pour mieux comprendre les raisons de cet échec, plusieurs enquêtes ont été menées sur les comportements de recours aux soins et l'utilisation que les habitants faisaient de cet équipement, notamment en cas d'accouchement. Les villageois ont, dans l'ensemble, peu recours à l'hôpital quatre ans après son ouverture. La plupart des femmes ne s'y rendent pas en visite prénatale et ne vont pas y accoucher. Les responsables de l'hôpital attribuent cet échec aux villageois, et notamment à leurs traditions. Ces enquêtes montrent que le problème vient plutôt d'une inadéquation entre l'offre de soins de l'hôpital et les besoins.

Selon Fourn L. et collaborateurs (1999) cités par Tollege, Apollinaire² en 2004, mémoire réalisé sur les facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique (cas du

¹ KANTE Malick et PISON Gille 2010 « la mortalité maternelle en milieu rurale sénégalais l'expérience de nouvel hôpital de Ninéfescha »

² APPOLINAIRE Tollege 2003-2004 « les facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique cas du Benin » DESS en démographie

Benin), l'utilisation par les femmes des soins obstétricaux pendant la grossesse et l'accouchement est influencée par deux grands groupes de facteurs: D'un côté les facteurs prédisposant et de l'autre, les facteurs facilitant.

Les facteurs prédisposant comprennent entre autres, les facteurs démographiques (l'âge, la parité atteinte, le niveau d'instruction de la femme et les caractéristiques du ménage dans lequel elle vit,) et les facteurs facilitant encore appelés les facteurs de l'offre, comprennent la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins. Dans ce même ordre d'idées Zoungrana (1993), cité par Tollegbé A. (2004), distingue deux types de facteurs qui, en fait, rejoignent un peu les deux premiers, notamment, les facteurs affectant l'offre de soins (accessibilité, coût et qualité des services) et les facteurs affectant la demande de soins qui comprennent d'une part les facteurs simples (statut socio-économique du ménage, l'éducation de la femme, l'activité de la femme, son statut migratoire, les facteurs socio-culturels, l'âge et la parité de la femme, son état matrimonial) et d'autre part, les facteurs de susceptibilité (le sexe de l'enfant, le type de naissance et l'état de santé de la femme).

Donc l'âge, la parité, le niveau d'instruction, la distance des structures et le niveau de revenu sont des facteurs qui influencent l'utilisation des soins obstétricaux pendant la grossesse et l'accouchement. Le mérite de ces idées est à saluer en ce sens qu'elles prennent en compte les facteurs qui peuvent limiter l'utilisation des services obstétricaux ce qui peut jouer sur les décès maternels.

Eloundou Messi¹ , Waïbaï Yaye³ dans Contraintes à l'accès Aux Soins De Santé Maternelle Dans La Ville De Maroua montrent que, l'âge, la parité, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et la religion sont les contraintes socio- culturelles qui limitent l'accès aux soins de santé maternelle. De même, le coût élevé du transport et des prestations, la distance et le lieu de résidence par rapport à la structure sanitaire constituent les contraintes économiques et spatiales. Toutes ces contraintes entravent ainsi la bonne prise en charge des femmes dans la mesure où les impacts sur la satisfaction de leurs demandes de soins de santé sont réels.

³ Eloundou Messi¹, Waïbaï Yaye Contraintes À L'accès Aux Soins De Santé Maternelle Dans La Ville De Maroua January 2017

Dans le **Guide de mise en œuvre des Audits des décès maternels dans les établissements de santé**⁴ Une analyse situationnelle réalisée au sein d'un réseau d'établissements de santé en Afrique de l'Ouest dans les années 1990 a montré les principaux obstacles à des soins obstétricaux d'urgence de qualité : une disponibilité inconstante des médicaments et consommables essentiels, des équipements vétustes et parfois non fonctionnels et la faible capacité transfusionnelle dans la plupart des maternités de référence. Des comportements professionnels non adaptés nuisent également à la qualité des soins. Les dysfonctionnements observés dans les services en Afrique de l'Ouest seraient expliqués en partie par des problèmes d'identité sociale et professionnelle conflictuelles parmi le personnel soignant. Il en résulte des délais trop longs dans la prise de décision et dans le traitement des complications. Si les ressources sont rares, elles sont souvent mal utilisées, ce qui limite l'efficacité des hôpitaux de référence qui doivent répondre à un besoin important en soins obstétricaux d'urgence, en particulier en césariennes. Parallèlement, la part hospitalière de la mortalité maternelle reste élevée.

Aristide NADJIROUM NDINGADE⁵ montre que le recours à un accouchement de qualité dépend des caractéristiques sociales, démographiques et économiques des femmes et aussi de l'environnement institutionnel dans lequel elles vivent. Il estime que l'accessibilité géographique, l'acceptabilité des dispensateurs de services, de l'attrait lié à la qualité attendue, les coûts d'utilisation sont déterminants dans l'utilisation des femmes aux services de maternité; il ajoute que « Cette situation ne s'explique pas seulement par des attitudes traditionnelles, surtout en milieu urbain, mais aussi par l'insuffisance des structures sanitaires et des personnels médicaux. »

Boubacar BARRY⁶ dans son mémoire sur « **la mortalité maternelle dans le département de bakel: causes et facteurs favorisants** » montre que les femmes sans aucune instruction courent plus de risque que celles qui en ont car l'éducation est de première importance pour la femme.

⁴ Audit des décès maternels dans les établissements de santé Guide de mise en œuvre Marseille, 2014

⁵ Pauvreté et accès aux soins obstétricaux au Tchad Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II au Cameroun - Diplôme d'études supérieures spécialisées en démographie (DESSD)

⁶ Mortalité maternelle: cause et facteurs favorisants déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel. ar Boubacar BARRY Université cheikh Anta Diop de Daklar - Master de recherche 2008

Il estime que les femmes se caractérisent par leur ignorance des signes du danger, des soins préventifs, des éléments d'une bonne nutrition, de la contraception. Le niveau d'instruction détermine en grande partie les connaissances, l'autonomie de décision, l'ouverture vers l'extérieur, le statut dans le foyer et dans la société. L'éducation change sa perception des maladies et sa capacité de réaction. Elle détermine donc son niveau de vie et son état de santé car permet une meilleure compréhension des conseils et l'adoption de comportements préventifs et curatifs adaptés. Il cite Caldwell qui pense que les mères instruites, plus que celles qui ne le sont pas, ont tendance à utiliser les services de santé modernes aussi bien pour la prévention que pour les soins curatifs en cas de maladie. La femme instruite utilise plus fréquemment l'ensemble des soins prénataux requis. Elle recourt plus souvent à un centre de santé pour son accouchement et procède mieux à la vaccination de ses enfants.

En effet l'analphabétisme marginalise les femmes dans le cadre de leur famille, sur leur lieu de travail et dans la société. Les femmes se trouvent presque systématiquement prise dans un cercle vicieux : pauvreté, grossesses multiples, manque de pouvoir de décision, méconnaissance de leurs droits et des signes de danger sur leur santé, violence à leur encontre etc. Par contre les femmes instruites ont plus facilement accès, à l'information, à la formation professionnelle et aux emplois rémunérés, se marient plus tard, contrôlent mieux leur fécondité, sont plus informées de leurs droit et sont plus déterminées à les défendre.

Mr Moussa ABDOURHAMANE⁷ dans sa thèse de doctorat en médecine estime que l'âge et à la parité sont des facteurs de risque de décès maternelle

Cette réalité a été démontrée par une étude faite au CHU de Dakar sur la gravido- puerpéralité des adolescentes : la tranche d'âge la plus exposée est celle inférieure à 17 ans. La tranche d'âge de 18-19 ans ne présentait aucune différence significative avec les autres tranches que Les femmes qui ont beaucoup d'enfants, ou qui ont accouché aux âges extrêmes de leur période d'activité génitale sont d'avantage exposées à la mortalité maternelle au cours de la gravido-puerpéralité. La parité augmente le risque chez la primigeste et la grande multipare, de même la combinaison âge-parité accroît le risque pour la primipare âgée. Le très jeune âge représente un risque accru partout dans le monde. Au Sénégal cet âge supérieur du risque pourrait être fixé

⁷ Moussa ABDOURHAMANE « étude sur la mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : épidémiologie à l'audit » thèse de doctorat en médecine 2008

à 17 ans. Ceci s'explique par la précocité des mariages, une faiblesse et ou une mauvaise utilisation de la contraception.

Il estime aussi que le statut matrimonial est un facteur de risque. Pour lui le célibat constitue un risque de décès maternel très élevé. En effet les femmes à statut matrimonial instable sont exposées aux avortements provoqués clandestins dont les conséquences vont d'un choc hémorragique à une stérilité secondaire ou définitive. Par les exigences du couple, certaines femmes mariées sont exposées aux grossesses trop rapprochées et tardives entraînant un affaiblissement de l'organisme maternel et exposant au décès. Il évoque aussi les facteurs liés à la reproduction « Trop d'enfants, trop tôt, trop tard et trop rapprochés ». Voici les quatre "trop" qui contribuent à augmenter le taux de mortalité maternelle. Pour expliquer cette situation on peut évoquer diverses raisons. Dans les mariages polygames les coépouses ont tendance à faire la concurrence pour avoir le plus grand nombre d'enfants et cela à cause de l'héritage du mari. Dans d'autres cas la préférence de l'enfant de sexe masculin dans notre société oblige certaines femmes à faire des grossesses rapprochées. Cette attitude est encouragée et renforcée par les structures sociales qui restreignent le droit des filles à hériter. Parfois le grand nombre d'enfant constitue la preuve de fécondité d'une femme dans la société traditionnelle et constitue une source de main d'œuvre pour le couple à la vieillesse.

Ndèye Fatou NGOM⁸ dans sa thèse sur **L'assistance médicale à l'accouchement au Sénégal** parle du modèle des trois retards conduisant au décès maternels. Elle les explique ainsi :

Le premier retard : La décision de se rendre dans une structure de santé elle estime que l'entourage tarde à amener la femme en consultation du fait du manque de l'information mais aussi du manque de confiance envers les structures sanitaires.

A cela nous pouvons ajouter le faible pouvoir de décision de la femme dans nos sociétés .En effet les femmes se sont pas aussi autonomes pour décider à elle seules d'aller à l'hôpital ou non des fois elles ont besoin de l'accord du mari ou de la belle-mère. En plus le plus souvent elles ne sont pas autonome financièrement.

⁸ Ndèye Fatou NGOM décembre 2016 « L'assistance médicale à l'accouchement au Sénégal » POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX ÉCOLE DOCTORALE ÉCONOMIE, GESTION ET DÉMOGRAPHIE

Le deuxième retard : Des centres de santé difficiles à rejoindre lorsque la décision d'évacuer la femme en urgence obstétricale est prise le problème de l'inexistence d'un moyen de communication entre la structure de référence et les établissements d'accueil se pose.

Mais aussi trouver un véhicule approprié pour évacuer, en tout confort et sécurité, la femme vers l'établissement est une grande difficulté. A tout cela s'y ajoute que les routes ne sont pas, pour la majeure partie du moins, praticables.

Le troisième retard : la prise en charge effective

Ici se pose la question de la prise en charge de la femme du centre de référence se traduit par un accueil rapide de la patiente par un personnel compétent capable de diagnostiquer le problème obstétrical

Sylvain FAYE⁹ dans son rapport sur l'étude socio anthropologique Sahel affirme qu' « Il est vrai que le coût financier des recours biomédicaux est assez prohibitif et ne permet pas un recours rapide au dispensaire pour la plupart de ces familles avec des moyens financiers limités ».

Il soutient que l'accessibilité et l'utilisation des services de santé sont des éléments qui influencent en grande partie le suivi médical de la grossesse, les conditions d'accouchement. Pour lui dans les pays du Sahel le non recours aux soins est dû en partie à la pauvreté. Il ajoute qu'« Au-delà de la question de l'accessibilité géographique et financière à des soins de qualité, en dehors de la formation du personnel soignant, l'accessibilité et l'acceptabilité sociale et culturelle des services de santé maternelle et néonatale est une exigence de leur qualité et un déterminant de leur utilisation ». Cela veut dire que des contraintes liées à la religion, la culture, le contexte social, aux réalités des institutions sanitaires sont à prendre en compte dans les décès maternels.

⁹ FAYE Sylvain février 2013« déterminants socio culturel de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région du Batha Tchad » étude socio anthropologique sahel programme AFD _ sahel

2.2 But et objectifs

2.2.1 But

Le but de l'étude est de diminuer la mortalité maternelle.

2.2.2 Objectifs

➤ Objectif général

L'objectif général de cette étude est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle au CHNP

➤ Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et socio sanitaires des femmes décédées pendant la grossesse l'accouchement et les suites de couche
- Analyser les causes de ces décès
- Proposer des solutions

Chapitre 3 : CADRE CONCEPTUEL

3.1. Définition de concept

- **Evacuations sanitaires**

Il s'agit du transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre ayant un plateau technique plus élevé avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation. Elle se justifie quand le pronostic vital de la patiente est en jeu et réclame une prise en charge rapide à un échelon supérieur.

- **La mortalité maternelle**

La mortalité maternelle se définit selon l'OMS par "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite"

3.2. Conceptualisation

Tableau VI : Conceptualisation

Facteurs	COMPOSANTES
démographiques	l'âge, la parité et la Nuptialité (plus la femme se marie top plus elle a tendance à faire des grossesses très jeune mais aussi plus elle se marie tard plus elle fait des grossesses rapprochée ou des grossesses à des âges extrêmes de plus si une grossesse survient chez une fille célibataire elle peut s'adonner à des pratiques à risques tel que les avortements clandestins. La polygamie aussi avec la concurrence du nombre d'enfants entre coépouses joue un rôle dans les décès maternels)
Sanitaires	qualité de services, compétence des prestataires, plateau technique, comportement des prestataires (soins humanisés) et le système de santé (pyramide sanitaire, système de référence)
économiques	Précarité économique et les infrastructures sanitaires
géographique	milieu rural et milieu urbain, le système de transport zones, très enclavées sont peu dotées en ressources humaines de qualité et ne disposent pas d'équipements
socio anthropologiques	Accessibilité culturelle aux soins, Représentations culturelles, Interdits alimentaires à connotation culturelle, accouchements à domicile, la femme enceinte doit attendre d'être autorisée à aller vers les structures de santé (Retard 1)
Politiques	Engagement politique, Politique de gratuité de la césarienne, construction de pôles mère-enfant, construction de maternités, capacitation des médecins dans certaines régions en SOU, recrutement de sages-femmes
communicationnels	Accès des femmes à l'information Adéquation des canaux de sensibilisation: langue, heures de diffusion, contenu des messages

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE
L'ENQUETE

Chapitre 4 : METHODOLOGIE

Dans le cadre de cette étude nous avons utilisé la méthode de résolution de problème. C'est un processus rationnel qui permet d'analyser le problème, d'en déterminer les causes, de proposer des solutions, de mettre en œuvre les solutions et de les évaluer.

Cette partie traite de la population de l'étude, la stratégie de la recherche, le déroulement de l'enquête, traitement des données, les difficultés et limites de l'étude.

3.1. Population de l'étude

Elle est composée des :

- gynécologues et sages-femmes du service de gynécologie obstétrique
- femmes qui sont décédées pendant la grossesse l'accouchement et les suites de couche au CHN de Pikine durant les années 2016 2017 et 2018(dossiers)

Critères d'inclusion :

- ❖ Toutes les femmes qui sont décédées pendant la grossesse l'accouchement ou dans les suites de couche au CHN de Pikine durant la période considérée.
- ❖ Les gynécologues et sages-femmes du service

Critères de non inclusion :

- ❖ Pour le personnel de santé : refus de se soumettre à l'étude
- ❖ Pour les femmes décédées : dossiers des patientes non disponibles

3.2. Méthode d'échantillonnage

Notre étude est une étude exhaustive (97dossiers ont été étudiés) elle inclut toutes les femmes qui sont décédées en couche durant la période d'étude dont les dossiers sont disponibles.

L'analyse de ces dossiers et des données obtenues nous ont permis d'associer deux médecins, la maîtresse sage-femme et deux autres sage femmes.

3.3. Stratégie de la recherche

3.3.1. Type de recherche

Nous avons choisi de combiner la méthode qualitative et la méthode quantitative.

Le choix de la méthode quantitative s'explique par le besoin de caractériser les caractéristiques socio démographique des femmes, la méthode qualitative s'explique par la nécessité de recueillir les perceptions du personnel sur les décès maternels.

Notre étude est une étude transversale rétrospective à visé descriptive dont l'objectif est la résolution de problème par l'utilisation de la méthode de résolution de problème. C'est un processus rationnel qui permet d'analyser le problème d'en déterminer les causes de proposer des solutions et de les mettre en œuvre.

3.3.2. Technique de collecte de données

Nous avons commencé par des entretiens avec le personnel du service qui nous a permis de recueillir des informations et identifier le problème. Nous avons aussi associe une recherche documentaire qui nous a permis de connaitre les points à prendre en considération dans le cadre de notre étude.

❖ la revue documentaire

Nous avons consulté des documents en rapport avec le thème et collecte des données sur les femmes décédées .Nous avons fait nos recherches dans les bibliothèques comme celle de L'IPDSR, du CESAG, et sur internet

❖ l'observation

Dans le cadre de cette étude nous avons eu recours à une observation en premier lieu pour avoir une idée générale sur le fonctionnement et les activités du service qui nous a permis de constate un des problèmes identifié.

❖ les entretiens

Nous avons eu dans un premier temps des entretiens avec les clientes venues en consultation pour savoir leur plainte et les difficultés rencontrées dans l'hôpital.

Dans un deuxième temps nous avons eu des entretiens avec le personnel de santé pour l'identification des problèmes.

3.3.3. Instrument de collecte de données

Le questionnaire a été utilisé pour collecter les informations sur les femmes décédées et le guide d'entretien a été utilisé chez le personnel.

3.4. Déroulement de l'enquête

Cette étude s'est déroulée du 13 septembre au 12 novembre 2018 lors d'un stage effectué dans le service de gynéco obstétrique du CHN de Pikine. La première étape a consisté à avoir des entretiens avec le personnel et avec les clientes pour identifier les problèmes ensuite choisir le problème prioritaire puis étudier les dossiers des femmes décédées en couche et de recueillir les informations ensuite les analyser. Les résultats ont générés des causes et nous ont permis d'élaborer un guide d'entretien qui est administré au personnel dans un deuxième temps. Ce qui nous permis de trouver des solutions et de proposer un plan de mise en œuvre.

Tableau VII : Déroulement de l'étude

Activités	Septembre		Octobre				Novembre	
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2
Identification des problèmes								
Priorisation des problèmes								
Revu de la littérature								
Collecte des données et analyse des données								
Identification et priorisation des causes								
Identification et priorisation des solutions								
Rédaction du mémoire								

Source : nous même

3.5. Analyse des données

Concernant les données obtenues à partir des dossiers nous les avons d'abord saisi et traités grâce au logiciel SPSS ce qui nous a permis d'avoir une base de données montrant certaines variables telles que les données sociodémographiques puis nous avons procédé au tri à plat puis les graphiques ont été conçus à partir de Excel. Les résultats ont été exportés sur Word pour une analyse et interprétation. Et pour les données qualitatives, l'analyse de contenu a été effectuée.

3.6. Difficultés de l'étude

Comme nous avons effectué le stage pendant la période hivernale et que généralement le personnel de gynéco-obstétrique est surchargé pendant cette période, nous étions confrontés à un problème de disponibilité des gynécologues.

Chapitre 5 : RESULTATS DE L'ENQUETE

Ce sont les résultats obtenus auprès des dossiers des femmes qui sont décédées en couche durant les années 2016,2017 et 2018 au CHN de Pikine et des données que nous avons reçues

5.1. Caractéristiques socio démographiques et socio sanitaires des femmes décédées

Au total, 97 patientes ont été enrôlées.

➤ Identification des services et des années de décès

Tableau VIII : Identification des décès

Identification	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Service		
Gynécologie	61	62,9
Réanimation	36	37,1
Année		
2016	31	32,0
2017	48	49,5
2018	18	18,6

Au regard de ce tableau nous pouvons dire que la plus part des femmes décèdent dans le service de gynéco 62,9%, seul le 37,1% sont décédées après être transférées dans le service de réanimation. Durant ces trois dernières années la plupart des décès se sont produit en 2017 suivi de l'année 2016 et vient en dernier position 2018 cela peut s'explique par le fait que l'année 2018 n'est pas encore termine et qu'entre 2016 et 2017 la population qui a fréquenté la structure a augmenté.

➤ **Age des femmes décédées**

Tableau IX : Tranche d'âge

Age	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
<25 ans	20	20,6
25-34 ans	50	51,5
≥35 ans	24	24,7
Non précisé	3	3,1

L'âge était renseigné chez 94 patientes. L'âge moyen était de 30,23 ans avec un écart type de 6,61 et des extrêmes de 18 à 45 ans. La médiane était de 30 ans. Un peu plus de la moitié des patientes appartenaient à la tranche d'âge 25-34 ans

➤ **Le niveau d'instruction**

Elle est un caractéristique socio démographique importante dans la lutte contre la mortalité maternelle mais il n'a été mentionné sur aucun des dossiers.

➤ **Antécédents obstétricaux**

Tableau X : Antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Gestité		
Primigeste	9	9,3
Paucigeste	15	15,5
Multigeste	32	33,0
Non précisé	41	42,2
Parité		
Nullipare	3	3,1
Primipare	13	13,4
Paucipare	12	12,4

Multigeste	29	29,9
Non précisé	40	41,2
Antécédents avortement		
Oui	14	14,4
Non	43	44,3
Non précise	40	41,2

La gestité moyenne était de 3,89 avec des extrêmes de 0 à 10 gestes. La médiane était de 4 gestes. La parité moyenne était de 3,36 avec des extrêmes de 0 à 10 pares. La médiane était de 3 pares. Les patientes étaient le plus souvent des multigestes.

Quatorze patientes (14,4%) avaient des antécédents d'avortement avec des extrêmes de 1 à 4 avortements. La médiane était de 1 avortement.

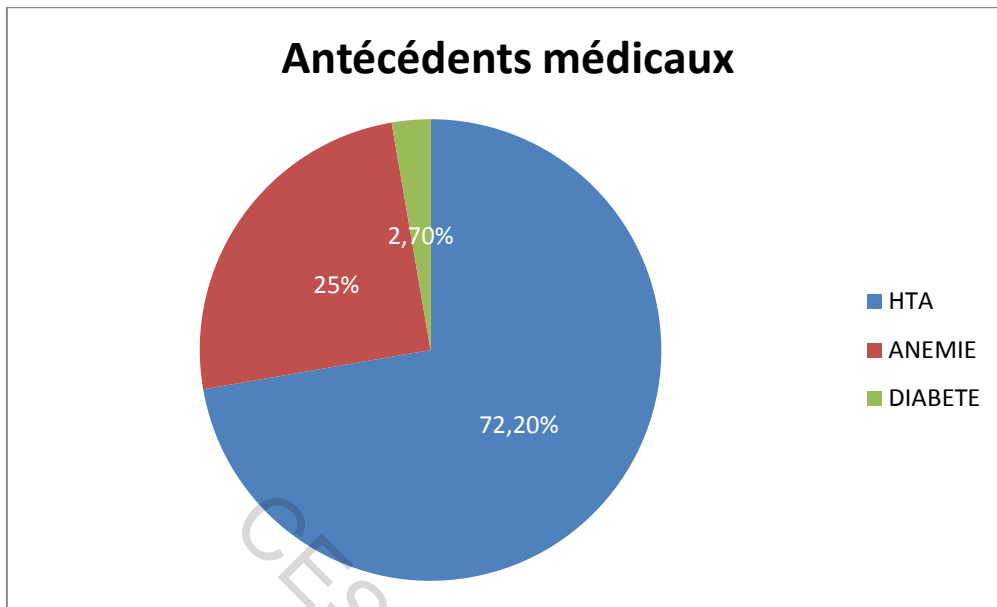
➤ **Antécédents médicaux**

Tableau XI : Antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence absolue (n)
HTA	26
Anémie	9
Diabète	1

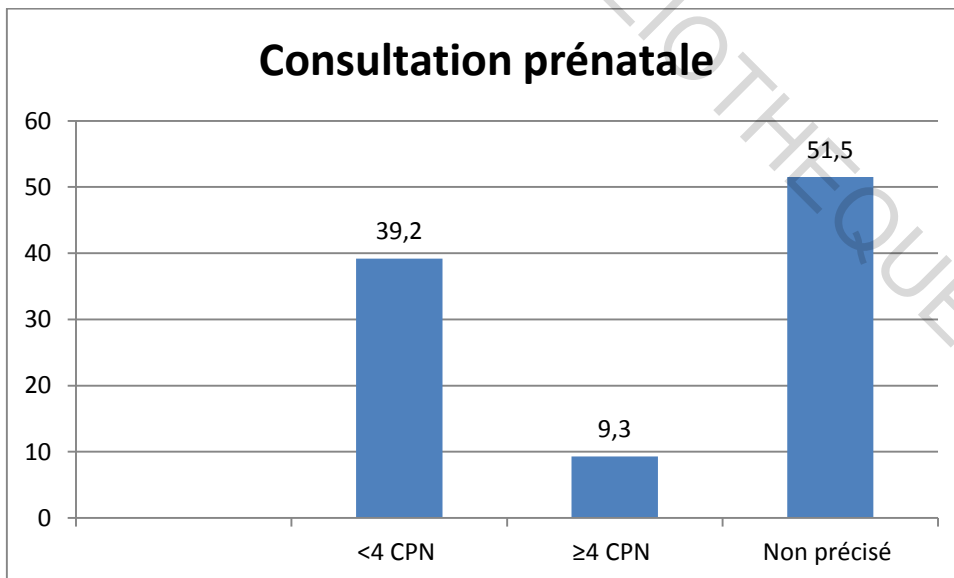
Seuls 36 femmes sur 97 présentent des antécédents particuliers, 26 ont des antécédents d'hypertension, 9 ont des antécédents d'anémie et seule une seule présente des antécédents de diabète. Donc la nécessité d'accorder une attention particulières aux femmes qui présentent des antécédents surtout chez celles qui ont des antécédentes hypertensions et voir la nécessité de faire une salicinotherapie.

Graphique 2 : Antécédents médicaux



➤ **Consultation prénatale**

Graphique 3 : Consultation prénatale



Sur ce diagramme nous constatons que 39,2% des femmes ont fait moins de 4 CPN, seul 9,3 ont fait plus de 4 CPN et le nombre n'a pas été renseigné sur les 51,5 femmes décédées. Le nombre moyen de CPN était de 2,62 avec un écart type de 1,11 et des extrêmes de 0 à 5 CPN. La médiane était de 3 CPN.

Le ministère de la sante du Sénégal recommande au moins 4 CPN, donc nous pouvons dire que le nombre de consultation est insuffisant raison pour laquelle une attention doit être accordée aux CPN effectives.

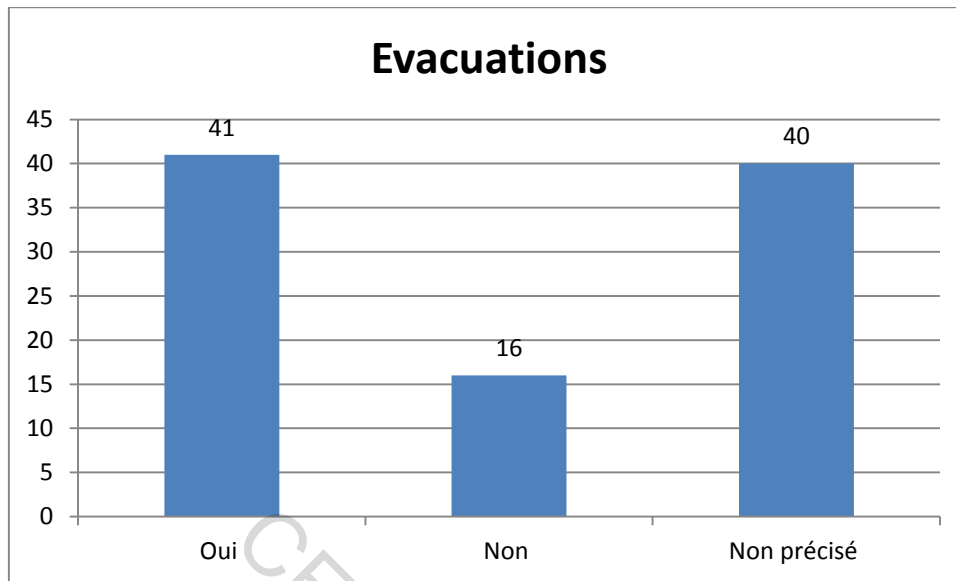
➤ **Issue de la grossesse**

Tableau XII : Issue de la grossesse

	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
AAT	31	32,0
AP	28	28,9
A	1	1,0
GEU	1	1,0
Non précisé	36	37,1

Nous constatons que 31 femmes ont accouchés à terme, 28 ont fait un accouchement prématuré, une seule a fait un avortement, une seule a aussi fait une grossesse extra utérine, et 36 n'ont pas été précisé.

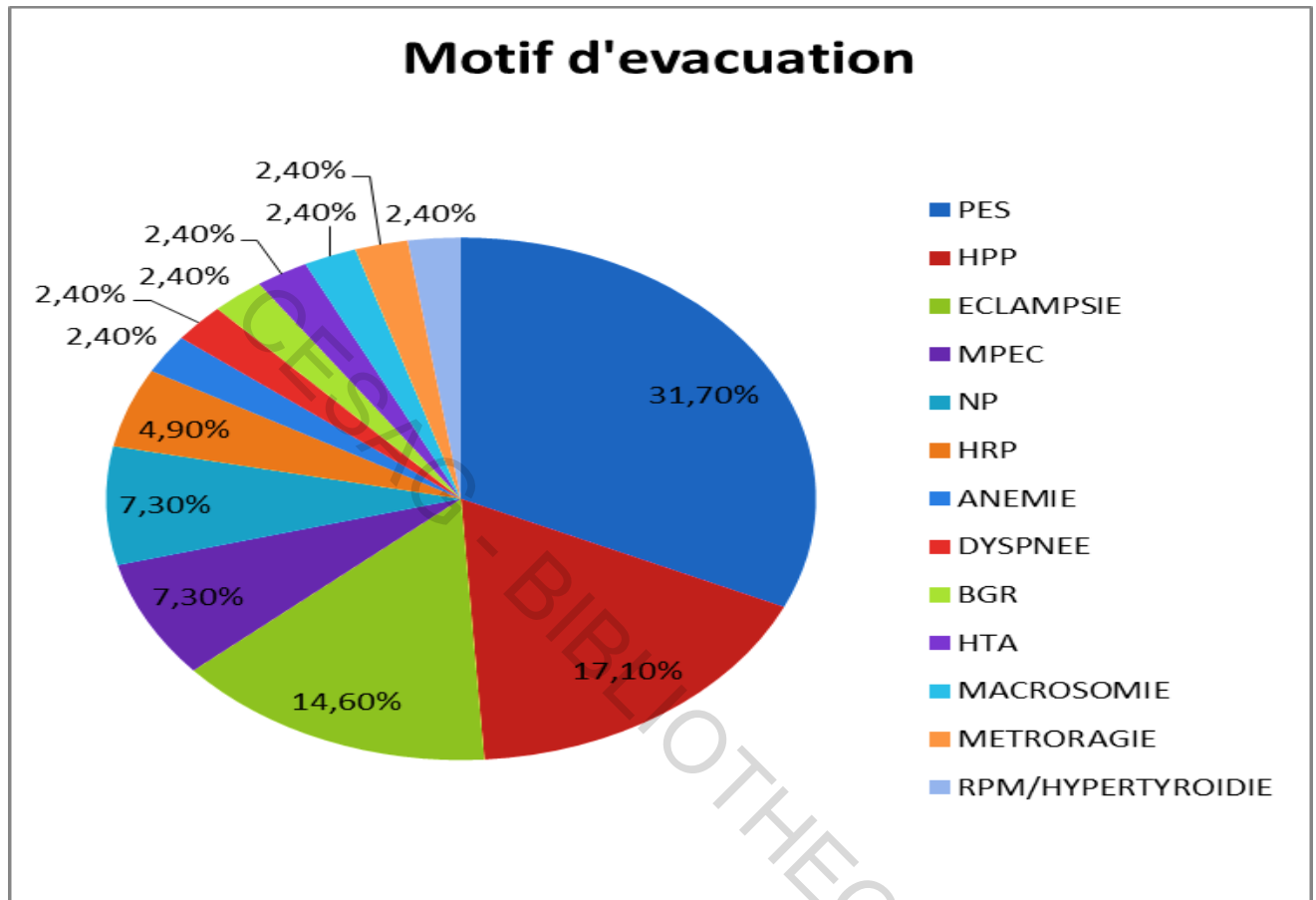
➤ **Evacuation:**

Graphique 4 : Evacuation

Nous constatons sur ce graphique que seuls 16.5% des femmes ne sont pas référées, les 41.2% ne sont pas préciser dans les données et Quarante-deux patientes (42,3%) avaient été évacuées. Parmi ces dernières, 7,3% avaient bénéficié de conditions. C'est-à-dire avec ambulance et tout ce qu'il faut pour une référence. Cela montre que toutes les évacuations ne se font pas dans les normes donc la gestion du système de référence est un véritable problème au CHN de Pikine. Ce qui mérite une attention particulière dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle.

➤ **Motif d'évacuation**

Graphique 5 : Motif d'évacuation

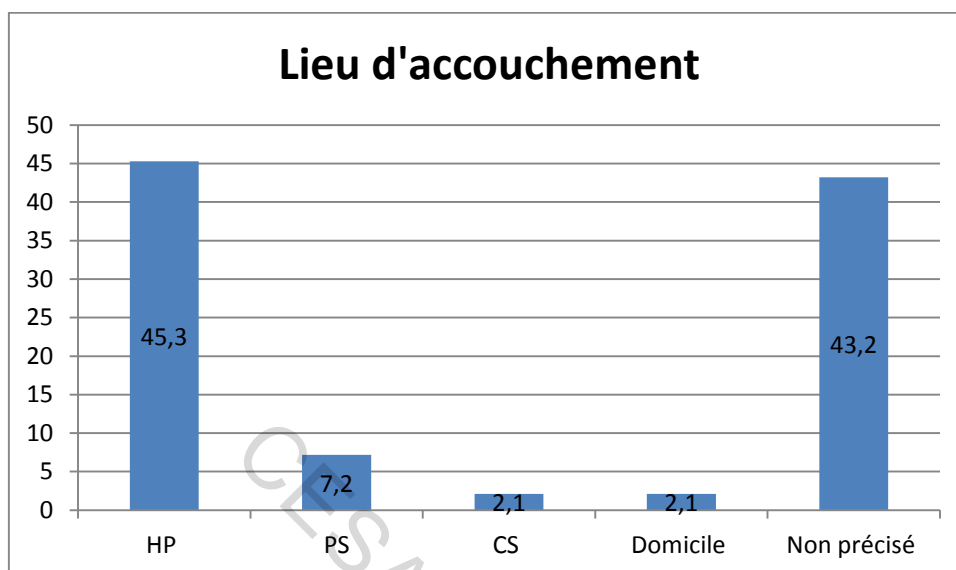


Nous constatons que plus de la moitié des évacuations (73.1%) sont dus aux troubles hypertensives et de ses complications suivi des hémorragies qui représente 17.10% des causes d'évacuation

Donc une attention particulière doit être accordée à la prévention et à la prise en charge des troubles hypertensives surtout sur la pré éclampsie.

➤ **Lieu d'accouchement**

Graphique 6 : Lieu d'accouchement



Ce graphique nous montre que la majorité des femmes ont accouché à l'hôpital de Pikine (45.3%), le lieu d'accouchement est inconnu pour 43.2% des femmes, 7.2 ont accouché dans un poste de santé, et rare sont celles qui ont accouchées à domicile ou dans une case de santé. Cette situation peut s'expliquer par le fait que le CHNP est le seul EPS 3 à caractère général de la banlieue dakaroise donc il reçoit beaucoup de référence et surtout les primipares et les grossesses à risque.

➤ **Mode d'accouchement**

Tableau XIII : Mode d'accouchement

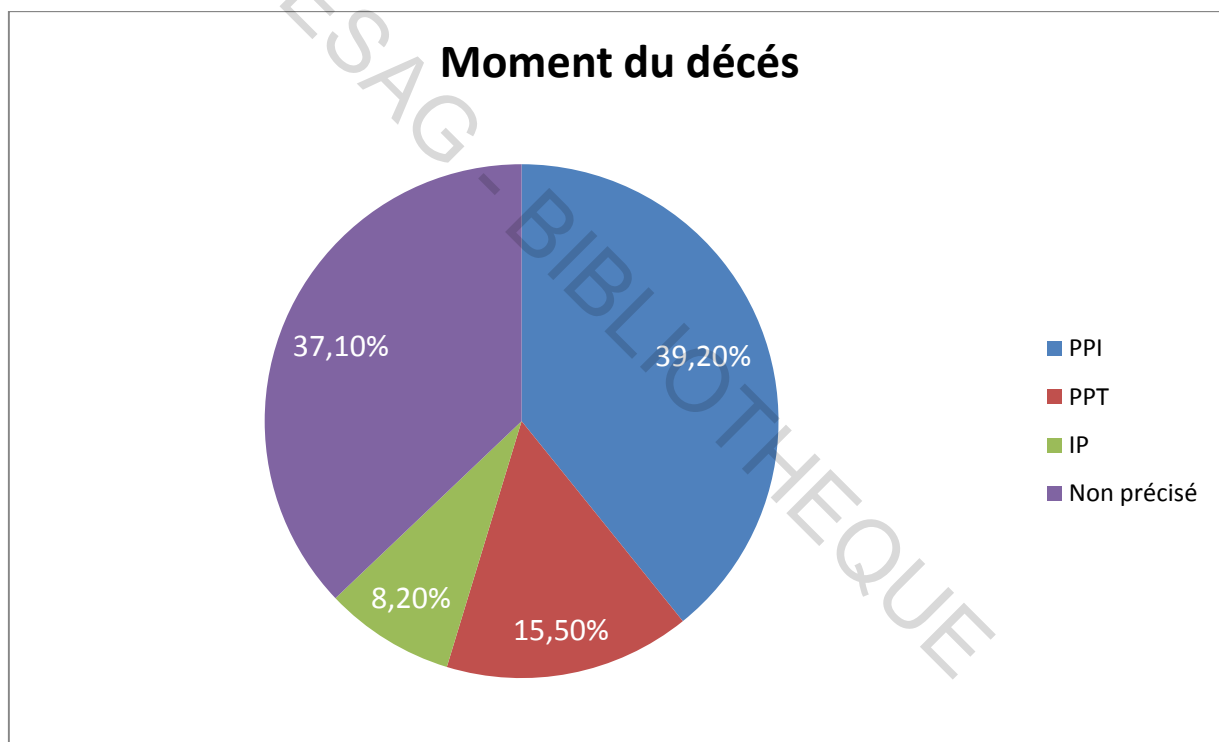
Césarienne	61	62,9
AVB	25	25,8
Laparotomie	1	1,0
Non précisé	10	10,3

Ce tableau montre que plus de la moitié des accouchements se font par voie haute (62,9%), la voie basse occupe 25% des accouchements, 1 laparotomie a été identifiée et le reste n'est pas mentionné dans les données.

Le nombre élevé de césariennes peut s'expliquer par le fait que beaucoup de femmes sont évacuées pour des pathologies dont la prise en charge nécessite une césarienne pour éviter d'autres complications.

➤ **Moment du décès**

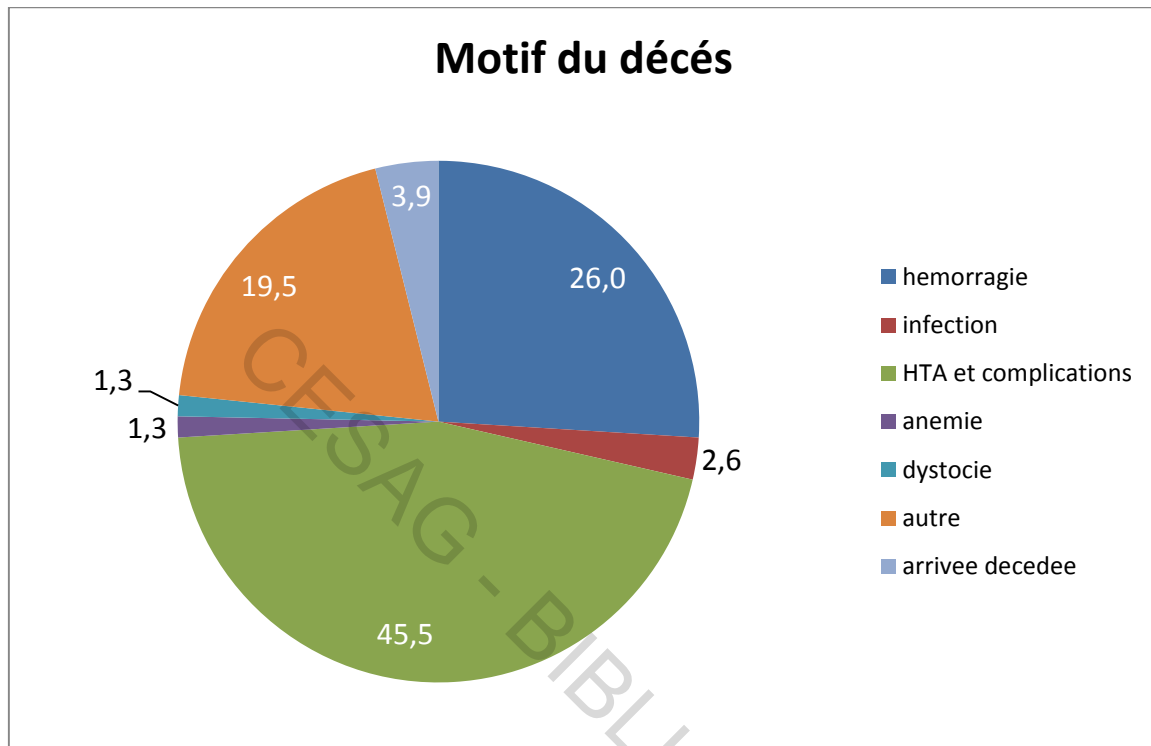
Graphique 7 : Moment du décès



Les données montrent que 38 femmes sont décédées dans le post partum immédiat 15 sont décédées dans le post partum tardif seul 8 sont décédées pendant la grossesse. Cette situation se justifie par le fait que les premières heures après accouchement constituent le moment le plus critique, la majorité des décès maternels survient le plus souvent durant cette période. Donc la nécessité de renforcer la prise en charge et la surveillance des patientes pendant cette période .Il faut aussi renforcer les capacités des prestataires dans la gestion des suites de couche.

➤ Causes de décès

Graphique 8 : Causes de décès



Près de la moitié de tous les décès sont dus à l’hypertension artérielle et à ses complications (45.5%), suivi des hémorragies du post partum qui représentent 26%, 2.6% des décès sont dus à des infections, 3.9% sont arrivées décédées, toutes les autres causes confondues constituent 19.5% des décès.

L’analyse de ce diagramme à secteur montre que beaucoup de décès sont dus à l’hypertension et ses complications donc sa prévention et sa prise en charge correcte pourrait contribuer à réduire les décès maternels.

5.2. Analyse des données issues du guide d'entretien

❖ Informations sur les décès

Il ressort du guide d'entretien adressé au personnel que la mortalité est un problème de santé public. La plupart des personnes interrogées estime qu'elle n'est pas très élevée à l'hôpital de Pikine si on se compare à la moyenne nationale mais c'est aussi élevé car un seul cas de décès maternel est grave.

Ils soutiennent que la plupart des femmes qui décèdent sont des femmes qui ont été référées d'une autre structure. Elles arrivent à des stades tardifs sans prévenir sous des conditions pas très favorables.

«Les femmes viennent pour mourir ici » comme le dit un médecin.

Dans la plupart du temps les femmes décèdent d'hypertension artérielle et de ses complications comme l'hématome retro placentaire, help syndrome etc. mais aussi d'hémorragie. Elles viennent ici après un saignement dans un état de choc elles ne sont pas référées à temps

❖ Moment des décès

Ils estiment que la plupart des décès surviennent pendant le post partum immédiat. C'est un moment critique dans lequel la surveillance doit être renforcée.

❖ Système de référence

Après analyse des propos du personnel nous pouvons dire que l'existence d'un système de communication entre l'hôpital de Pikine et les structures environnantes est nécessaire. Cependant cette communication est absente en cas de référence pour les urgences et les complications obstétricaux.

Les prestataires pensent que l'hôpital doit être prévenu avant toute évacuation pour se préparer à recevoir les femmes.

La majeure partie des prestataires interrogés estime que le système des évacuations est mal organisé. Les postes et le centre de sante envoient les malades n'importe comment en se disant que Pikine est un centre de référence. Parfois ils envoient les malades sans bulletin d'évacuation

et ils sont de surcroit référés seuls sans ambulance, ni prestataire pour les accompagner. Elles arrivent même des fois sans voie veineuse.

❖ **Qualité des CPN**

Il ressort de l'analyse des propos que des CPN de bonne qualité sont nécessaires pour améliorer la santé maternelle et que des formations continues doivent être octroyées aux sages-femmes car la plupart des CPN sont faites par elles mais aussi il faudra renforcer la supervision pour assurer la qualité des CPN.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TROISIEME PARTIE :
DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET
LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET
PRIORISATION DES SOLUTIONS-PLAN DE
MISE EN ŒUVRE

Chapitre 6 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

Dans ce chapitre nous allons présenter les outils utilisés, déterminer les causes possibles du problème et d'en prioriser une avec le groupe de travail

6.1. Présentation des outils

Dans cette partie nous allons parler des différents outils qui nous ont permis de trouver les causes et de les prioriser

- ❖ Le brainstorming : c'est un moyen qui permet de recueillir les idées des membres du groupe
- ❖ **Le diagramme d'ISHIKAWA** : c'est un diagramme de cause à effet. C'est un diagramme sous la forme d'arêtes de poisson classant les groupes de cause selon la méthode des 5M
 - M comme main d'œuvre : c'est le personnel (compétences, capacités, comportements) les membres la hiérarchie, toute personnes qui contribue à la marche de l'activité ;
 - M comme Méthodes : la façon de faire, elles sont liées à l'organisation interne, les méthodes de travail, les procédures
 - M comme Matières : c'est tout ce qui est consommable, les fluides, les matières premières ;
 - M comme Milieu : l'environnement physique et humain, l'ambiance de travail, les contacts avec l'extérieur, le climat
 - -M comme Matériel : causes relatives aux machines, aux supports, aux équipements, aux bâtiments, à la logistique et au matériel.

Ce diagramme est utilisé pour visualiser toutes les causes possibles du problème.

- **Le vote pondéré** : c'est une technique qui permet de choisir avec un groupe les causes possibles, d'en prioriser une à l'aide d'un vote simple et la celle qui aura le plus grand score sera retenue.
- **Le diagramme de Pareto** : Le diagramme de Pareto permet d'hierarchiser les problèmes en fonction du nombre d'occurrences et ainsi de définir des priorités dans le traitement des problèmes. Cet outil est basé sur la loi des 80/20. Autrement dit, cet outil met en évidence les 20% de causes sur lesquelles il faut agir pour résoudre 80 % du

problème. Il sera utile pour déterminer sur quels leviers on doit agir en priorité pour améliorer de façon significative la situation.

6.2. Détermination et analyse des causes

6.2.1. Causes liées à la main d'œuvre

- Des comportements professionnels non adaptés
- Personnel insuffisant
- Personnel non qualifié

6.2.2. Causes liées à la méthode

- les hémorragies
- les infections
- les troubles hypertensifs
- les dystocies
- les comportements de la population (croyances, représentations culturelles)
- l'âge de la femme
- la parité atteinte,
- le niveau d'instruction de la femme
- faible pouvoir de décision de la femme
- retard de prise en charge
- Mauvaise gestion du système de référence
- grossesse rapprochée
- la qualité des soins

6.2.3. Causes liées à la matière

- disponibilité des structures
- Plateau technique

6.2.4. Causes liées au milieu

- Enclavement de la zone
- Milieu rural
- Transport non disponible

6.2.5. Causes liées au matériel

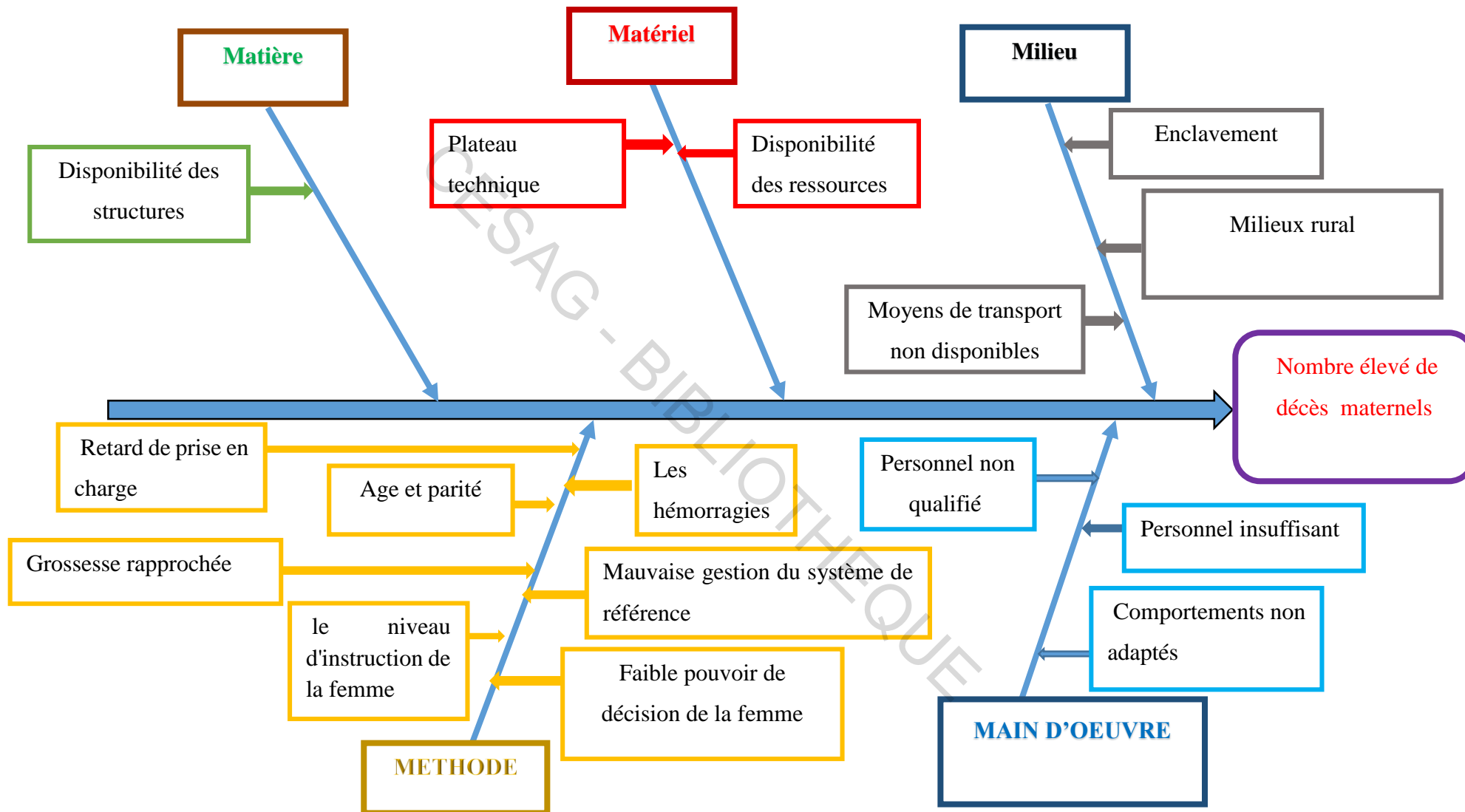
- Plateau technique
- une disponibilité inconstante des médicaments d'urgence
- cout

6.3. visualisation des causes

Graphique 9 : Diagramme D'ISHIKAWA

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DIAGRAMME D'ISHIKAWA



Source : nous même

6.4. Hiérarchisation des causes

Après l'identification et la détermination des causes, une discussion avec le groupe a permis de choisir les causes majeures puis d'en choisir une comme cause prioritaire du problème. Cette hiérarchisation a été effectuée à partir d'un vote. Après cumule la cause qui a le plus grand score a été retenue. Les notes varient de 1 à 5.

Tableau XIV : Hiérarchisation des causes

Causes	P1	P2	P3	P4	Total	Ordre de priorité
Mauvaise gestion du système de référence des complications obstétricales	5	5	3	5	18	Mauvaise gestion du système de référence des complications obstétricales
Mauvaise qualité des CPN	2	3	2	2	9	Les troubles hypertensifs et ses complications
les hémorragies	4	3	4	2	13	les hémorragies
Retard d'arrive à l'hôpital	4	4	1	3	12	Retard d'arrive à l'hôpital
Les troubles hypertensifs et ses complications	5	3	5	3	16	Mauvaise qualité des CPN

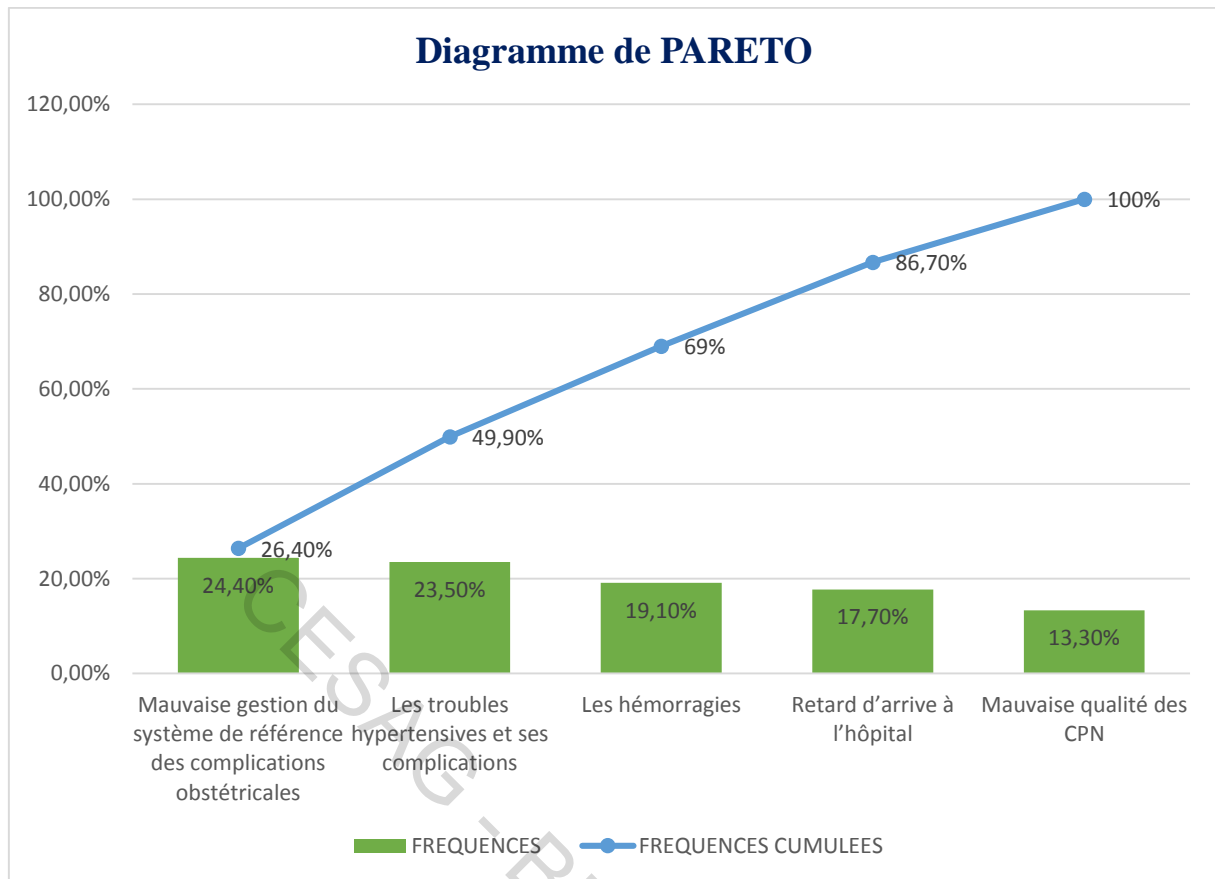
Source : Nous même

Hiérarchisation des causes avec le diagramme de PARETO

Tableau XV : Hiérarchisation des causes avec le diagramme de PARETO

Causes	Répartition des points	Fréquence	Fréquence cumulée
Mauvaise gestion du système de référence des complications obstétricales	18	$(18/68)*100=26.4\%$	26.4%
Les troubles hypertensifs et ses complications	16	$(16/68)*100=23.5\%$	49.9%
les hémorragies	13	$(13/68)*100=19.1\%$	69%
Retard d'arrive à l'hôpital	12	$(12/68)*100=17.7\%$	86.7%
Mauvaise qualité des CPN	9	$(9/68)*100=13.3\%$	100%
Total	68	100%	

Source : nous même



Graphique 10 : Diagramme de Pareto

Mauvaise gestion du système de référence des complications obstétricales constitue 26.4% des causes du problème pouvant expliquer 80% du problème .Ainsi, si nous résolvons les 26.4% que représente la gestion du système de référence 80% du problème seraient résolus

Chapitre 7 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

Dans cette partie nous allons identifier les solutions possibles à la cause prioritaire. Cette étape consiste à déterminer les différentes solutions possibles puis d'en prioriser une

7.1. Identification des solutions possibles

Suite aux entretiens avec le personnel et après analyse des données les solutions qui ont été préconisées sont :

- Former les sages-femmes des maternités environnantes en prévention et prise en charge de la prééclampsie
- Médicaliser les évacuations obstétricales systématiquement
- Améliorer la communication entre les structures sanitaire par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) à savoir le m Health
- Créer un autre hôpital de niveau 3 pour gérer de réfère dans la banlieue

7.2. Priorisation de la solution

Parmi les solutions retenues, une doit être choisie comme étant prioritaire (l'une doit être priorisé) .Le choix se fait par les critères ci-dessous

Le coût:

1. si solution à coût cher
2. si solution à coût moindre
3. si solution à coût faible

La faisabilité :

1. solution difficile à réaliser
2. solutions réalisables
3. solutions faciles à réaliser

L'acceptabilité

1. solution pas acceptable

2. solutions acceptables
3. solutions très acceptables

Délais d'exécution

1. réalisation difficile
2. réalisations rapides
3. réalisations très rapides

Impact

1. solution sans impact
2. solutions avec peu impact
3. solutions avec beaucoup d'impact

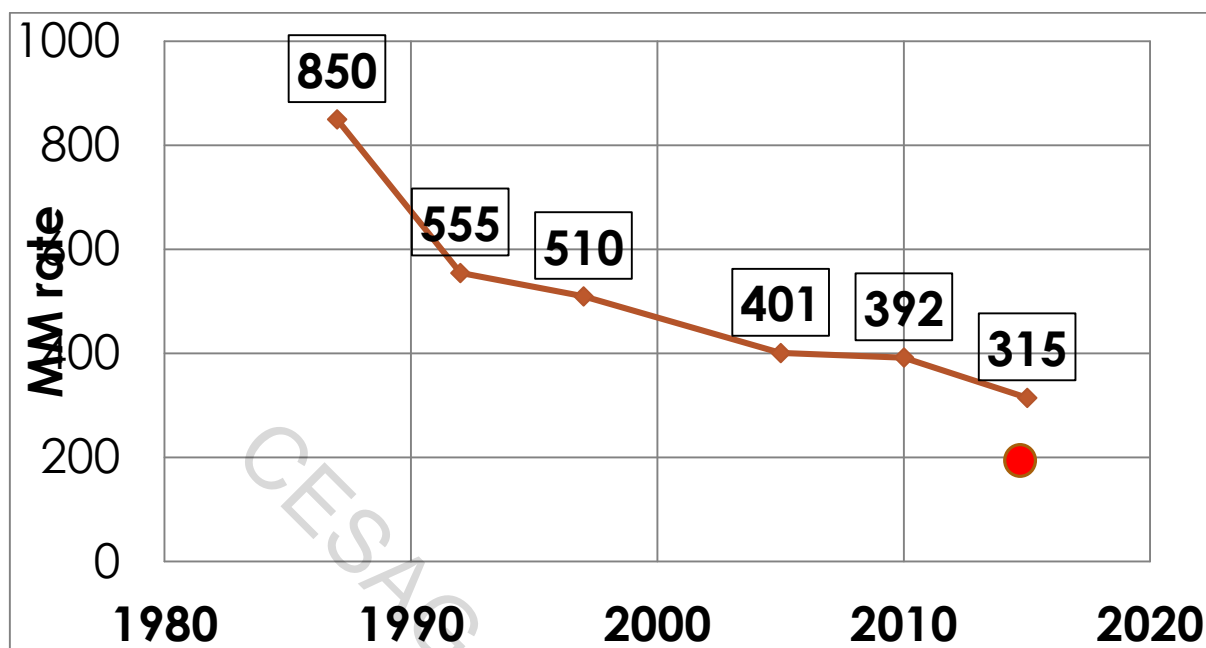
Tableau XVI : Priorisation de la solution

critères solution	faisabilité	Acceptabilité	coût	impact	Délais d'exécution	Total	Ordre de priorité
Former les sages-femmes des maternités environnantes en prévention et prise en charge de la pré éclampsie	3+2+3	2+1+3	1+2+2	2+3+1	1+1+2	<u>29</u>	Améliorer le système des évacuations sanitaire par l'utilisation du m Heath
Médicaliser les évacuations obstétricales systématiquement	1+2+1	2+2+2	1+1+1	2+2+2	1+1+2	<u>23</u>	Former les sages-femmes des maternités environnantes en prévention et prise en charge de la pré éclampsie
Améliorer le système des évacuations sanitaire par l'utilisation du m Heath	3+2+3	3+3+3	1+2+3	3+3+3	2+3+3	<u>40</u>	Médicaliser les évacuations obstétricales systématiquement
Créer un autre hôpital de niveau 3 pour gérer de référence dans la banlieue	2+1+1	1+2+1	1+1+1	2+1+1	1+1+1	<u>18</u>	Créer un autre hôpital de niveau 3 pour gérer de référence dans la banlieue

Source : nous même

7.3. Justification du choix de la solution

Graphique 11 : Régression de la mortalité maternelle au Sénégal



Au Sénégal, entre 1992 et 2016, le taux de mortalité maternelle a régressé de 535 points en passant de 850 pour 100 000 naissances vivantes (EDS) à 315 pour 100 000 naissances vivantes (EDS). Bien qu'on observe une baisse. Ce taux de mortalité reste encore élevé.

Des études ont montré que l'une des causes de ces décès est la mauvaise gestion du système de référence contre référence. Le système de référence/évacuation est composé de plusieurs éléments qui fonctionnent en inter action. Le mauvais fonctionnement d'un ou de plusieurs de ces éléments a une influence négative sur le résultat souhaité

En effet assurer qu'une grossesse ou un accouchement soit possible sans complication n'est jamais absolue d'où la nécessité de mettre un système de référence de qualité.

Dans sa thèse sur le « bilan des évacuations sanitaires au Service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier national de Pikine » Dr Banel WARDINI a montré que sur un total d'admissions de 3691 patientes les 1164 patientes étaient évacuées entre le 1er janvier 2016 au 30 septembre 2016. Elle démontre aussi que l'évacuation avait été précédée d'un appel téléphonique que chez 10 patientes soit 1% de l'effectif total.

Le Centre Hospitalier National de Pikine représente la seule maternité de niveau 3 dans la banlieue Dakaroise. Elle constitue le centre de références majeures des postes, maternité et centre de santé avoisinants. De ce fait le système des évacuations constitue une part importante des causes de décès maternels. Donc sa meilleure gestion est indispensable pour lutter contre la mortalité maternelle.

La communication entre les structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est nécessaire pour une meilleure prise en charge des complications obstétricales afin de lutter contre la mortalité maternelle.

Pour assurer une gestion appropriée des complications maternelles et néonatales en SR, il faut établir d'une manière efficace la communication entre les différents prestataires de services et les différents niveaux de soins dans les délais.

M Health (ou santé) renvoie à la mise en place de services, basés sur la téléphonie mobile, visant à contribuer à l'une ou plusieurs fonctions du système de santé.

A cet effet une application dénommée Commcare a été mise en place. C'est une application mobile de santé (mHealth) exclusivement orientée vers la SR.

Elle permet aux Acteurs de santé de faire le suivi des femmes à travers : l'enregistrement des CPN, des accouchements, des CPON, des Vaccinations, de la PF, des références. Les données saisies par les agents sont transmises aux prestataires qui ont une idée du travail de l'acteur mais aussi de l'utilisation du service par la communauté.

C'est une application qui pourra permettre au CHU de Pikine d'entretenir une bonne communication avec les autres structures pour mieux gérer les références.

Sachant que de nos jours les nouvelles technologies de l'information et de la communication deviennent de plus en plus développées en particulier le téléphone du fait de sa large diffusion et de son utilisation par les populations, son utilisation est importante dans le domaine de la santé maternelle d'où l'importance d'instaurer le m santé à travers l'application Commcare pour lutter contre la mortalité maternelle.

Chapitre 8 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE

8.1. Présentation du projet

- Description du projet
- Titre du projet

Appui au système des évacuations sanitaire dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) au CHNP de janvier 2019 à décembre 2023

- **Localisation**

Centre hospitalier national de Pikine

- **Vision**

Nous aspirons à un monde où chaque femme enceinte, chaque mère pourra jouir de la meilleure santé et du plus grand épanouissement.

Un monde où les femmes ne mourront plus en donnant la vie

- **Missions**

1. Contribuer à l'exécution des politiques nationales de santé notamment par rapport aux volets concernant :
 - la promotion de la santé maternelle;
 - La prévention grâce aux respects des politiques de prévention mise en place.
2. Impliquer les acteurs de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais aussi les populations dans toutes les phases de résolution des problèmes de santé.
3. Assurer à partir des politiques nationales définies avec l'appui des partenaires et des populations des mécanismes favorisant l'accès universel à des soins de santé génésique complets et de qualité chez les femmes

- **Buts**

Améliorer la santé maternelle

- **Le problème**

Décès maternel élevé

- **Les objectifs**

Objectif politique (Impact) :

- Contribuer à la réduction du taux de mortalité maternelle

Objectifs stratégiques (Effets) :

- le système des évacuations sanitaires est amélioré
- un système de communication entre les structures sanitaire par la plateforme m sante est mis en place

Objectifs opérationnels (Extrants) :

Extrant1 :

- les patientes sont référées avec les normes établies
- la pyramide sanitaire est respectée

Extrant 2 :

- les structures d'accueil sont préparées à recevoir les patientes
- le Commcare est mis en place

- **Les activités**

- formation des sages-femmes et infirmiers sur les normes d'évacuation et sur le système de sante
- Plaidoyer auprès des autorités pour améliorer le système de référence
- Former les prestataires à l'utilisation du Commcare
- Achat de téléphones portables
- Mis en place d'une plateforme Commcare

- **Les risques majeurs/ conditions critiques**

- Tous les projets similaires atteignent leurs objectifs
- Adhésion des prestataires au changement de comportement
- Adhésion des opérateurs téléphoniques

- **Les ressources nécessaires**

- ❖ Humaines

- ✓ Superviseur,
- ✓ coordonnateur
- ✓ Enquêteurs,
- ✓ Responsable suivi et évaluation,
- ✓ Secrétaire,
- ✓ Gardien,
- ✓ Chauffeur
- ✓ Informaticien
- ✓ Assistant de projet
- ✓ formateurs

- ❖ Matérielles

- ✓ Local,
- ✓ Mobilier de bureau,
- ✓ Matériel didactique,
- ✓ Voitures de liaison
- ✓ Téléphones portable
- ✓ Connexion internet

- ❖ financières

Calendrier d'exécution

Phase 1 : formation de sages-femmes et infirmiers de février 2019 à mars 2020

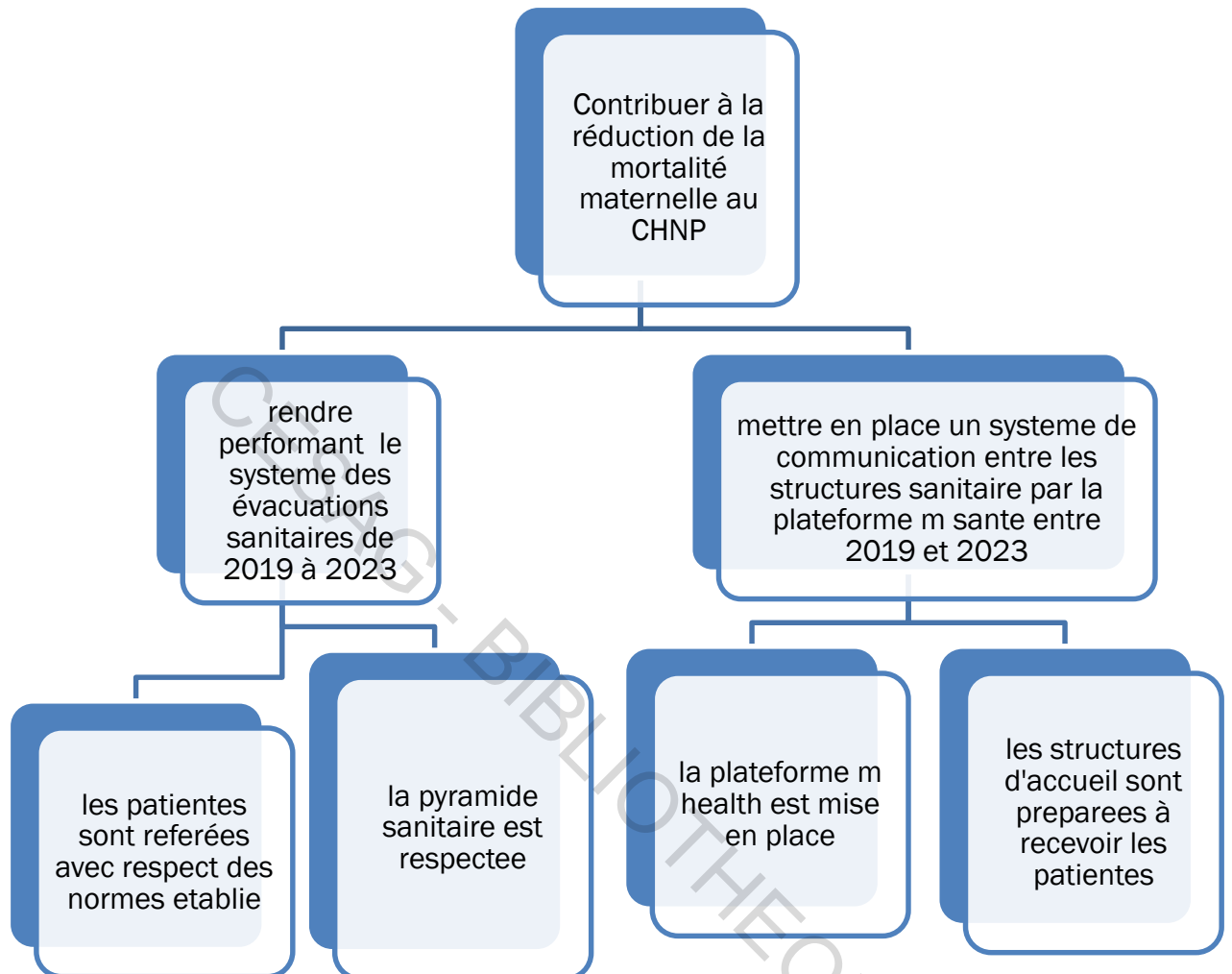
Phase 2 : Faire un plaidoyer auprès des autorités

Phase 3 : mis en place du Commcare

Phase 4 : Suivi et évaluation des activités.

8.2. Arbre des objectifs

Graphique 12 : Arbres des objectifs



8.3. Cadre logique

Tableau XVII : Cadre logique

RESUME NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLE	METHODE DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
OG : contribuer à la réduction du taux de la mortalité maternelle de 5% de janvier 2019 à décembre 2023 au CHN de Pikine	Le taux de mortalité maternelle	EDS	Tous les projets similaires atteignent leurs objectifs
OS1 : rendre performant le système des évacuations sanitaires OS2 : mettre en place un système de communication entre les structures de sante par l'utilisation de la plateforme m Health	Le nombre de femme dont la référence a été prévenue a augmenté de 80%	Bulletin d'évacuation Dossier du malade Enquête Liste des femmes enregistrées	Adhésion des prestataires au changement de comportement
R11 : les patientes sont référées avec le respect des normes d'évacuation R1.2 : la pyramide sanitaire est respectée R.2.1 : les structures d'accueil sont préparées à recevoir les patientes R.2.2 :La plateforme Commcare est mise en place	Nombre de femme qui ont bénéficié de conditions pendant l'évacuation Nombre de femme dont la structure a été prévenu de leurs évacuations Nombre de femmes enregistrées	Cahier de référence Message d'évacuation Liste des appels téléphoniques pour évacuation obstétricale Base de données de la plateforme	Disponibilité des intrants Adhésion des opérateurs téléphoniques

<p>A 1.1 formation des sages-femmes et infirmiers sur les normes d'évacuation</p>	<p>100 sages-femmes et 10 infirmiers ont reçu une formation sur les normes d'évacuation entre février 2019 et décembre 2019</p>	<p>Rapport mensuel de formation du district. -Listes d'émargement.</p>	<p>Couverture du réseau non bonne</p>
<p>A.1.2 : Plaidoyer auprès des autorités pour améliorer le système de référence par une dotation en ambulance</p>	<p>Nombre de rencontres avec les autorités</p>	<p>Enquête de satisfaction Rapport</p>	
<p>A.2.1 Mise en place d'une plateforme Commcare</p>	<p>Nombre de structures disposant de la plateforme</p>	<p>rapport</p>	
<p>A.2.2 Achat des téléphones portable</p>	<p>50 smartphone sont achetés</p>	<p>Rapport de formation</p>	
<p>A.2.2 Former les prestataires à l'utilisation du Commcare</p>	<p>2 prestataires issu de la plus part des centres de provenance des femmes évacuées sont formés sur le Commcare</p>	<p>Liste de présence</p>	

8.4. Cadre de rendement

Tableau XVIII : Cadre de rendement

LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS DE RENDEMENT	SOURCES DE DONNEES	FREQUENC E	RESPONSABLE
Impact : réduction de la mortalité maternelle	Le taux de mortalité maternelle	Enquêtes, rapport de fin de projet	En fin de projet	Charge de projet
Effet : <ul style="list-style-type: none"> le système des évacuations sanitaires est performant un système de communication entre les structures de santé par l'utilisation de la plateforme m Heath est mis en place 	<p>Au moins 80% des évacuations sont faite selon les normes</p> <p>Au moins 90% des évacuations qui viennent des postes et centre habituel sont connus avant l'arrivée de la patiente</p>	<p>Cahier de référence</p> <p>Base de données de la plateforme</p>	<p>Mensuel</p> <p>hebdomadaire</p>	<p>Charge de suivi et évaluation</p> <p>Informaticien</p> <p>Charge de suivi et évaluation</p>
Extrant1 : <ul style="list-style-type: none"> les patientes sont référées avec les normes établies la pyramide sanitaire est respectée 	Au moins 80% des évacuations sont faites avec conditions	<p>Cahier de référence</p> <p>Dossier des malades</p>	mensuel	Charge de suivi et évaluation
Extrant 2 : <ul style="list-style-type: none"> les structures d'accueil sont préparées à recevoir les patientes la plateforme m Heath est mise en place 	75% des structures de provenance des femmes référées utilisent la plateforme de communication	Base de données de la plateforme	mensuel	Charge de suivi et évaluation informaticien

8.5 Cadre de performance

Tableau XIX : Cadre de performance

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles en %					Commentaire
			Valeur 2018	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
Indicateurs d'impact										
		Le taux de mortalité maternelle	315	EDS	313	307	304	300	299.25	
Indicateurs d'effets										
		Au moins 80% des évacuations sont faites selon les normes (avec ambulance)	12%	Thèse Dr Wardini	27%	42%	60%	75%	80%	Augmentation du taux des évacuations avec ambulance de 68%
		Au moins 90% des évacuations sont connues avant l'arrivée de la patiente	1%	Thèse Dr Wardini	10%	25%	50%	75%	90%	Augmentation du taux des évacuations qui sont prévenues avant arrivée de 89%
Indicateurs d'extrait										
		Au moins 80% des évacuations sont faites avec conditions	7.3%	Enquete sur la mortalité maternelle au CHN de Pikine	25.3%	43.3%	61.3%	79.3%	80%	

75% des structures de provenance des femmes referées utilisent la plateforme de communication		0%	-	5%	15%	30%	50%	75%	75% des structures de référence sont enregistrées dans le Commcare
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	----	---	----	-----	-----	-----	-----	--------------------------------------------------------------------

CESAG - BIBLIOTHEQUE

8.5. Chronogramme des activités

Tableau XX : Chronogramme des activités

ACTIVITES	DATE D'EXECUTION					RESPONSABLES
	2019	2020	2021	2022	2023	
formation des sages-femmes et infirmiers sur les normes d'évacuation						Equipe pilote du projet
Plaidoyer auprès des autorités pour améliorer le système de référence						Direction de l'hôpital Equipe de projet
Mis en place d'une plateforme Commcare						Direction de l'hôpital Equipe pilote du projet
Formation des prestataires sur le Commcare						Equipe pilote du projet
Achat des téléphones portables						Comptable du projet
Suivi des activités						Equipe pilote du projet
Evaluation des activités						Equipe pilote du projet

8.6. Plan d'action

Tableau XXI : Plan d'action

Activités	Indicateurs	Responsable	Début	Fin	Ressources	Lieu
A.1.1 Formation des sages-femmes et infirmiers sur les normes d'évacuation et sur le système de santé	100 sages-femmes et 10 infirmiers ont reçus une formation sur les normes d'évacuation	District sanitaire	Février 2019	Décembre 2019	Formateur Support de communication Salle de réunion Ressources financier pour restauration et perdieume	Pikine
A.1.2 Plaidoyer auprès des autorités pour améliorer le système de référence	Nombre de rencontre avec les autorités	Direction de l'hôpital Equipe de projet	2019	2023	-	-
A.2.1 Former les prestataires à l'utilisation du Commcare	2 prestataires issu de la plus part des centres de provenance des femmes évacuées sont formes sur le Commcare	Equipe du projet	Janvier 2020	Février 2020	Informaticien Support de communication Salle Ressources financières	Pikine
A.2.2 Achat de téléphones portables	50 smartphones achetés	Equipe du projet	2019	2019	Ressources financières	Boutique orange
A.2.3 Mise en place du commcare	Nombre de structures disposant de la plateforme	Equipe du projet	2019	2019	Informaticien Serveur Téléphones	Pikine

Tableau XXII : Budget

PROPOSITION DE BUDGET:				
SALAIRE				
Désignation	Nombre	Coût unitaire	Nombre de jours ou mois	Coût total
Chargé de projet	1	400 000	60	24 000 000
Superviseurs	1	25000	60	1 500 000
Responsable suivi et évaluation	1	300 000	60	18 000 000
Comptable	1	150 000	60	9 000 000
Secrétaire	1	100 000	60	6 000 000
Techniciens de surface	2	40 000	60	4 800 000
Chauffeur	1	75 000	60	4 500 000
Gardiens	2	50 000	60	6 000 000
Sous total				73 800 000
ATELIER DE RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DES SAGE-FEMMES ET INFIRMIERS				
Expert en système des évacuations et système de sante	1	100 000	2	200000
Location salle	1	150 000	2	300 000
Matériel didactique	111	1 000		111 000
Pause- café	111	2 000	1	222 000
Pause déjeuner	111	3 000	1	500 000
Perdiems	110	5000	10	500 000
Sous total				1833000
MIS EN PLACE DE LA PLATEFORME COMMCARE				
cout de la plateforme	50	800	60	2400000
Sous total				2 400 000
ACHAT DE TELEPHONES PORTABLES				
Smartphones	50	40000		2000000
Sous total				2 000 000
ATELIER DE FORMATION SUR LE COMMCARE				

pause-café	100	2000	1	200000
Pause déjeuner	100	3000	1	300000
Matériel didactique	100	1000	1	100000
Per diems	100	5000	1	500000
Location salle	1	100000		100000
Sous total				1200000
TRANSPORT				
Voiture	1	3 000 000		3 000 000
Carburant		100 000	60	6 000 000
Entretien des voitures	1	15 000	36	540 000
Sous total				9 540 000
PAIEMENT DE FACTURE				
Eau		60 000	36	2 160 000
Electricité		200 000	36	7 200 000
Téléphone		350 000	36	12 600 000
Internet		250 000	60	15 000 000
Sous total				36 960 000
MISE EN PLACE DE LA PLATEFORME				
Grand total				127 733 000FCFA

Le budget de ce projet est arrêté au montant de cent vingt-sept millions sept cent trente-trois mille franc CFA

Le financement sera inséré dans le projet d'établissement de l'hôpital.

8.7. Suivi et évaluation

8.7.1. Suivi

Le suivi est le processus systématique du recueil, de l'analyse et de l'utilisation d'information visant à déterminer en continu les progrès du programme en vue de la réalisation de ses objectifs et à guider les décisions relatives à sa gestion. Il porte généralement sur les processus, notamment sur le moment et le lieu où se déroulent les activités, les auteurs des activités et le nombre de gens ou d'entités atteints par celles-ci.

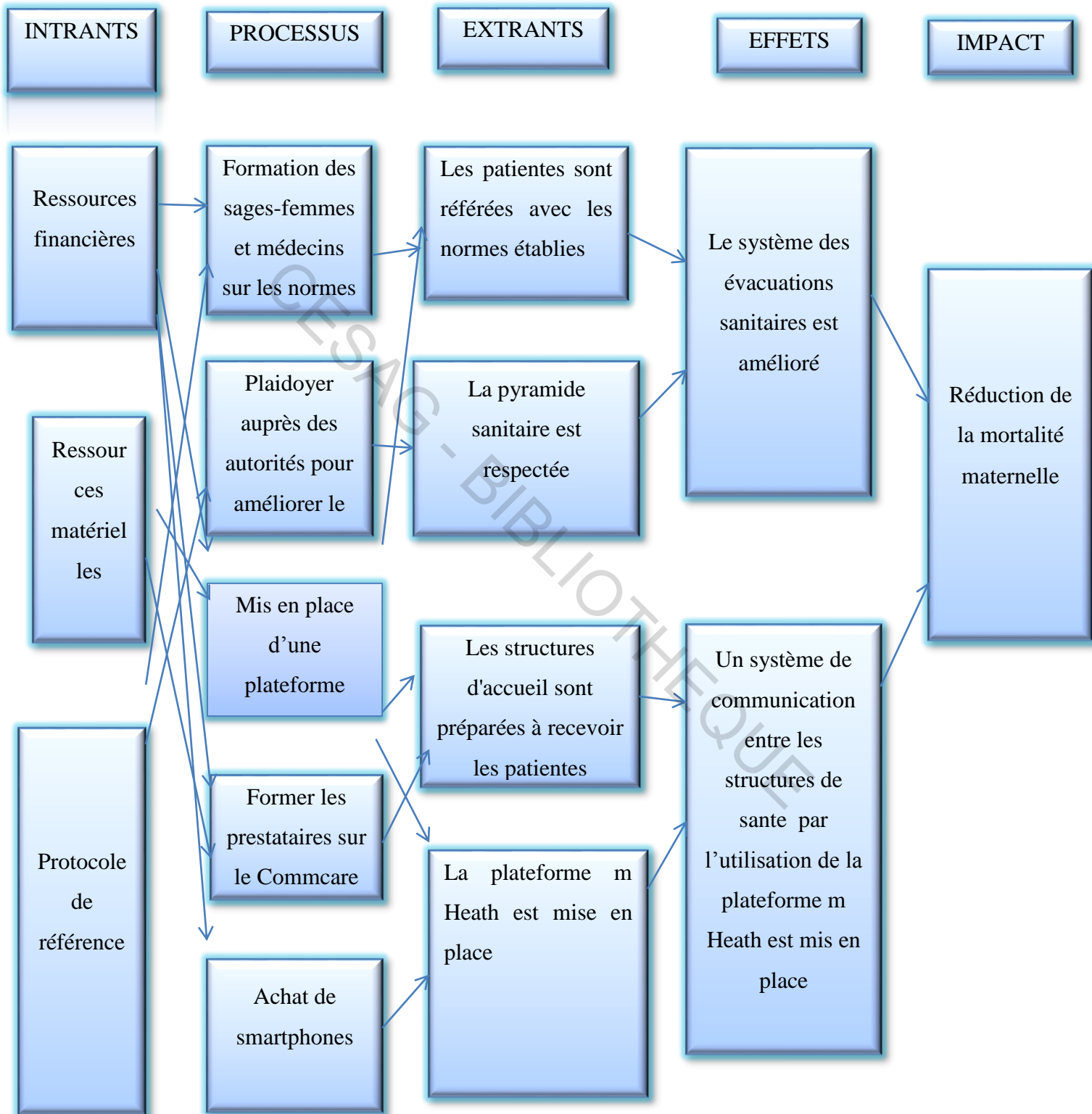
8.7.2. Évaluation

L'évaluation est l'appréciation systématique d'un projet,. Elle porte sur les accomplissements escomptés et réalisés et examine la chaîne des résultats (intrants, activités, extrants, effets et impacts), les processus, les facteurs contextuels et les rapports de cause à effet afin de comprendre les accomplissements ou le manque d'accomplissements. L'évaluation vise à déterminer la pertinence, l'impact, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des interventions et les contributions de l'intervention aux résultats obtenus.

Pour notre projet elle se fera au début à mi-parcours et en fin de projet.

8.8. Cadre logique de suivi et évaluation

Graphique 11



RECOMMANDATIONS

- ✚ À l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
 - Doter les postes et centres de santé du district d'ambulances pour faciliter les évacuations
 - Mettre en place un système national de communication entre les structures de sante
 - Informatisation du système
 - Développer la télémédecine
 - Donner la place aux TIC dans les politiques et stratégies de santé reproductive
- ✚ A l'endroit du CHNP
 - Veiller à la complétude des informations recueillies auprès des patientes
 - Augmenter la rubrique niveau d'instruction sur les dossiers des femmes car c'est un facteur déterminant dans la lutte contre la mortalité maternelle
 - Faire un plaidoyer pour le financement du projet
- ✚ A l'endroit du personnel des maternités poste et centre de sante environnantes
 - Téléphoner avant toute évacuation
 - CPN de bonne qualité
 - Référer les grossesses à risque
 - Référer les femmes à temps
 - Mettre systématiquement les femmes sous sonde urinaire et voie veineuse avant toute évacuation

CONCLUSION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Cette étude avait pour but d'étudier la mortalité maternelle au CHU de Pikine afin de contribuer à sa réduction. Ce travail a été effectué par le biais de la méthode de résolution de problème.

Elle nous a permis de montrer les difficultés liées au fonctionnement du système de référence contre référence. Les évacuations obstétricales ont une conséquence considérable sur l'état de sante maternel.

Les résultats obtenus ont pu montrer que la mauvaise gestion du système de référence était la cause principale des décès maternels donc améliorer le système des évacuations sanitaire par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), en l'occurrence le Commcare serait la solution pour faire face à cette situation.

Le système des évacuations sanitaires joue un rôle majeur dans la gestion des complications obstétricales et dans la réduction de la mortalité maternelle. De ce fait il doit être bien organisé.

Pour pallier la faiblesse des systèmes de soin, la santé mobile est nécessaire dans le monde moderne.

Ces bénéfices concernent tant la diffusion de l'information dans le cadre de programmes d'éducation et de promotion de la santé que la mise en place de mécanismes visant à améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation des services de santé. Les TIC semblent en particulier permettre de réduire les délais d'accès aux soins des patients et renforcer les capacités diagnostiques et thérapeutiques des professionnels de santé travaillant aux niveaux périphériques.

Le pays a connu ces dernières années une croissance de la couverture du territoire en réseaux mobiles et d'utilisation des services. L'amélioration de l'accès des professionnels de la santé à la nouvelle technologie est un enjeu important pour le développement du système de santé et de l'atteinte des ODD d'ici 2030.

Cependant reste à constater que même si le système des évacuations est amélioré il faudrait renforcer la qualité de la prise en charge en vue de lutter contre la mortalité maternelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages et mémoires

1. **APPOLINAIRE** Tollege 2003-2004 « *les facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique cas du Benin* » DESS en démographie
2. **Barry Boubacar** 2008 « Mortalité maternelle: cause et facteurs favorisants déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel ». Mémoire de Master de recherche en Population, Développement et Santé de la Reproduction
3. **DIARRA Bouroulaye** 2005 - 2006 « Evaluation du système de référence évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro » Pour obtenir le grade de Docteur en Médecin
4. **Eloundou Messi, Waïbaï Yaye** 30 Janvier 2017 « Contraintes À L'accès Aux Soins De Santé Maternelle Dans La Ville De Maroua »
5. **FAYE Sylvain** février 2013« *déterminants socio culturel de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région du Batha Tchad* » étude socio anthropologique sahel programme AFD _ sahel
6. **KANTE Malick et PISON Gille** 2010 « la mortalité maternelle en milieu rurale sénégalais l'expérience de nouvel hôpital de Ninéfescha »
7. **Kate Medlicott Fiona Gore Didier Allély Rick Johnston** « Introduction à l'Agenda 2030 pour le développement durable »
8. **Moussa ABDOURHAMANE** 2008 « étude sur la mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel : épidémiologie à l'audit » thèse de doctorat en médecine
9. **NGOM Ndèye Fatou** décembre 2016 « L'assistance médicale à l'accouchement au Sénégal » pour obtenir le grade de docteur de l'université de bordeaux école doctorale économie, gestion et démographie
10. **NDINGADE Aristide NADJIROUM** Pauvreté et accès aux soins obstétricaux au Tchad Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II au Cameroun - Diplôme d'études supérieures spécialisées en démographie (DESSD)
11. **PERRIN R. X.** «Mortalité Maternelle dans le Monde » Diplôme Inter Universitaire de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence SONU

12. **Pambo Phrimine Moussavou** 2014-2015 « Contribution à l'amélioration de la qualité de l'offre de service cas du service de gynéco obstétrique de l'hôpital militaire de Ouakam mémoire de pour l'obtention du diplôme en population développement et sante de la reproduction
13. **Traoré Alexandre Dumont Mamadou Jean-Richard Dortonne** 2014 « Audit des décès maternels dans les établissements de santé » Guide de mise en œuvre IRD Éditions INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT
14. **Touré Defa Wane Lalla et Taylor Sylvia Alford Rachel** Avril 2012 « Santé maternelle et néonatale au Sénégal : Succès et Défis »
15. **WARDINI Banel** 2018 « Bilan des évacuations sanitaires au service de gynecologie-obstetrique du centre hospitalier national de Pikine: à propos de 1164 cas » thèspour obtenir le grade de docteur en médecine
16. **Weil Olivier** (Conservatoire national des arts et métiers) Mari Tikkanen (Marketing for International Développement), Seni Kouanda (Institut de recherche en sciences de la santé à Ouagadougou) Adrien Absolu (AFD) Juillet 2013 « l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des communications (tic) dans le domaine de la santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne »

Documents officiels et périodiques

17. **Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue)** 2012/2013 Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)
18. **Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue)** 2016 Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)
19. **Organisation mondial de la santé** 2005 « la santé dans le monde .Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant »
20. **Organisation mondiale de la Santé** 2015 « Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies Résumé d'orientation »
21. **Plan National de Développement Sanitaire PNDS** 2009-2018 Ministère de la santé et de la prévention

22. **Plan Stratégique de la Sante de la Reproduction** 2012 - 2015 ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la prévention direction de la sante division de la sante de la reproduction
23. **Projet d'établissement** Centre Hospitalier National de Pikine 2015-2019

Notes de cours

24. **KOFFI AMANI** cours de suivi et évaluation MBA GSS CESAG 2018
25. **Mamadou BA** cours de planification stratégique CESAG 2018
26. **Mouhamadou SALL** cours de population développement et santé
27. **Pr Anta TALL** cours de santé public CESAG2018

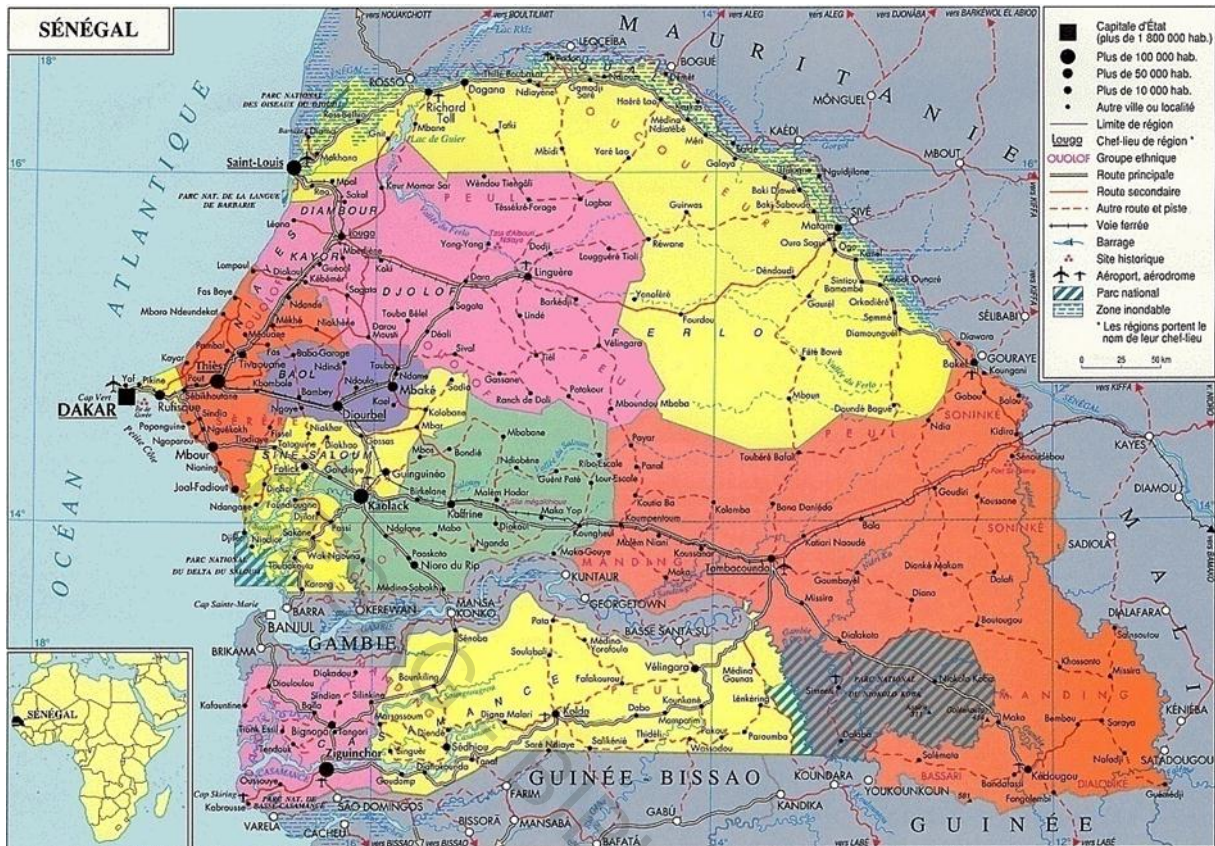
Webographie

28. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/fr/
29. <http://objectifs-du-millenaire.blogspot.com/2010/02/definition-de-la-mortalite-maternelle.html>
30. Www .google.sn
31. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-mortalite-maternelle-dans-le-monde>
32. <http://www.ansd.sn/>
33. <http://www.who.int/fr/33>.<http://www.pressafrik.com/Mortalite-maternelle-neonatale-et-infantile-1-OMS-1-UNICEF-et-la-France-au-chevet-de-3-millions-de-femmes-et-1.8millonde-moins-de-5ans>.

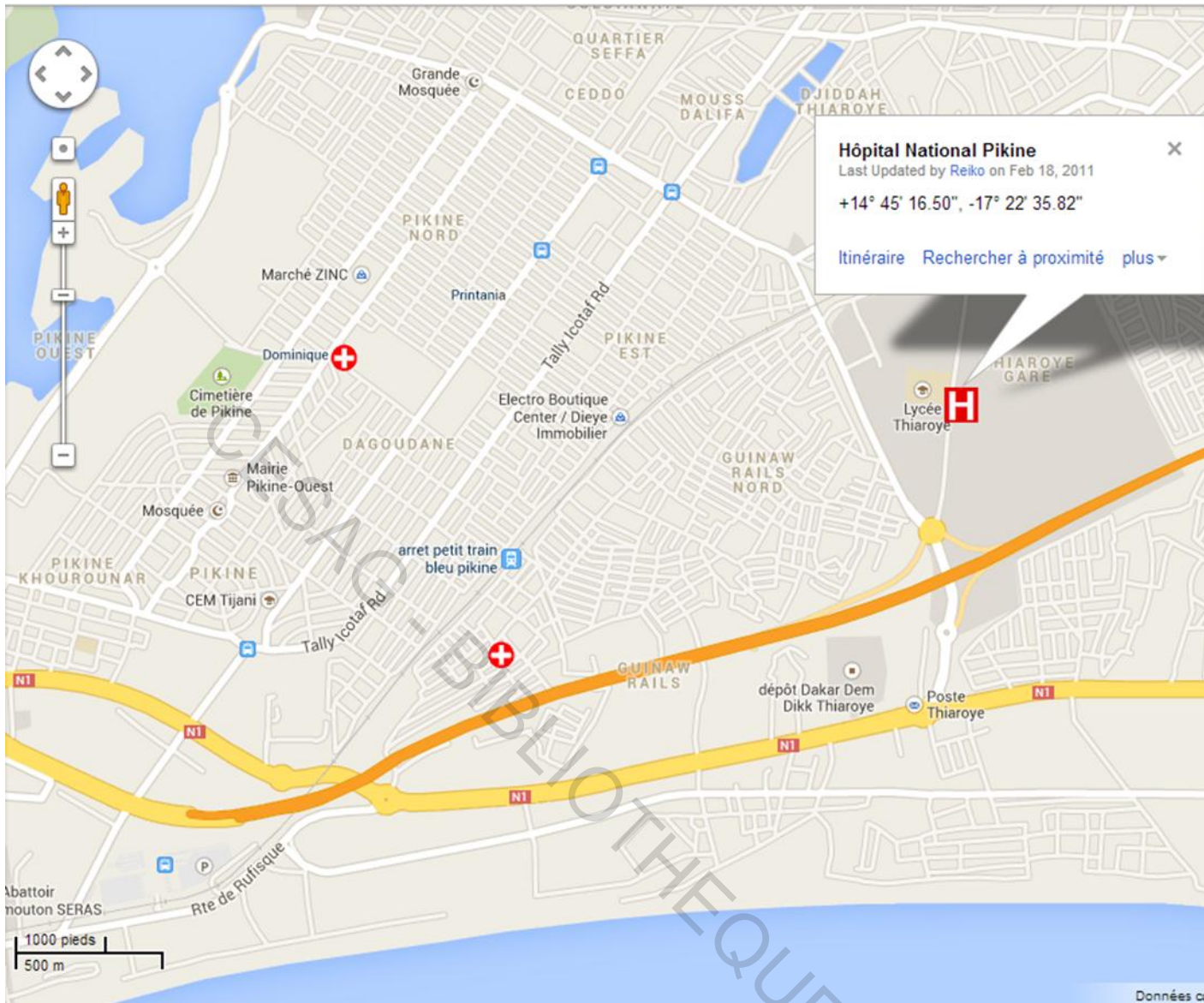
ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

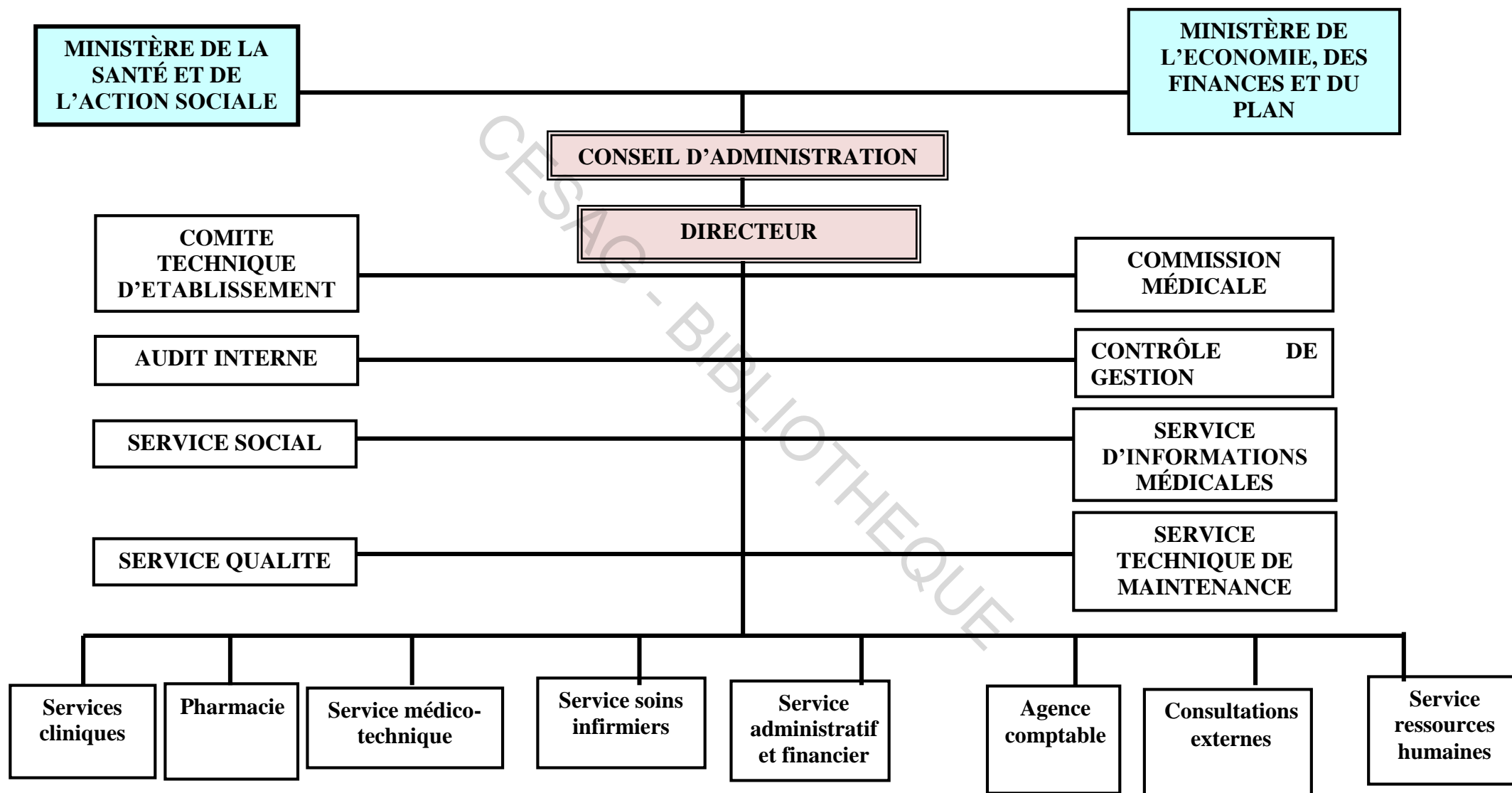
Annexe 1 : Carte du Sénégal



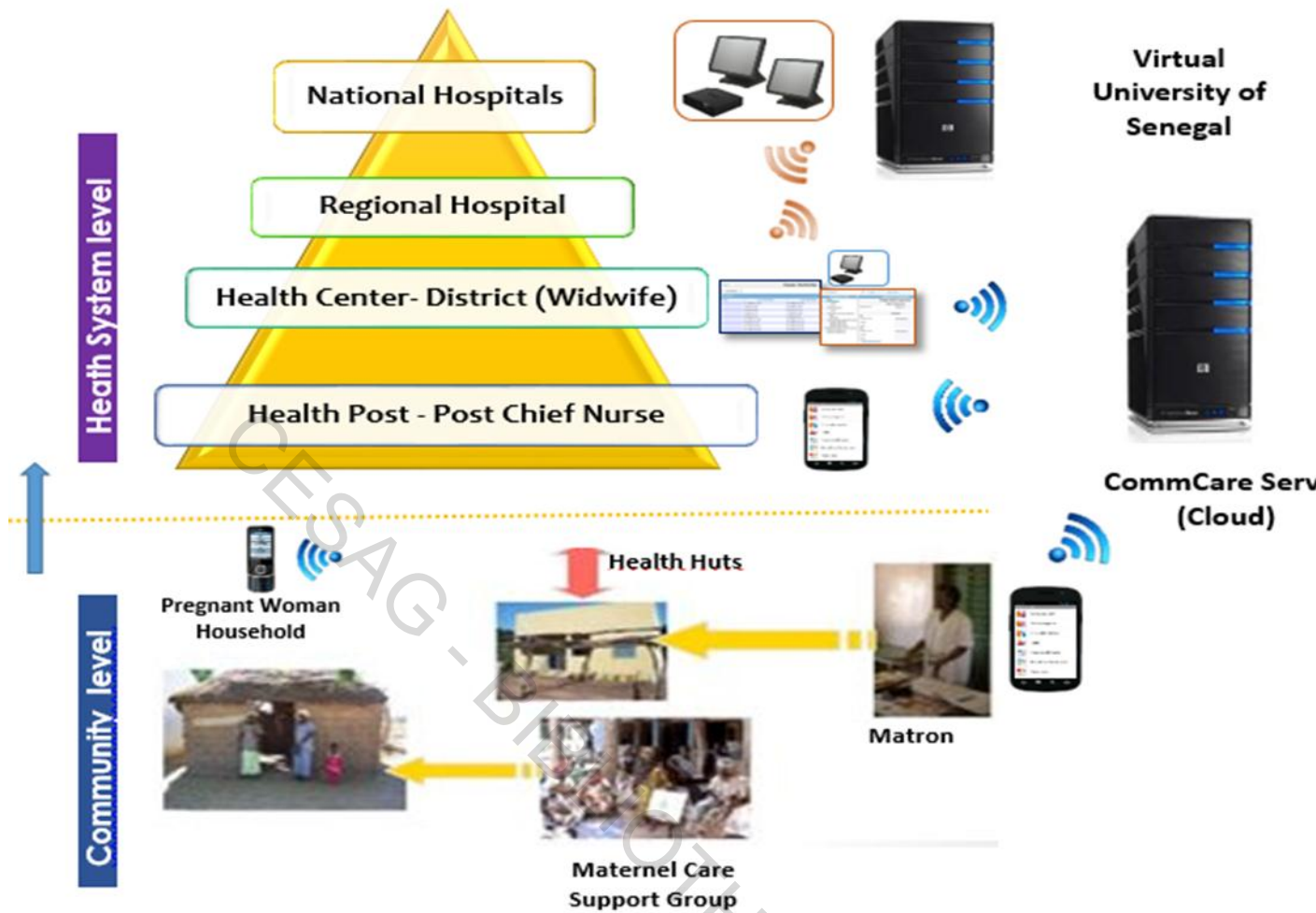
Annexe 2 : Situation géographique de l'hôpital



Annexe 3 : Organigramme



Annexe 4 : Schéma pour une meilleure gestion du système de référence



Annexe 5 : Guide d'entretien destiné au personnel

I- INFORMATIONS SUR LES DECES

Qu'est-ce que vous pensez des décès maternels ?

Quels sont les causes des décès maternels ?

II- SYSTEME DE REFERENCE

L'étude des dossiers montre que la plupart des femmes décédées sont des malade référés qu'en pensez-vous ?

Comment vous trouver le système de référence ?

Est qu'elles sont évacuées avec des fiches de référence ?

Le transport est-il toujours médicalisé ?

Etes-vous prévenu avant réception d'une référence est ce qu'il y a un système de communication entre l'hôpital et les autres structures ?

III- QUALITE DES CPN

L'une des causes majeurs des décès maternel est l'hypertension et ses complications comment juger vous la qualité des CPN ?

Ne pensez-vous pas que les sages-femmes doivent bénéficier d'une formation continue sur la prise en charge de l'éclampsie et de la Pr éclampsie ?

Ne pensez-vous pas que les maternités périphériques doivent être plus souvent supervisées ?

Annexe 6 : Fiche de collecte des informations sur les femmes décédées

contribution a la lutte contre la mortalite maternelle au CHU de Pikine

Septembre-novembre 2018 - CHU pikine

IDENTIFICATION

1. Numero du questionnaire	<input type="text"/>	4. Annee	<input type="text"/>
2. Date de l'enquete	<input type="text"/>		
3. Service	<input type="text"/>		

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

5. Age	<input type="text"/>	7. Situation matrimoniale	<input type="radio"/> 1. celibataire, 2=mariee, 3=divorcee, 4=inconnu
6. Niveau d'instruction	<input type="radio"/> 1. aucun, 2=primaire, 3=secondaire, 3=superieur, 5=inconnu	8. Lieu de residence	<input type="radio"/> 1. thiaroye, 2=pikine, 3=guediawaye, 4=dakar, 5=autres

ANTECEDENTS

9. Gestite	<input type="radio"/> 1. nulligeste, 2=primigeste, 3=paucigeste, 4=multigeste, 5=inconnu	11. Avortement	<input type="radio"/> 1. oui, 2=non
10. Parite	<input type="radio"/> 1. nullipare, 2=primipare, 3=paucipare, 4= non preciser	12. Antecedents medicaux	<input type="radio"/> 1. HTA, 2=anemie, 3=diabete, 4=non precisee

HISTOIRE DE LA GROSSESSE

13. Nombre de CPN	<input type="radio"/> 1. 1CPN, 2=2CPN, 3=3CPN, 4=4 et plus, 5= No Precise	16. Evacuation	<input type="radio"/> 1. oui, 2= non
14. Lieu des CPN	<input type="radio"/> 1. Poste de sante, 2=centre de sante, 3=CHNP, 4= Prive,inconnu	17. Condition	<input type="radio"/> 1. oui, 2=non
15. Issu de la grossesse	<input type="radio"/> 1. GEU, 2=accouchement premature, 3=accouchement à terme, 4= non precise	18. Motif d'evacuation	<input type="radio"/> 1. PES, 2=HPP, 3=Eclampsie, 4=MPEC, 5=NP, 6=HRP, 7=Anemie, 8=Dyspnee, 9=HTA, 10=Macrosomie, 11= Metrorragie, 12=RPM

INFORMATIONS SUR L'ACCOUCHEMENT

19. lieu accouchement	<input type="radio"/> 1. poste de sante, 2=centre de poste, 3=CHNP, 4=Domicile, 5=non precise	20. Mode d'accouchement	<input type="radio"/> 1. voie basse, 2=cesarienne
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------------------

INFORMATION SUR LE DECES

21. Motif du deces	<input type="radio"/> 1. Hemorragie, 2= Infection, 3=HTA et complication, 4= anemie, 5= dysnee, 6=autres	22. Moment du deces	<input type="radio"/> 1. PPI, 2= PPT, 3= IP, 4= non precise
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-------------------------------------------------------------

TABLE DES MATIERES

Dédicace	i
Remerciements	ii
Abréviations	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des graphiques	vii
Liste des annexes.....	viii
Sommaire	ix
Résumé.....	x
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE, CADRE THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL.....	4
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
1.1. Analyse de l’environnement.....	5
1.1.1. Analyse de l’environnement externe.....	5
1.1.2. Analyse de l’environnement interne	11
1.1.2.1. Présentation du centre hospitalier national de Pikine :	11
1.1.2.2. Présentation du service de la gynécologie obstétrique.....	22
1.1.2.3. Synthèse de l’environnement.....	25
1.2. Identification des problèmes et leur priorisation	26
1.2.1. Identification	26
1.2.2. Priorisation	27
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE.....	29
2.1. Problématique.....	29
2.1.1. Contexte	29
2.1.2. Justification et intérêt de l’étude	31
2.1.2.1. Justification	31
2.1.2.2. Intérêts de l’étude.....	32
2.1.3. Revue de la littérature	32
2.2 But et objectifs	39
2.2.1 But	39
2.2.2 Objectifs.....	39
Chapitre 3 : CADRE CONCEPTUEL	40

3.1. Définition de concept.....	40
3.2. Conceptualisation	41
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE	42
Chapitre 4 : METHODOLOGIE	43
3.1. Population de l'étude	43
3.2. Méthode d'échantillonnage	43
3.3. Stratégie de la recherche.....	44
3.3.1. Type de recherche	44
3.3.2. Technique de collecte de données	44
3.3.3. Instrument de collecte de données	45
3.4. Déroulement de l'enquête.....	45
3.5. Analyse des données.....	46
3.6. Difficultés de l'étude	46
Chapitre 5 : RESULTATS DE L'ENQUETE	47
5.1. Caractéristiques socio démographiques et socio sanitaires des femmes décédées....	47
5.2. Analyse des données issues du guide d'entretien.....	57
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	59
Chapitre 6 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION ..	60
6.1. Présentation des outils	60
6.2. Détermination et analyse des causes	61
6.2.1. Causes liées à la main d'œuvre	61
6.2.2. Causes liées à la méthode.....	61
6.2.3. Causes liées à la matière.....	61
6.2.4. Causes liées au milieu	61
6.2.5. Causes liées au matériel	62
6.3. visualisation des causes	62
6.4. Hiérarchisation des causes.....	64
Chapitre 7 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	66
7.1. Identification des solutions possibles	66
7.2. Priorisation de la solution	66
7.3. Justification du choix de la solution	69
8.1. Présentation du projet	71

8.2. Arbre des objectifs.....	74
8.3. Cadre logique.....	75
8.4. Cadre de rendement.....	77
8.5. Chronogramme des activités.....	80
8.6. Plan d'action.....	81
8.7. Suivi et évaluation.....	84
8.7.1. Suivi.....	84
8.7.2. Évaluation.....	84
8.8. Cadre logique de suivi et évaluation.....	85
CONCLUSION.....	87
ANNEXES.....	92
TABLE DES MATIERES.....	99