CESAG - SANTE
MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE (GSS)
Option : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE
29ème Promotion: 2018 - 2019

CESAG - BIBLIOTHEQUE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME

CONTRIBUTION A LA REDUCTION DE LA MORTALITE PERINATALE : CAS DU SERVICE DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

Soutenu par :
Dr Namandian KEITA

Sous la direction de :
Pr Boubacar WADE
Enseignant associe au CESAG

Membres du jury:
M. Moustapha THIAM
Dr. Khady SEECK

Octobre 2019

Dédicace

Au nom d'ALLAH le Miséricordieux, le très Miséricordieux. « Gloire à toi ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le sage »

Louange et gloire à DIEU le Tout Puisant qui m'a permis de mener à bien ce travail. Et que la grâce, le salut, le pardon et les bénédictions d'Allah soient accordés au meilleur de Ses créatures, notre prophète et sauveur Mouhammad ibn Abdoullah ibn Abdelmoutalib (Salla Allah'alayhi Wa Sallam), aux membres de sa famille et tous ses compagnons et également à ceux qui le suivent jusqu'au jour dernier.

Au nom d'ALLAH, le Tout Puissant, le Clément et le Très Miséricordieux

Je dédie ce travail à :

- Mon père Feu Madou KEITA : On ne choisit pas son père, mais pourtant je suis particulièrement fier et heureux de t'avoir. Ton courage, ton dévouement, ta loyauté et ta bonté ont fait de toi un homme digne. Tu nous as inculqué les valeurs de la dignité, de la justice, de l'honneur, du respect et de la probité, Tu as cultivé en nous un esprit de partage et de tolérance. Cher père tu t'es fait remarquer par ta simplicité, ton sérieux, et ta bienfaisance envers les autres, Tu as servi d'exemple pour toute la famille. Que ton âme repose en paix ! Que Le Tout Puissant t'accueille avec ceux qu'Il a comblés de ses Bienfaits parmi les prophètes, les martyrs et les véridiques ;
- Ma chère mère Feue Hadja Komba KEITA : Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration, tu as toujours été là, rendant les moments difficiles supportables. Tu es pour moi un modèle de courage d'abnégation et de générosité. J'espère que ces quelques lignes feront comprendre le fond de mon cœur. Qu'Allah le Tout-puissant t'accorde sa bénédiction et sa grâce dans ton repos éternel. Amine ;
- Ma chère et brave épouse Mariama ciré CONDE pour sa patience et son soutien sans faille durant ma formation, que notre ménage batte le record de longévité et de bonheur. Ce travail est le tiens.
- Mes enfants bien aimés : Lancinet, Madou, Dianka, Mour Tallah : que vos sourires, vos chants, vos pleurs, et vos plaintes m'ont tant manqué pendant ces mois. Qu'Allah

CESAG - BIBLIOTHEQUE

vous accorde une longue vie pour que vous devenez des grands intellectuels réussis cités en exemple

- Tous les membres de ma famille pour le soutien sans conditions.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

Nos remerciements vont particulièrement :

- ✓ Au Professeur Boubacar WADE pour son humanisme, sa simplicité, sa générosité et sa disponibilité ;
- ✓ Au Dr Seye Meissa NDEW Médecin-Chef du département de la pédiatrie, pour sa disponibilité
- ✓ Au Dr Malick N GOM chef de service Maternité pour son engagement professionnel et scientifique, à tout le personnel de la maternité et celui de la Néonatologie, et particulièrement, à Mme Lo Khady, surveillante générale de la maternité pour s'être mobilisée et avoir mis les moyens afin que le stage se passe dans d'excellentes conditions.
- ✓ Au Docteur El HAD GUEYE, Chef du département CESAG-SANTE, à l'Administration et au corps Professoral, votre rigueur et votre professionnalisme nous ont mis sur le bon chemin. Vous avez renforcé notre culture du travail bien fait et la rigueur dans toute entreprise ;
- ✓ A toutes les enseignantes et tous les enseignants du CESAG qui ont contribué à notre Formation ;
- ✓ A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de ce travail.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Sommaire

Dédicace i

Remerciements iii

Sommaire iv

Liste des sigles et abréviations v

Liste des tableaux vi

Liste des figures vii

INTRODUCTION GENERALE 1

PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE 4

Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE 5

Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE 20

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE 31

Chapitre 3 : METHODOLOGIE 32

Chapitre 4 : PRESENTATIONS DES RESULTATS 36

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS PLAN DE MISE EN ŒUVRE 51

Chapitre 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES 52

Chapitre 6 : ANALYSES DES SOLUTIONS PROPOSEES 60

Chapitre 7: MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION 64

RECOMMANDATIONS 72

CONCLUSION GENERALE 73

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 75

ANNEXES 78

TABLE DES MATIERES 82

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des sigles et abréviations

ACS : Agents communautaires de santé

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de Démographie

ASH : Aide de Santé en Hospitalisation

CESE : Conseil économique, social et environnemental

CPON : Consultation postnatale

HCCT : Haut Conseil des Collectivités territoriales

HPD : Hôpital Principal de Dakar

MPN : Mortalité Périnatale

MS : Ministère de la Santé

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit intérieur brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PSE : Plan Sénégal émergent

RDC : Réez de chaussée

RGPHAE : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage

SCD : Suite de couche

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des tableaux

Tableau I: Différentes catégories professionnelles évoluant à la maternité 14
Tableau II: Répartition des points par les participants au vote pondéré 19
Tableau III: Taux de mortalité périnatale et ses composantes 36
Tableau IV: Répartition des naissances selon l'âge des mères 37
Tableau V: Répartition des naissances selon le statut matrimonial des mères 38
Tableau VI: Répartition des naissances selon la consultation prénatale (CPN) 39
Tableau VII: Répartition des naissances selon le poids à la naissance 41
Tableau VIII: Répartition des naissances selon le sexe 41
Tableau IX: Répartition des naissances selon la cause des décès 42
Tableau X: Comparaison de la moyennes d'âge des parturientes et la mortalité périnatale 43
Tableau XI: Activité socio professionnelle et la mortalité périnatale 44
Tableau XII: Statut matrimonial et mortalité périnatale 44
Tableau XIII: Antécédents médicaux et mortalité périnatale 45
Tableau XIV: Antécédents chirurgicaux et la mortalité périnatale 46
Tableau XV: Suivi de la grossesse et mortalité périnatale 47
Tableau XVI: Voie accouchement et mortalité périnatale 47
Tableau XVII: Poids des nouveaux nés et la mortalité périnatale 48
Tableau XVIII: Priorisation des différentes causes 57
Tableau XIX: Hiérarchisation des causes priorisées par ordre de fréquence 58
Tableau XX: Priorisation et choix de la solution 62
Tableau XXI: Cadre logique 66
Tableau XXII: Cadre opérationnel 67
Tableau XXIII: Chronogramme des activités du Plan opérationnel de formation du personnel 69
Tableau XXIV: Budgétisation du plan de Formation 70
Tableau XXV: Plan de mise en œuvre du volet suivi et évaluation 71

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des figures

Figure 1: Carte du Sénégal source ANSD 5
Figure 2: Répartition des naissances selon la parité chez les parturientes 37
Figure 3: Répartition des naissances selon la profession des mères 38
Figure 4: Répartition des naissances selon le niveau d'instruction des mères 39
Figure 5: Répartition des naissances selon le mode d'entrée dans le service 40
Figure 6: Répartition des naissances selon la voie d'accouchement 40
Figure 7: Diagramme d'ISHIKAWA 56
Figure 8: Diagramme de Pareto 59

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Résumé

Notre étude a consisté à une évaluation de la mortalité périnatale à la Maternité de l'hôpital principal de Dakar exercice 2019.

Il s'agissait d'une étude dynamique, descriptive et analytique sur la mortalité périnatale du dit service.

La méthodologie utilisée est celle de la résolution des problèmes qui repose sur la logique suivante : Identification des problèmes, priorisation des problèmes, identification des causes ; hiérarchisation et priorisation des causes recensées, Choix de la cause prioritaire, identification des Solutions possibles, choix de la solution prioritaire fiable et réaliste et la mise en œuvre de la solution choisie.

L'objectif principal de cette étude était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la mortalité périnatale.

L'étude a porté sur l'ensemble des naissances enregistrées à la maternité, les femmes référées, évacuées ou venues d'elles-mêmes pour une consultation prénatale, un accouchement ou dans le post-partum, à la Maternité.

L'analyse des résultats nous a permis de trouver un taux global de mortalité périnatale de 67,69 ‰, celui de la mortinatalité 58,46 ‰ et la mortalité néonatale précoce 9,23‰.

Après hiérarchisation et priorisation des causes recensées la principale cause retenue était celle du manque de formation et de compétence du personnel sur lequel il faut agir.

La solution retenue après consensus demeure la formation de 25 personnels de santé sur l'amélioration de la prise en charge de la mortalité périnatale dans le service.

Un plan de mise en œuvre de cette solution prioritaire a été élaboré et comporte une justification de la solution choisie, un cadre logique, un plan d'action opérationnelle, un budget du plan d'action et un volet suivi et évaluation pour parvenir dans les meilleures conditions aux résultats attendus à court ou long terme.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

La grossesse, l'accouchement, et les premiers jours qui suivent la naissance comportent bien des risques pour un grand nombre de mères et de nouveau-nés, notamment dans les pays en développement. Ces risques peuvent aboutir à une morbidité et/ou à une mortalité maternelle et/ou périnatale [3,8].

La mortalité périnatale constitue un fléau dramatique pour un couple, une communauté et même une nation toute entière, parce qu'elle bouleverse l'existence d'une mère qui a nourri pendant neuf mois l'espoir de mettre au monde un enfant dont le cours de la vie a déjà fait l'objet de réflexions au sein du couple. Dans le monde, les taux de mortalité périnatale varient d'une région à l'autre. Ces taux paraissent d'autant plus élevés que le niveau socio-économique de la Communauté est bas. Les taux de mortalité maternelle, et périnatale enregistrés en Afrique sont les plus élevés au monde [3,8].

Ces deux paramètres constituent les meilleurs indicateurs actuellement disponibles, reflétant le mieux la qualité de soins : prénatal, intra partum, post natal, ainsi que les soins dispensés au nouveau-nés. La mortalité périnatale dans les pays développés est inférieure à 10‰ [8].

Les pathologies périnatales constituent la première cause de décès chez les enfants des pays en voie de développement. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la mortalité périnatale (MPN) regroupe la mortinatalité (mort-nés après 22 semaines de gestation) et la mortalité néonatale précoce (décès durant les 7 premiers jours de vie) [31]. C'est un remarquable indicateur de la qualité des soins, ce qui signifie qu'en améliorant les services, en particulier ceux qui s'adressent aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, on a la chance de la réduire notablement. Son étude permet de mettre en évidence les facteurs qui la conditionnent et les moyens de les réduire. Si les pays industrialisés ont réussi à réduire la mortalité et la morbidité périnatale (morbi-mortalité périnatale), reflet de leur progrès socio-économique, de la prévention et de la promotion des unités de soins intensifs, les pays en développement sont loin d'être le cas. La mortalité périnatale demeure alors une de leurs principales préoccupations et sa réduction est un défi crucial à relever pour l'amélioration de la santé des enfants, d'autant plus que celle-ci reste possible. La MPN étant parmi les priorités du Ministère de la Santé (MS) de nos pays, les responsables doivent être conscients du problème posé par celle-ci, maîtriser son taux, mettre l'index sur ses causes et ses circonstances afin de proposer une approche de solutions pour les prévenir.

CESAG BIBLIOTHEQUE

Les taux de mortalité périnatale varient grandement entre les pays développés, allant de 0,73‰ pour la Finlande à 6,7‰ pour le Canada, et 7,1‰ pour la France [3, 8,31].

L'Afrique de l'Ouest est la deuxième région où le taux de mortalité périnatale est le plus élevé après l'Afrique Centrale, avec respectivement 69 et 74 décès périnatals pour 1000 naissances [8]. Les estimations publiées en 2010 par les Nations Unies montrent une variabilité importante dans la région Ouest africaine, où on note par exemple un taux de 50 décès pour 1000 naissances au Mali, 59 au Sénégal, 91 en Sierra Léone et 94 en Côte d'Ivoire. La Guinée affiche le taux de mortalité périnatale le plus faible en comparaison avec ses voisins, soit 46 décès pour 1000 naissances [8].

La détermination de l'ampleur de la mortalité périnatale et l'identification de ses causes et facteurs de risque constituent l'étape première de la conception et de la mise en place d'interventions visant à réduire ce problème. C'est dans cette perspective que la présente étude est proposée dans une structure de santé tertiaire offrant les soins obstétricaux et néonatals d'urgences complets.

Pour mener à bien cette étude, nous l'avons reparti en trois (3) parties :

- Première partie : analyse situationnelle et cadre théorique
- Deuxième partie : méthodologie et présentation des résultats
- Troisième partie : identification des causes et mise en œuvre des solutions :

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE :

ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. Analyse de l'environnement externe

1.1.1. Situation géographique

Le Sénégal est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité par l'Océan Atlantique à l'Ouest, la Mauritanie au Nord, le Mali à l'Est, la Guinée Conakry et la Guinée-Bissau au Sud. La Gambie forme une quasi-enclave dans le Sénégal, pénétrant à plus de 300 km à l'intérieur des terres. Le territoire sénégalais est compris entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest et s'étend sur une superficie de 196.722 km2. Le climat est de type désertique dans le Nord, et tropical dans le Sud avec une saison des pluies de juin à octobre et une saison sèche de novembre à juin ainsi que des alizés continentaux et des températures comprises entre 22 °C et 30 °C entre le littoral et l'intérieur du pays**.**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 1: Carte du Sénégal source ANSD

1.1.2. Démographie du Sénégal

L'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) a réalisé le Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage (RGPHAE) en 2013. Les résultats publiés ont montré que la population du Sénégal est estimée à 13.508.715 dont

49,9% d'hommes et 50,1% de femmes. Elle est caractérisée par sa jeunesse ; l'âge moyen de la population était de 22,4 ans et l'âge médian de 18,7 ans. La population rurale y apparait plus jeune avec un âge médian se situant à 15 ans contre 21 ans en milieu urbain, reflet de l'exode rural qui concerne généralement les jeunes adultes des zones rurales. Les individus vivants en milieu rural représentaient 54,8% de l'ensemble de la population. Sur le plan de la répartition spatiale, il existe une disparité dans le peuplement des circonscriptions administratives du pays. La région de Dakar qui représente 0,3% de la superficie nationale, avec 3.137.196 habitants, est la région la plus peuplée, alors que la région de Kédougou l'Est moins avec 151.715 habitants. Avec une densité moyenne nationale de 69 habitants au Km², Dakar est aussi la région où la concentration du peuplement est plus accentuée avec 5.735 habitants au km² contre seulement 9 habitants au km² à Kédougou**.**

1.1.3. Situation politique, administrative et économique

1.1.3.1. Situation Politique

Depuis son indépendance en 1960, le Sénégal est une république démocratique qui est passée d'un régime parlementaire (1960-1963) à régime présidentiel à partir de 1963 puis à un régime semi-présidentiel en 2000.Les institutions de la république sont le Président de la République, l'Assemblée Nationale, le Gouvernement, le Haut Conseil des Collectivités territoriales (HCCT), le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), le Conseil Constitutionnel, la Cour Suprême, la Cour des Comptes et les Cours et Tribunaux. Dotées d'une indépendance par leur fonctionnement, ces institutions entretiennent des relations étroites. Le multipartisme est de rigueur depuis 1981, après les périodes de parti unique entre 1960 et 1974 et l'ouverture à trois courants politiques de 1974 à 1981. Actuellement, plus de cent partis politiques sont enregistrés officiellement (Source : ANSD).

1.1.3.2. Situation administrative

L'organisation administrative repose sur deux principes fondamentaux au Sénégal : la déconcentration et la décentralisation. Sur le plan de la déconcentration, depuis 2008, le Sénégal est divisé en 14 régions à la tête desquelles se trouvent des gouverneurs, chefs de l'exécutif régional. Les régions sont subdivisées en départements (45) dirigés par des préfets, et les départements en arrondissements (117) dirigés par des sous-préfets.

Sur le plan de la décentralisation, le Sénégal est à la troisième étape depuis 2013 par l'adoption de l'acte 3 de la décentralisation consacrant la communalisation intégrale,

CESAG - BIBLIOTHEQUE

l'érection des départements en collectivités locales et la suppression de la région en tant que collectivité locale. Cette nouvelle réforme vise à compléter certains dispositifs issus des réformes de 1972 et 1996 et en même temps à opérer de nouvelles orientations. Avec la loi n°2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités locales, le Sénégal se retrouve ainsi avec 45 Départements et 557 Communes. Le statut de Ville est maintenu pour Dakar, Pikine, Guédiawaye, Rufisque et Thiès. Avec la décentralisation, le pouvoir exécutif entend impliquer davantage les populations, à travers les élus locaux, à la gestion de l'Etat.

1.1.3.3. Situation économique

Le Sénégal fait partie des pays à faible revenu dont près de 50% de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté (170ème place à l'Indice du Développement Humain du PNUD : IDH, Rapport 2016). Dans l'espace UEMOA, il enregistre les taux de croissance parmi les plus élevés (6,5% en 2015). Le produit intérieur brut (PIB) par habitant en 2015 est estimé à 567.758 FCFA soit 966 US$ (Sources : Gouvernement du Sénégal, Communiqué de presse, 2015).

Le secteur primaire (18% du PIB), occupant 50% de la population active, bénéficie de conditions climatiques favorables depuis quelques années. Les activités du secteur secondaire (24% du PIB) sont fondées sur l'industrie liée aux phosphates (production d'engrais et d'acide phosphorique), l'exploitation de gisements miniers aurifères, la cimenterie, l'industrie agroalimentaire et les activités liées aux bâtiments-travaux publics. Le secteur tertiaire (58% du PIB) tire profit de l'excellence des infrastructures des télécommunications et de la forte rentabilité des télés services et internet. Le tourisme est une composante non négligeable de ce secteur mais connait, au cours des dernières années, un ralentissement à cause de facteurs exogènes (épidémie Ebola, insécurité, etc.)

L'année 2016 marque la troisième année de mise en œuvre du Plan Sénégal Emergent (PSE) qui a l'ambition de mettre le Sénégal sur les rampes du développement à l'horizon 2035 dont la première phase d'évaluation est fixée en 2025. Le PSE vise à relever plusieurs défis, notamment la lutte contre la pauvreté, la création de conditions propices au développement des affaires, etc. Dans cette perspective, le Sénégal bénéficie de l'assistance technique des institutions internationales comme le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale (BM) ainsi que les partenaires techniques et financiers (PTF) comme l'Union

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Européenne (UE), la Banque Africaine de Développement (BAD) et le secteur privé national et international.

1.1.4. Caractéristiques sanitaires de la population

Les maladies transmissibles constituent les premières causes de morbidité en termes de DALYs (années perdues corrigées au facteur d'incapacité) ; en effet, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et le paludisme en sont les 3 premières causes. Toutefois, il est à noter que le taux proportionnel de morbidité palustre a significativement diminué de 39,7% en 2000, à 3% en 2009.

La charge de morbidité liée à l'infection VIH/Sida est estimée à 44.000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ; le nombre de décès liés au VIH/Sida est lui estimé à 2.400 par an (estimation pour l'année 2014).

Selon les résultats de l'EDS-MICS, le taux de séroprévalence de 0,8% chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges qui est de 0,5%. En effet, on note au Sénégal une tendance à la baisse du ratio d'infection femme/homme, qui est passé de 2,25 en 2005 (EDS IV) à 1,6 en 2010 (EDS-MICS).

La tuberculose sévit de manière endémique et constitue un problème de santé publique ; son incidence est estimée en 2015 à 139 /100000 habitants et il n'existe pas de signes évidents de baisse de la morbidité. Même si le taux de succès du traitement a atteint 87%, plus d'1/3 des cas attendus ne sont pas diagnostiqués dans la communauté au niveau du pays.

Les maladies non transmissibles commencent à être un fardeau sanitaire important pour le système de soins. Les maladies cardiovasculaires sont devenues un véritable problème de santé publique du fait de l'augmentation de leur charge de morbidité dans tout le pays. Le taux annuel de mortalité générale, pour 1.000 habitants, a diminué de 26,1 décès en 1960 à 6,2 en 2014, soit une diminution de 74% en 54 ans. Le taux de mortalité maternelle a régressé de 42% depuis 1990 ; il était estimé à 315 décès pour 100.000 naissances vivantes pour l'année 2015 ; par ailleurs, la proportion des décès liés à la maternité parmi les décès qui surviennent chez les femmes en âge de procréer a diminué de 29,5% en 1990 à 16,3% en 2015. Le taux annuel de mortalité infantile, pour 1.000 naissances vivantes, a lui aussi diminué de 304,5 décès en 1959 à 51,5 en 2015.Il est estimé que 17% des enfants de moins de 5 ans ont une insuffisance pondérale (2013).

CESAG BIBLIOTHEQUE

1.1.5. Le système de soins au Sénégal

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale qui comprend un niveau central, un niveau intermédiaire constitué par les régions médicales et un niveau périphérique appelé District sanitaire. Le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations.

Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire et englobe un ou plusieurs centres de santé, un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé, les sites communautaires et les maternités rurales. Dans l'aire de responsabilité du district sanitaire on retrouve dans certains cas, des structures sanitaires privées à but lucratif ou non lucratif, des structures sanitaires d'entreprise et des structures sanitaires de garnison.

Les régions médicales, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la Région administrative sont au nombre de 14 et assurent la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elles organisent la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assistent dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification.

Le niveau central est représenté par les services centraux du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS). Outre le Cabinet du Ministre, il comprend le Secrétariat général et deux directions générales (Direction générale de la Santé et Direction générale de l'Action sociale) en plus des directions indépendantes et services nationaux qui leur sont liés. Les structures sanitaires du secteur public sont comme suit : 34 hôpitaux, 101 centres de santé, 1467 postes de santé, 129 maternités, et six établissements publics de santé non hospitaliers.

Le secteur sanitaire privé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux, 59 cliniques, 570 cabinets para médicaux, 80 structures privées confessionnelles (postes de santé), 155 postes de santé privés lucratifs et 950 pharmacies. Il y'a également 23 structures sanitaires d'entreprise qui assurent des prestations de soins aux employés et à leurs familles.

A ces secteurs sanitaires s'ajoutent au niveau communautaire 1234 cases de santé fonctionnelle qui sont tenues par des bénévoles appelés agents communautaires de santé (ACS).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Malgré les efforts entrepris au cours des deux dernières décennies, le système de santé du Sénégal demeure confronté à un déficit important en ressources humaines. Ce déficit se pose avec plus d'acuité dans les zones rurales et les régions difficiles d'accès ou éloignées des grands centres urbains.

Les statistiques rapportent qu'il y a 1 infirmier(ère) du secteur public pour 4.183 habitants, 1 sage-femme du secteur public pour 3.946 femmes en âge de reproduction et 1 médecin, qu'il soit du secteur public ou privé, pour 10.958 habitants. Les régions de Diourbel, Kaffrine, Kolda, et Louga ont les plus faibles ratios.

1.1.6. Synthèse de l'analyse de l'environnement externe du système de santé

- **Menaces**

Augmentation des cas ultra résistants aux antituberculeux de premières lignes.
Fardeau des maladies non transmissibles (diabète, accident vasculaire cérébral etc. …).
Rareté des ressources Financières.
Endémicité des maladies tueuses telles que : la tuberculose, le paludisme et VIH/sida.
Seuil de pauvreté encore élevé.

- **Opportunités**

Stabilité dans le pays.
Volonté politique dans la lutte contre les maladies tueuses.

- **Forces**

Baisse de la mortalité materno-infantile.
Gratuité des antituberculeux et les antirétroviraux.
Existence des mutuelles de santé.

- **Faiblesses**

Insuffisance des équipements
Exiguïté et vétusté des locaux
Déficit du recouvrement
Insuffisance en ressources humaines qualifiées.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1.2. Cadre de l'étude

1.2.1. Analyse de l'environnement interne

C'est durant la 2ème grande période architecturale de l'Hôpital Principal de Dakar (HPD) qui se situe entre 1922 et 1930 que fut construit le bâtiment de la Maternité en 1922 dans un style colonial. Le service est intégré dans le département d'urologie gynécologique obstétrique.

1.2.2. Organisation et fonctionnement du service de la maternité :

1.2.2.1. Organisation du service

Modalité d'admission des patientes

Les patientes de la maternité viennent soit :

- Du service des urgences bien que rarement,
- De la consultation externe, il s'agit généralement de patientes qui sont suivies dans la structure par l'un des gynéco obstétriciens de la maternité qui occupent chacun un bureau à cet effet,
- De chez elles, c'est souvent des femmes en travail ou présentant une pathologie quelconque (vomissements, hypertension artérielle, diabète…),
- D'autres hôpitaux ou structures sanitaires de la place par évacuation ou référence pour une meilleure prise en charge.

Quelle que soit leur provenance, elles sont reçues par la sage-femme qui assure le tri. Cette dernière va après examen, hospitaliser la patiente ou la libérer avec ordonnance sur avis médical.

Toutes les informations sont enregistrées dans un registre où sont mentionnées les coordonnées de la patiente, le nom de la sage-femme ou du médecin qui l'a vue, le diagnostic posé, la conduite à tenir et l'observation.

A l'issue de leur grossesse par un accouchement par voix basse ou voix haute (césarienne), ces femmes seront vues en consultation postnatale 1 (CPON1) à J1 lors de la visite dans le secteur d'hospitalisation dénommé Suites de couche (SCD).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1.2.2.2. Fonctionnement du service

Les activités effectuées dans le service de la maternité sont :

- La ronde du major administratif pour enregistrer les nouvelles entrantes
- Les accouchements sont assurés par les sages-femmes mais en cas de complication l'intervention du gynécologue de garde est nécessaire pour une extraction instrumentale par un forceps ou une ventouse ou une césarienne selon l'indication.
- La visite des patientes est effectuée chaque matin après le staff vers 8h30 par les Sages-femmes de garde dont une en Suite de couche au réez de chaussée (RDC) et une à l'étage en compagnie d'un médecin selon le planning établi à cet effet. Cependant à l'absence de médecin ce sont les sages-femmes qui l'assurent avec une assistante infirmière qui les seconde dans les soins.
- La prise en charge des avortements du premier trimestre (par déclenchement au misoprostol ou par aspiration manuelle intra utérine).
- La consultation prénatale et gynécologique sont assurées par les 4 médecins de la maternité sur rendez-vous fixés par la secrétaire de la maternité tous les jours ouvrables sauf le mardi et le vendredi jours de programme opératoire.
- La planification familiale gérée par une sage-femme responsable formée du lundi au vendredi de 8h30 à 15h30 ou toutes les méthodes sont offertes.
- La consultation postnatale de J9 à j42 assurée sur rendez-vous par la sage-femme responsable des CPON qui occupe un bureau à l'étage du bâtiment ST LOUIS de la maternité crée pour la réalisation de cette activité. Le service est assuré tous les jours de la semaine de 8h 30 à15h30.
- Les soins externes qui prennent en charge les pansements après la sortie sont assurés par les assistantes infirmières tous les jours ouvrables à partir de 8h00.
- Le programme opératoire réalisé sur 2 demi-journées opératoires les mardi et vendredi, après discussion des dossiers lors d'une réunion des gynécologues du service avant la programmation.

➢ Le système de gestion du personnel :

- Le personnel paramédical de la maternité fonctionne en système de roulement de 4 équipes de ; chaque équipe comporte 8 personnes
- 5 sages-femmes dont une au tri ; deux en salle d'accouchement ; une en SDC/ RDC, une en SDC / étage
- Une infirmière ou assistante infirmière en SDC

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- Une ASH en salle d'accouchement
- Une ASH en SDC

Ces équipes assurent des gardes de jour comme de nuit, de 12h avec un repos compensateur de 36h.

➢ Le service général concerne :

- La surveillante des soins ;
- Le major administratif ;
- Les secrétaires ;
- L'assistante infirmière de la nurserie
- L'assistante infirmière des soins externes
- 4 ASH des SDC ;
- Le maitre d'hôtel

➢ Moyens du service :

Le service de la Maternité est composé de :

- 1 salle d'accouchement de 4 tables
- 1 salle de travail de 3 lits
- 1 bureau des Sages-Femmes (SFE)
- 1 salle d'échographie et AMIU équipée
- 1 salle de tri équipée
- 1 bureau des SFE au RDC
- 1 bureau des SFE à l'étage
- 1 bureau CPON
- 1 bureau Planification Familiale (PF)
- 4 bureaux des médecins
- 1 bureau de la surveillante
- 1 bureau du major administratif
- 1 salle de nurserie
- 1 salle de soins externe
- 3 offices (cuisines) dont 1 RDC, 1 étage, 1 VIP
- 27 chambres (16 à 2 lits ; 6 cabines individuelles ; 5 chambres VIP)

CESAG BIBLIOTHEQUE

1.2.2.3. Les ressources humaines

Tableau I: Différentes catégories professionnelles évoluant à la maternité

Catégories professionnelles	Effectifs
Gynécologue	4
Surveillante de soins	1
Major administratif	1
Secrétaire	1
SFE	25
Assistantes infirmières	7
Aides infirmières	2
ASH	11
Maitre d'hôtel	1

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1.2.2.4. Les ressources financières

Essentiellement financé par l'Etat et la Direction de l'hôpital

Cependant nous pouvons avancer que l'intégration des CPON dans les activités de la maternité va avoir des retombées financières assez conséquentes car facturées comme C2 par rendez- vous (RV) soit deux RV par accouchée pour en moyen un accouchement par mois.

Il est important de signaler que la coordination et la supervision des activités de la maternité pour des soins de qualités est sous la responsabilité de la surveillante de soins dont les activités sont :

1.2.2.5. Les soins

- Mettre en place une organisation et des méthodes de travail adaptées
- Recenser les techniques de soins
- Prévoir, organiser, contrôler l'exécution des taches, des procédures et des protocoles de soins et d'hygiène
- Assurer une répartition judicieuse des taches en fonction des compétences et de la charge de travail

- Veiller à l'accueil, au confort, à la qualité des prestations hospitalières et du séjour, au respect des droits des personnes hospitalisées
- Veiller à l'application des prescriptions médicales
- Gérer l'armoire à pharmacie
- Contribuer à l'analyse et à la correction des dysfonctionnements du service, gérer les incidents critiques
- Développer et coordonner dans le service, la mise en place des outils spécifiques (dossiers de soins, planification, transmission, …)
- Gestion des ressources humaines :
- Etre responsable du management des équipes
- Etablir le planning prévisionnel, mensuel et de présence en temps réel du personnel, soumis à la signature du chef de service
- Etablir en janvier le tableau des congés annuels du personnel soumis à la signature du chef de service et transmis à l'infirmier principal
- Viser les demandes de congés du personnel avant de la soumettre à la signature du chef de service.
- Participer à l'évaluation du personnel affecté dans le service
- Participer à une réflexion sur l'absentéisme du personnel
- Vérifier l'adéquation ressources / activités.
- Gestion des locaux, Matériels et Travaux :
- Etablir les demandes de matériels : produits d'entretien, hôteliers, consommables et matériels à usage unique destinés aux soins
- Contrôler l'utilisation des matériels distribués
- Organiser la gestion et la maintenance du matériel et établir des procédures d'utilisation des appareils
- Participer aux travaux d'amélioration des conditions d'hébergement et d'évaluation du service avec l'équipe médicale et logistique, aux choix de matériels
- Gérer les stocks des produits et matériels à l'aide d'outils de gestion

1.2.2.6. Formation, Information, Recherche :

- Etre responsable de l'encadrement des stagiaires infirmiers, sages-femmes, auxiliaires dans le service
- Participer à la prévision du nombre de stagiaires

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- Elaborer et évaluer le projet d'encadrement des stagiaires et des nouveaux personnels avec la collaboration du responsable de la formation paramédicale
- Procéder à l'évaluation de fin de stage après avis des personnels ayant réalisé l'encadrement
- Participer aux réunions périodiques des surveillants
- Participer aux réunions institutionnelles
- Transmettre les besoins en formation continue et initiale des personnels à sa hiérarchie après concertation avec l'équipe
- Participer à des actions de formation qui sont de sa compétence
- Participe à des études et des recherches dans le service et dans l'établissement
- Animer des groupes de travail, de projet et en assurer le suivi
- Organiser et animer des réunions d'informations avec les personnels du service**.**

Source : Fonctionnement de la maternité de l'hôpital principal de Dakar.

CESAG BIBLIOTHEQUE

1.2.2.7. Les Forces, faiblesses opportunités et menaces

- **Les Forces**
  - Diversité et compétences du personnel de la cellule.
  - Disponibilité du personnel.
  - Tenue régulière des rencontres journalières (le staff) d'information générale et de restitution des activités.
  - Engagement du personnel
  - Propreté des locaux
  - Appui de la Direction
  - Exécution des soins à temps

- **Les Points à améliorer**
  - Faible capacité du programme en ressources humaines,
  - Absence d'un système d'archivage électronique,
  - Absence de politique de motivation du personnel
  - Rupture de médicaments
  - Insuffisance d'équipements
  - Absence de salle d'accueil
  - Exiguïté et vétusté des locaux

- Absence de boite à suggestion dans le service
- Insuffisance du nombre de médecin gynécologue
- Absence d'enquête de satisfaction

➢ **Les opportunités**

- Engagement de l'Etat à améliorer significativement la santé des populations aves la Couverture Maladie Universelle (CMU)
- Engagement du Ministère de la Santé pour la réduction de la mortalité infantile
- Plan Sénégal Emergent
- Partenariat Public et Privé
- Formation et Evaluation continue

➢ **Les menaces**

- Epidémies et catastrophes naturelles
- Le coût élevé des prestations pour une certaine catégorie de la population.

1.3. Identification des problèmes

1.3.1. Identification des problèmes

Durant le séjour à la maternité, nous sommes parvenus à identifier les problèmes suivants :

1. Insuffisance de personnel
2. Rupture de médicament
3. Manque de matériel
4. Exiguïté et vétusté des locaux
5. Absence d'un système d'archivage électronique
6. Absence d'une salle d'accueil
7. Absence d'un système de motivation du personnel dans le service

Après identification des problèmes, un choix sera porté sur l'un d'entre eux qui sera considéré comme prioritaire et va nous permettre d'orienter notre analyse puis de déterminer les causes des dysfonctionnements constatés dans la structure, afin de proposer des solutions et un plan de mise en œuvre de ces solutions.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1.3.2. Priorisation des problèmes (Université-Laval, 2010-2011) [29] (COLLY, 2018) [3]

Pour l'analyse et la priorisation des problèmes, l'outil utilisé est appelé « le vote pondéré ». Il se fera à travers des critères de priorisation des problèmes, à savoir : L'ampleur, la gravité, la solvabilité. Chaque critère est noté de 1 à 5 par les votants. L'objectif pour nous est d'hiérarchiser les problèmes constatés. Pour ce faire, nous allons procéder par une approche participative impliquant le personnel (le médecin chef, la surveillante générale, le major du service, les sages-femmes, et les infirmières) de la structure. Chaque membre aura à attribuer une note aux différents critères selon son appréciation. Nous allons faire la somme des notes de chaque critère qui constitue le score final attribué à ce problème.

1.3.3. Méthode

Il s'agit d'associer à chaque problème une lettre (A, B, C, D, E, F……). Chacun des problèmes est pondéré en fonction des critères suivants : Ampleur : fait allusion au niveau d'atteinte du système en place ; Gravité : fait allusion à l'impact du problème sur le système ; Solvabilité : fait allusion à la capacité à faire face au problème (court long et moyen terme) ;

Chaque participant doit respecter cette échelle de pondération, puis répartir les points sur les idées qui lui semblent importantes.

Ampleur : Grande =5 Moyenne =3 Faible =1 Gravité : Très grave =5
Grave =3 Pas du tout grave =1 Solvabilité : Grande =5 Moyenne =3 Faible =1

Processus du vote pondéré

Associons à chaque problème une lettre (A, B, C, D, E, F……), afin de procéder au vote pondéré. A= Insuffisance du personnel, B= Rupture de médicaments, C= Manque de matériel, D= Communication interne, E= Exiguïté des locaux, F= Absence d'un système d'archivage électronique, G= Présence d'une salle d'accueil.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau II: Répartition des points par les participants au vote pondéré

PROBLEMES	CRITERES			Score	Rang
	Ampleur	Gravité	Solvabilité		
Insuffisance de Personnel	5+5+5+5	5+5+5+5	5+5+5+5	60	1er
Exiguïté et vétusté des locaux	3+3+1+3	1+3+3+3	3+3+1+1	28	5ème
Absence d'un système d'archivage électronique	3+1+3+3	1+1+1+3	1+1+1+1	20	6ème
Présence d'une salle d'accueil	5+3+5+3	3+3+3+3	3+3+1+1	36	4ème
Rupture de médicaments	3+3+3+5	5+3+3+5	5+3+3+3	44	2ème
Insuffisance d'équipement	3+1+5+5	1+1+3+3	5+3+3+3	36	4ème
Absence d'un système de motivation dans le service	3+3+5+5	3+3+3+3	3+3+3+3	40	3ème

Source : nous-même.

Cette hiérarchisation a mis en exergue l'Insuffisance de Personnel au service de Maternité qui a été comme problème prioritaire, car elle a enregistré le score le plus élevé avec 60 points.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE

Ce Chapitre énonce successivement :

- La Problématique (Formulation du problème, Justification du problème, ampleur du problème, les conséquences du problème)
- Les définitions de concepts de l'étude
- L'intérêt de l'étude.
- Les objectifs de l'étude (Objectif général et spécifique).

2.1. La problématique

CESAG BIBLIOTHEQUE

L'OMS définit la mortalité périnatale comme tout décès qui survient au-delà de la 22eme semaine de gestation (mort-né) ou pendant les 7jours suivant la naissance (mortalité néonatale précoce) [8]. La période périnatale est considérée comme la phase la plus critique de la vie. En effet, elle reflète à la fois la santé de la population de manière générale et celle de la mère et de l'enfant en particulier. La mortalité périnatale est un indicateur sensible à la qualité des soins de la mère et du nouveau-né [8]. Chaque année on enregistre dans le monde 3,3 millions de mort-nés [30] et 4 millions de décès pendant la première semaine de vie [20]. Il sera ainsi difficile d'atteindre l'objectif de réduction de la mortalité des moins de 5 ans sans une réduction substantielle du nombre de décès néonatals [35]. Pendant la période néonatale, environ 50 % des décès surviennent au cours des 24 premières heures de naissance, et ce pourcentage atteint 75% au cours de la première semaine [20]. Ces statistiques représentent seulement les publications officielles. Dans les pays en développement qui représentent 98 % de décès néonatals et 97% des mort-nés, les décès ne sont pas souvent enregistrés [24].

Les taux de mortalité périnatale les plus élevés sont rencontrés en Afrique subsaharienne, suivie de l'Asie et de l'Amérique latine. Ces taux se situent aux environs de 10 décès pour 1000 naissances dans les pays développés, 50 pour 1000 dans les pays en voie de développement et dépassent les 60 pour 1000 dans pays les moins développés [32]. Les causes de décès périnatals sont assez variées. La littérature rapporte de nombreuses causes et facteurs de risque qui sont catégorisées en : causes maternelles, fœtales, obstétricales ou inconnues [21]. Globalement, les pathologies chroniques préexistantes chez la mère (comme le diabète) et d'autres maladies gravidiques (exemple, hypertension artérielle) augmentent significativement le décès anténatal [35]. De même, les complications d'accouchement (hémorragie, accouchement prolongé,) sont responsables à la fois de mort-nés et de décès

néonatals. Par ailleurs, trois principaux facteurs influencent le décès néonatal, à savoir l'asphyxie, les infections et la prématurité [17].

La majorité de ces décès sont évitables à travers la mise en place de simples interventions [7]. Le traitement médical des problèmes de santé maternelle et la prise en charge des complications de grossesse seront beaucoup plus bénéfiques lorsqu'il existe un continuum de soins pendant la grossesse, en cours d'accouchement et durant le postpartum immédiat. Les soins per-partum sont cruciaux, toutefois les soins anténatals jouent un important rôle par ce qu'ils permettent d'envisager les besoins de santé comme l'immunisation, la prévention et le traitement des infections y compris le VIH et la planification familiale [23-17].

Bien que les soins de l'intra-partum soient particulières utiles à la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, la majorité des femmes dans les pays en développement accouchent à domicile sans assistance d'un personnel qualifié [9]. En outre, même lorsque l'accouchement a lieu dans une structure de santé offrant des services de maternité, ces derniers ne sont pas toujours aptes à prendre en charge de manière optimale le nouveau-né et sa mère. Cette inaptitude des structures est souvent liée aux insuffisances de formation, au déficit de médicaments essentiels et au manque d'équipements [34-32].

CESAG BIBLIOTHEQUE

2.2. L'ampleur du problème

La mortalité périnatale fait référence au décès d'un fœtus et d'un nouveau-né au cours de la première semaine de vie.

L'OMS définit la mortalité périnatale comme tout décès qui survient au-delà de la 22ème semaine de gestation (mort-né) ou pendant les 7jours suivant la naissance (mortalité néonatale précoce) [33]. Les facteurs qui influencent le décès périnatal sont différents des causes et déterminants des décès néonatals tardifs ou des décès infantiles [34].

On enregistre dans le monde plus de 7 millions de décès périnatals par an, dont environ 3,3 millions de mort-nés [30] et 4 millions de décès néonatals précoces [20]. Ces chiffres, bien qu'impressionnant, ne représentent que la partie visible de « l' iceberg). En effet, les pays en développement représentent 98 % de décès néonatals et 97% des mort-nés, alors que dans ces pays les décès ne sont pas souvent enregistrés [24] et plus de deux tiers des accouchements ont lieu à domicile [9]. Les statistiques mondiales montrent des disparités assez importantes dans l'incidence de la mortalité périnatale. A ce sujet, il apparait que les taux de mortalité

périnatale les plus élevés sont rencontrés en Afrique subsaharienne, suivie de l'Asie et de l'Amérique latine. Ces taux se situent aux environs de 10 décès pour 1000 naissances dans les pays développés, 50 pour 1000 dans les pays en voie de développement et dépassent les 60 pour 1000 dans pays les moins développés [32]. Par exemple, la chance qu'une grossesse se termine par une mort fœtale ou par le décès du nouveau-né au cours de sa première semaine de vie est 15 fois plus élevée au Congo ou au Nigeria par rapport à la France ou à la Suède [33].

Les données sur la mortalité périnatale dans les pays en développement montrent l'ampleur du problème en vue de la planification et de la mise en place d'interventions au niveau populationnel. Toutefois, elles ne permettent pas de définir des actions stratégiques adaptées aux structures de santé. C'est pourquoi il est important de connaitre la fréquence et les déterminants des décès périnataux dans les pays à faibles ressources. Les facteurs sous-jacents à la mortalité périnatale et l'ampleur de ce phénomène de santé pourraient considérablement varier selon que les données proviennent des structures de santé ou des enquêtes populationnelles. Pour cette raison, en 2005 l'OMS a mis en place un système mondial de surveillance de la santé maternelle et périnatale dans des établissements de santé de 54 pays dont 8 africains, afin de faciliter la détermination de gap au niveau des structures de santé et de favoriser la mise en place et le monitorage des interventions [29].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Mortalité périnatale dans les structures de santé :

Une étude prospective réalisée dans 21 établissements de santé sur deux villes du Nigéria avait trouvé un taux de mortalité périnatale de 79 décès pour 1000 naissances [14]. Dans cette étude 90% décès périnataux étaient des mort-nés dont 50% de mort-nés frais. Pour leur part, Mmbaga et ses collaborateurs [26] ont analysé les données de 33929 naissances sur dix ans dans une structure de santé tertiaire en Tanzanie ; ils ont observé un taux de mortalité périnatale de 58 décès pour 1000 naissances, les mort-nés représentaient 37% de ces décès et parmi ces derniers 34% étaient des mort-nés frais.

Andersen et collaborateurs ont suivi 5322 naissances à l'Hôpital national Simão Mendes, en Guinée Bissau ; ils ont trouvé un taux de mortalité périnatale de 85,3 pour 1000 naissances [15]. De 2008 à 2010, dans un hôpital Universitaire du sud de l'Éthiopie, une étude réalisée sur 1356 naissances a observé une mortalité périnatale de 85 décès pour 1000 naissances dont 87% de mort-nés [4].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Mortalité périnatale dans les communautés :

Dans un district sanitaire rural du Burkina Faso, Diallo et collaborateurs [35] avaient suivi 895 femmes enceintes recrutées à partir de leur 7ème mois de grossesse. Sur les 915 naissances issues de ces grossesses, les auteurs avaient observé un taux de mortalité périnatale de 78,7 pour 1000 naissances, dont 68% étaient des mort-nés. Une autre étude population prospective conduite en Éthiopie avait analysé les données de 1752 naissances [1]. Les investigateurs ont révélé un taux de mortalité périnatale de 50,2 pour 1000 naissances, et les mort-nés comptaient pour 46% des décès périnataux. Au Ghana, Engmann et al. [10] ont constaté, dans leur analyse sur près de 20 000 naissances dans un district sanitaire périphérique, un taux de mortalité périnatale de 39 pour 1000 naissances ; la majorité de ces décès était des mort-nés qui représentaient 59% des décès périnatals. Dans une province rurale du Congo une étude populationnelle prospective réalisée sur 1862 femmes avec 1892 naissances a trouvé un taux de mortalité périnatale de 61 pour 1000 naissances, dont 50% de mort-nés [26].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Causes et Facteurs de risque de décès périnatals**

Les causes de décès périnatals sont assez variées. La littérature rapporte de nombreuses causes et facteurs de risque qui sont catégorisées en : causes maternelles, fœtales, obstétricales ou inconnues [21]. Globalement, les pathologies chroniques préexistantes chez la mère (comme le diabète) et d'autres maladies gravidiques (exemple, hypertension artérielle) augmentent significativement le décès anténatal [35]. De même, les complications d'accouchement (hémorragie, accouchement prolongé,) sont responsables à la fois de mort-nés et de décès néonatals. Par ailleurs, trois principaux facteurs influencent le décès néonatal, à savoir l'asphyxie, les infections et la prématurité [15].

Les facteurs de risque de mortalité périnatale les plus fréquemment rapportés dans les pays en voie de développement se répartissent en quatre groupes [6] :

a- Facteurs socioéconomiques et anthropométriques : âge extrême, faible niveau socio-économique (revenu, éducation etc..), grossesse non désirée et petite taille
b- Facteurs antécédents obstétricaux : multiparité, antécédents de mortalité périnatale, césarienne, intervalle inter-génésique court, grossesse multiple.
c- Facteurs de risque détectables pendant les consultations prénatales : anémie, syphilis, hypertension, diabète, paludisme, vaccination antitétanique, malformation congénitale.

d- Facteurs de risque dépistable pendant la période anténatale immédiate ou pendant le travail et l'accouchement : prématurité, présentation non céphalique, hypertension, hémorragie, utilisation d'ocytocine.

2.3. Les conséquences du problème

Les conséquences du problème sont multiples et peuvent nuire au bon fonctionnement du service. Pour éviter ces conséquences nos services doivent avoir : une ressource humaine qualifiée en la matière, des équipements adéquats, des médicaments de qualité, le matériel approprié, bref, nous devons passer par des consultations prénatales de qualité et une assistance soutenue en salle de couches et en post-partum.

Pour ce qui nous concerne, les conséquences peuvent être multiples :

- La sous fréquentation du service à cause des décès à répétition ;
- La baisse des recettes du service ;
- La démotivation du personnel ;
- La mauvaise réputation/image du service
- La perte de confiance des clients à la structure
- Le décès néonatal

2.4. Justification

La mortalité périnatale est une urgence de Santé et une priorité internationale. L'organisation mondiale de la Santé estimait à quatre (30) millions le nombre de décès néonatals parmi les 130 millions de naissances à travers le monde (24). Réduire de deux tiers la mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans tel que prévu dans le troisième objectif du développement durable pour le développement (ODD) implique également la réduction de la mortalité néonatale et périnatale dans le monde en particulier dans les pays pauvres. Conscient de cette situation, les autorités de nos pays, ont adopté une stratégie d'intégration du nouveau-né et la mère dans un paquet commun parce qu'ils partagent les mêmes causes. Son opérationnalisation sur le terrain s'est traduite par l'organisation du système de référence/contre référence avec la prise en charge des urgences obstétricales comme porte d'entrée conduisant à la décision de gratuité de la césarienne sur toute l'étendue du territoire national.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Malgré l'importance du problème sur le plan de la santé publique, les études sur la mortalité périnatale ne sont pas nombreuses dans nos Pays, absence d'étude sur la mortalité périnatale par les stagiaires du CESAG, les forts taux de mortalité infantiles dans nos pays, le manque de données récentes, l'absence de politique de prise en charge totale de ces identifiés, sont tant de raisons qui justifient le besoin d'une étude pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la mortalité périnatale.

2.5. Intérêt de l'étude

Pour le stagiaire

Cette étude permettra de répondre aux exigences du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) qui consiste à faire la rédaction d'un mémoire pour obtenir le diplôme de fin de cycle.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Pour le CESAG :**

Elle permettra à l'institution d'enrichir ses données à la Bibliothèque et de faire sa promotion.

- **Pour la Maternité de l'hôpital principal de Dakar**

Cette étude permettra de contribuer à la réduction de la mortalité périnatale au sein de service

2.6. Définitions de concepts

2.6.1. Variables dépendantes

- **L'accouchement**

C'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 22 SA. [13].

- **Naissance vivante**

C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché. [13].

- **Mort-né :** Est défini comme mort-né tout décès fœtal survenu au-delà de la 22ème semaine de gestation et dont le poids de naissance est supérieur ou égal à 500g et qui, une fois extrait, ne montre aucun signe de vie (ne respire pas ne bouge pas). (Réf doc OMS).
- **Le taux de mort-né** ou taux de mortinatalité sera défini comme le nombre total de mort-nés rapporté à mille naissances.
- **Mort-né frais** : C'est l'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de la conception, au bout d'au moins 22 semaines de gestation, et qui, une fois extrait, a un aspect normal et ne montre aucun signe de vie (ne respire pas, ne bouge pas).
- **Mort-né macéré :** L'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de la conception, au bout d'au moins 22 semaines de gestation, et qui, une fois extrait, ne présente aucun signe de vie et dont la peau a un aspect de brulé vif qui se détache d'elle-même.
- **Décès néonatal précoce** : C'est tout décès survenu au cours de la première semaine de vie, soit entre le jour de la naissance et le 6eme jour de vie révolue. Le taux de mortalité néonatale précoce sera déterminé par le nombre de décès néonatal précoce pour 1000 naissances vivantes.
- **Décès périnatal** : Il correspond à la somme des mort-nés et des décès néonatals précoces. Le taux de mortalité périnatale correspondra au nombre de décès périnatals pour 1000 naissances.

2.6.2. Variables indépendantes

Variables-facteurs de risque

2.6.2.1. Facteurs sociodémographiques

- **Age** : Nombre d'années de vie révolue tel que mentionné dans le dossier obstétrical de la femme enceinte.
- **Niveau d'éducation** : Il est défini en trois catégories qui sont : le niveau primaire (non scolarisé ou nombre d'années d'étude inférieur ou égal à 6), le secondaire (nombre d'années d'étude entre 7 et 13) et universitaire (nombre d'années d'étude supérieur ou égal à 14 ans).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Profession** : Elle est définie par l'occupation de la mère indiquée comme tel dans le dossier médical de la femme enceinte. Dans cette étude quatre groupes de profession seront répertoriés à savoir :
- **Ménagère :** Est désignée ménagère toute femme n'effectuant aucune activité génératrice de revenu et ne s'occupant que du ménage,
- **Métiers libres** : Ensemble de coiffeuses, teinturières, couturières, Commerçantes.
- **Elève/Etudiante** : Toute femme fréquentant une école publique ou privée
- **Fonctionnaire** : Toute femme pratiquant une activité génératrice de revenu
- **Situation matrimoniale** : C'est l'état de la patiente du point de vue du lien conjugal. Elle est subdivisée en quatre :
  - **Célibataire** : Toute femme qui n'a été jamais légalement mariée.
  - **Mariée** : Toute femme unie à une personne du sexe opposé par les liens du mariage.
  - **Divorcée** : Toute femme dont la rupture du mariage a été légalement prononcée.
  - **Veuve :** Toute femme dont le conjoint est mort et qui ne s'est pas remariée.

2.6.2.2. Facteurs obstétricaux

- **Gestité** : correspond au nombre de grossesses menées à terme ou pas que la patiente a eu y compris celle actuelle.

Ainsi selon ce concept, nous avons subdivisé les femmes dans notre étude en :

- **Primigeste :** toute femme qui est à sa première grossesse ;
- **Pauci pare** : toute femme qui a eu 2 à 3 grossesses ;
- **Multipare** : c'est une femme qui a eu 4 grossesses à plus.
- **Parité** : Elle désigne le nombre d'accouchements et dont l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée que la patiente a eu, incluant l'accouchement actuel.
- **BCF** : Il désigne le nombre de battements cardiaques du fœtus écoutés soit au doppler ou au stéthoscope de pinard tels que mentionnés dans le dossier médical de la femme.
- **Mode d'accouchement** : Il est catégorisé en deux soit l'accouchement par césarienne ou par voie basse.
- **CPN** : Toute consultation que la femme a eu à faire en raison de sa grossesse avant la naissance.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Espace inter génésique** : a été exprimé en nombre de mois révolus et se définit comme étant la période séparant l'issue (avortement ou accouchement) des deux dernières grossesses (avant dernière grossesse et celle ayant entrainé le décès)

2.6.2.3. Pathologies préexistantes

- **Hypertension artérielle :** Elle est une maladie chronique définie par une augmentation permanente de la pression artérielle systolique supérieur ou égal à 14cmHg et ou la pression artérielle diastolique supérieur ou égal à 9cmHg
- **Hématome retro-placentaire** : c'est un décollement prématuré du placenta normalement inséré responsable d'un hématome siégeant entre la paroi utérine et le placenta. Elle se manifeste par la survenue d'une hémorragie faite de sang noirâtre chez une femme enceinte au 2eme ou au 3eme trimestre caractérisée par :
  - Un utérus dur comme du bois à la palpation,
  - Souvent sur terrain d'hypertension artérielle ou de choc (accident ou Traumatisme)
  - Un mort fœtal avec présence au toucher vaginal des membranes ou de la présentation.
- **Rupture utérine :** Elle sera définie comme une déchirure du corps ou du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse ou le travail. Elle se caractérise par la survenue d'une hémorragie faite du sang noirâtre parfois mélangé à du liquide amniotique souvent chez une femme en travail avec palpation des parties fœtales et absence de présentation au toucher vaginal.
- **Anémie sur grossesse :** Elle et définie par un taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 11g/dl chez une femme enceinte quel que soit le terme selon l'OMS.
- **Age gestationnel :** C'est le nombre de semaines d'aménorrhée estimé à partir du premier jour de la date des dernières règles ou à l'échographie du premier trimestre.
- **Prématuré :** Est un nouveau-né né avant la 37ème semaine d'aménorrhée à partir du 1er jour de la date des dernières règles.
- **Post-mature :** Tout nouveau-né né après la 42ème semaine d'aménorrhées compté à partir du 1er jour de la date des dernières règles.
- **Faible Poids de naissance** : Correspond à un nouveau-né dont le poids à la naissance est inférieur à 2500g.
- **Retard de croissance intra-utérin :** C'est lorsque le poids de naissance, la taille et le périmètre crânien du nouveau-né par rapport à son âge gestationnel sont inférieurs au 10eme percentile de la courbe de référence de Lubschenko.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Infection materno-fœtale :** Est définie cliniquement en présence d'un signe d'infection quelconque (fièvre, ballonnement, geignement, refus de téter etc.…) se manifestant dans les 72heures suivant l'accouchement et dont l'anamnèse de la mère révèle une des conditions suivantes : infection urinaire, leucorrhées fétides au dernier trimestre, rupture prématurée des membranes, fièvre pendant l'accouchement.
- **Infection néonatale précoce :** Toute présence d'un signe d'infection n'importe laquelle (fièvre, hypothermie, vomissement, cris incessant, refus de téter, etc.…) se manifestant entre le J4-J7 de vie.
- **Souffrance fœtale aigue** : Est définie par la présence chez le nouveau-né d'au moins un des trois signes ou symptômes ci-après :
  - Une cyanose généralisée
  - Une absence de cris à la naissance
  - Des signes d'une détresse respiratoire : geignement, balancement thoraco-abdominal, tirage sus ou sous sternal, battement des ailes du nez, entonnoir xiphoïdien.
- **Malformation congénitale :** Elle se définit comme toute altération morphologique congénitale d'un tissu ou d'un organe du corps humain ou de tout être vivant, due à un trouble du développement du fœtus ou de l'embryon qui est présente à la naissance sans être ni héréditaire ni génétique chez le nouveau-né.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE

CESAG BIBLIOTHEQUE

Chapitre 3 : METHODOLOGIE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'observation et prospective sur la Mortalité Périnatale à la Maternité de l'Hôpital Principal de Dakar.

La méthodologie utilisée est celle de la résolution des problèmes qui repose sur la logique suivante :

- Identification des problèmes ;
- Priorisation des problèmes ;
- Identification des causes ;
- Hiérarchisation et priorisation des causes recensées ;
- Choix de la cause prioritaire ;
- Identification des Solutions possibles ;
- Choix de la solution prioritaire fiable et réaliste ;
- Mise en œuvre de la solution choisie.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3.2. Période d'étude

L'étude s'est étalée du 22 juillet au 21 septembre 2019.

3.3. Population d'étude

L'étude a porté sur l'ensemble des naissances enregistrées à la maternité, les femmes référées, évacuées ou venues d'elles-mêmes pour une consultation prénatale, un accouchement ou dans le post-partum, à la maternité de l'hôpital principal de Dakar pendant la période d'étude et les prestataires.

3.4. Echantillonnage

L'échantillonnage a été obtenu de façon exhaustive du 22 juillet au 21 septembre 2019

3.5. Critères d'inclusion

Toutes les naissances enregistrées à la maternité de l'hôpital principal de Dakar seront incluses. Seront considérées comme naissances les produits de conception dont l'âge gestationnel est d'au moins 22 SA ou le poids de naissance d'au moins 500 grammes. Il sera

considéré comme mort-né, tout produit de conception d'au moins 500 grammes qui ne présente aucun signe de vie.

Tout produit de conception pesant au moins 500 grammes qui a présenté au moins un signe de vie après expulsion complète sera considéré comme naissance vivante.

3.6. Critères de non exclusion

- Les nouveau-nés qui seront référés à la maternité de l'hôpital principal de Dakar dont les mères ont accouché dans une autre structure de santé.
- Décès de plus de 7 jours après l'accouchement.
- Décès avant 22 semaine

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3.7. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon pour être représentatif est donnée par la formule suivante :

$n = \varepsilon^2 \alpha pq / i^2 xd$

n = taille minimum

α = risque de type 1

ε = écart réduit de la loi normale. Pour α = 5%, ε α= 1,96

$\varepsilon^2\alpha$= 1,96x1, 96= 3,8416

i = précision de l'étude. Nous avons fixé i = 5% d'où i^2=0,0025.

p = fréquence de la mortalité périnatale dans une étude précédente= 5,6%

q = complémentaire de la probabilité p, d'où q = 1 – p

d= effet de la grappe= 4

$n = \varepsilon^2 \alpha pq / i^2 xd$= 3, 8416x0, 056x0, 944x4/0, 0025=324, 93

La taille minimale de l'échantillon est de 324,93 cas.

Nous avons procédé à un recensement de tous les cas répondant aux critères d'inclusion ci-dessus cités. Il s'agit donc d'un échantillonnage de commodité.

3.8. Les méthodes et outils de collecte des données

Les outils et méthodes ont été variés en fonction des étapes :

- La revue documentaire : qui a consisté à la recherche littéraire ;

- L'observation : qui a consisté à observer le processus d'accueil, son organisation et de l'exécution des tâches des prestataires à partir d'une fiche d'enquête.
- Les entretiens : qui ont consisté à adresser un questionnaire aux participantes de la maternité de l'hôpital principal de Dakar pendant la période d'étude.
- L'examen des dossiers des nouveaux nés décédés.

Dans l'identification du problème : en plus de l'observation sur la conduite des activités de l'accueil, nous avons procédé à des entretiens avec le personnel du service.

Dans l'analyse des causes : nous avons utilisé le diagramme d'Ishikawa, le diagramme de Pareto, le brainstorming pour le vote pondéré afin de prioriser les causes.

Dans l'analyse des solutions et leurs priorisations : Pour ce faire, une équipe a proposé ses solutions, aussi la revue de la littérature nous a permis d'identifier plusieurs solutions. Nous avons utilisé des critères pour la priorisation de la solution à partir d'une pondération.

Dans la mise en œuvre de la solution : un chronogramme sera établi avec des objectifs du projet, un cadre logique, un plan d'action opérationnel, un budget, et le suivi et l'évaluation.

En ce qui concerne l'évaluation ; nous ferons l'état d'avancement de la mise en œuvre à cause des impératifs de temps. Nous allons solliciter l'équipe cadre du service à mener une évaluation de processus.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3.9. Traitement et analyse des données

3.9.1. Saisie et nettoyage des données

La saisie des données a été faite à partir du logiciel Sphinx Plus5. Après la saisie, une vérification et épuration des données ont été réalisées avant l'analyse des données.

3.9.2. Analyses des données

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques, et le document a été rédigé à l'aide du logiciel Microsoft Word 2013.

3.10. Difficulté rencontrée

L'insuffisance du temps imparti pour la réalisation de ce travail.

3.11. Déroulement de l'étude

L'étude s'est étendue du 22 Juillet au 21 septembre 2019.

Enquête de terrain du 22 juillet 2019 au 21 Aout 2019 : 30 jours

Analyse et interprétation du 22 Aout au 05 Septembre 2019 : 15 jours

Restitution et résolution de problèmes du 4 au 11 Septembre : 7 jours

Rédaction du mémoire 18 Septembre au 15 Octobre 2019 : 27 jours.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS

Apres recueil et exploration de nos données, nous procédons à la présentation des résultats qui sont sous formes de figures et de tableaux.

Analyse descriptive :

4.1. Fréquence

4.1.1. Fréquence globale

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 22 morts périnatales sur un total de 325 naissances. Le taux de mortalité périnatale est donc de **67,69‰.**

Composante de la mortalité périnatale

Les différentes composantes de la mortalité périnatale sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau III: Taux de mortalité périnatale et ses composantes

décès périnatals	Effectifs	Fréquences.
Frais	8	36,36%
Macéré	11	50,00%
décès néonatals	3	13,64%
TOTAL	22	100,00%

L'analyse du tableau montre que sur 22 décès, il y a eu 19 morts nées soit 86% et 3 décès néonatals soit 13,64%.

50% des décès périnatals sont macérés tandis que 36% sont frais et les décès néonatals représentent 13%.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des mères

- **Ages des mères**

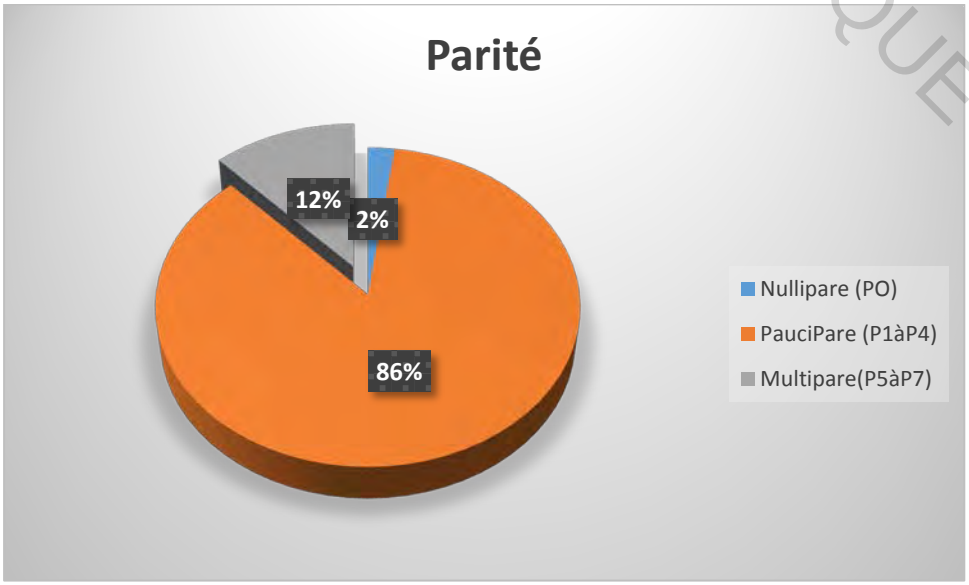
Tableau IV: Répartition des naissances selon l'âge des mères

âge / ans	Effectifs	Fréquences.
< de 18	1	0,3%
De 18 à 20	9	2,8%
De 20 à 22	13	4,0%
De 22 à 24	20	6,2%
De 24 à 26	23	7,1%
De 26 à 28	35	10,8%
28 et plus	224	68,9%
TOTAL	325	100%

Il ressort de ce tableau que 68.9% des nouveaux nés sont de parturientes ayant un âge allant de « 28 » ans et plus. En plus, 17,9% des naissances sont issues des parturientes dont l'âge est compris entre « 24 et 28 » ans. Les nouveaux nés des parturientes âgées de moins de « 18 » ans représente 0.3%. La moyenne d'âge de nos parturientes était 30 ans.

- **Parité chez les parturientes**

Figure 2: Répartition des naissances selon la parité chez les parturientes



CESAG - BIBLIOTHEQUE

La majorité (85,8%) des parturientes sont « pauci pares » avec un effectif de 279. Quant aux parturientes « multipares », elles sont au nombre de 39 soit 12,0%. Les parturientes « nullipares » représentent 2,2% soit un effectif de 7.

- **Statut matrimonial des parturientes**

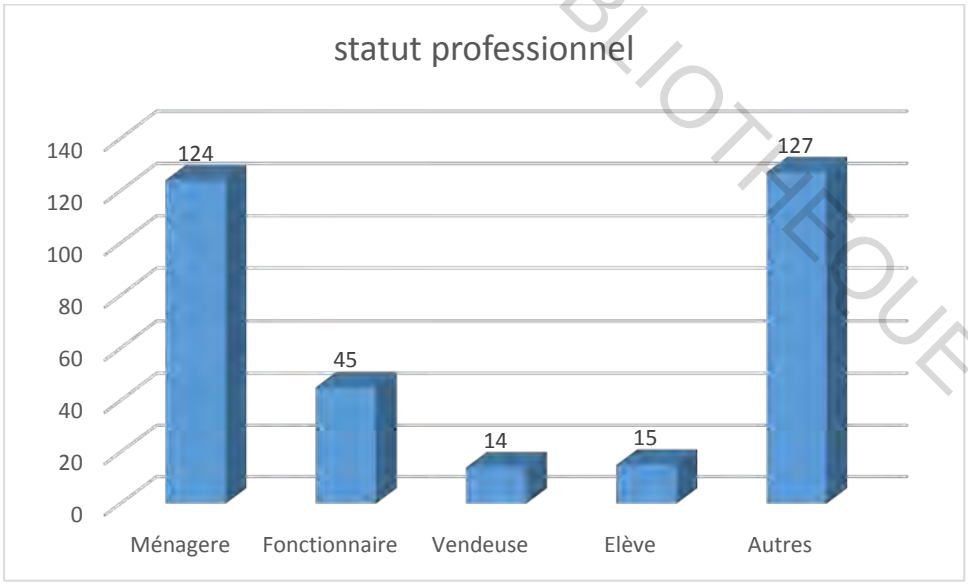
Tableau V: Répartition des naissances selon le statut matrimonial des mères

Statut matrimonial	Effectifs	Fréquences.
Célibataire	9	2,8%
Mariée	316	97,2%
TOTAL	325	100%

Sur les 325 naissances, la majorité (97,2%) est issue de parturientes mariées. Neuf (9) des mères étaient « célibataires » soit 2,8%.

- **Statut professionnel des parturientes**

Figure 3: Répartition des naissances selon la profession des mères

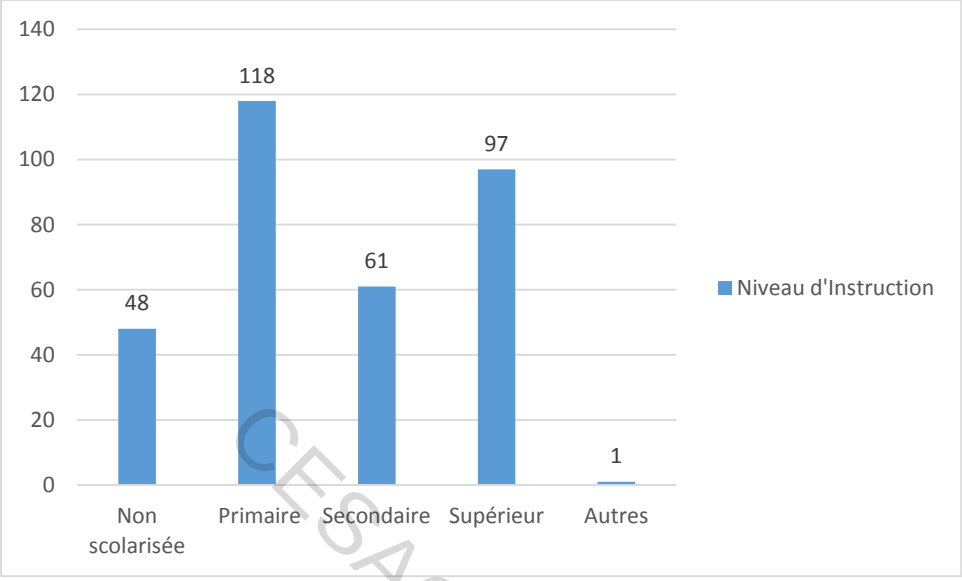


La majorité des naissances (127) soit **39,1%** est survenue chez les mères ayant la profession « autres » (acteurs du secteur prive formel et informel), suivi de la profession « ménagère » avec **38,2%.**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Niveau d'instruction des parturientes**

Figure 4: Répartition des naissances selon le niveau d'instruction des mères



Parmi les parturientes enquêtées, 118 d'entre elles soit **36,3%** ont un niveau d'instruction « primaire », suivi de celles qui ont un niveau d'instruction « supérieur » **(29,8%)** avec un effectif de 97. Les « non scolarisés » représentent **14,8%** tandis que les parturientes ayant le niveau « secondaire » occupent 18,8% de notre échantillon.

- **Consultations prénatales des parturientes**

Tableau VI: Répartition des naissances selon la consultation prénatale (CPN)

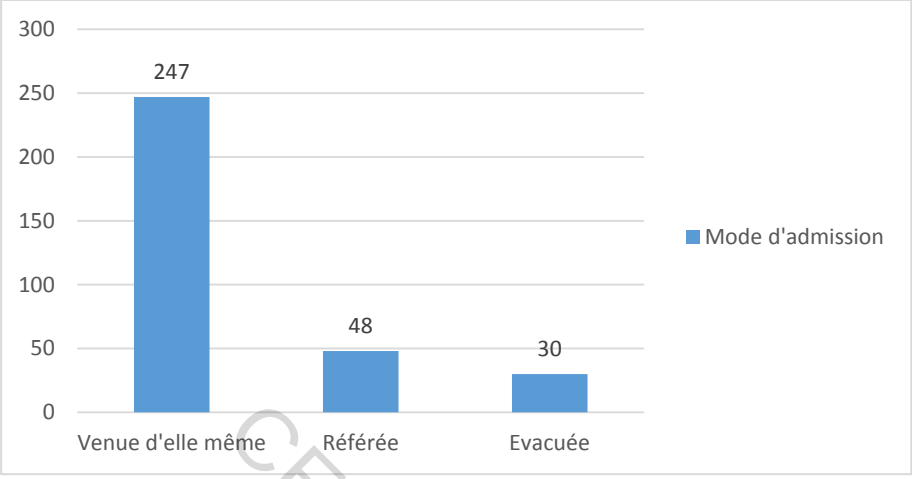
CPN	Effectifs	Fréquences
CPNO	7	2,1%
CPN1	3	0,9%
CPN2	12	3,7%
CPN3	79	24,3%
CPN4et plus	224	68,9%
TOTAL	325	100%

68,9% des parturientes ont fait au moins « 4 CPN ». Seulement **1,8%** des parturientes n'ont pas fait de « CPN » et 0,9% des parturientes ont fait une seule « CPN ».

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Mode d'admission dans le service des parturientes**

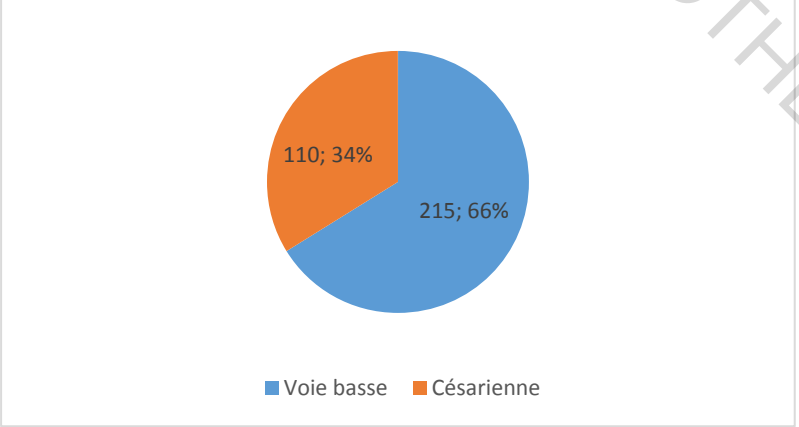
Figure 5: Répartition des naissances selon le mode d'entrée dans le service



Trois modes d'admissions des parturientes ont été observés. La majorité **(76,0%)** de nos parturientes soit 247 sont « venues d'elles même » contre **14,8%** qui ont été « référées ». Les parturientes « évacuées » représentent **9,2%** avec un effectif de 30.

- **Voie d'accouchement des parturientes**

Figure 6: Répartition des naissances selon la voie d'accouchement



Sur les 325 naissances, la majorité **(66,2%)** des parturientes ont accouché par voie basse contre **33,8%** pour la Césarienne.

CESAG BIBLIOTHEQUE

- **Poids de naissances**

Tableau VII: Répartition des naissances selon le poids à la naissance

Poids	Effectifs.	Fréquences
500-1000	10	3,1%
1000-1500	16	4,9%
1500-1999	27	8,3%
1999-2000	1	0,3%
2000-2499	33	10,2%
2499-2500	7	2,2%
2500-2999	60	18,5%
2999-3000	6	1,8%
3000-3499	86	26,5%
3499-3500	4	1,2%
3500-3999	57	17,5%
3999-4000	1	0,3%
4000 et plus	17	5,2%
TOTAL	325	100%

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dans notre série, **26.5 %** des naissances avaient un poids compris entre « 3000-3499 grammes » ; il représente le plus grand pourcentage. Tandis que les poids compris entre « 2500-2999 grammes » et ceux entre « 3500-3999 grammes » représentent respectivement **18,5%** et **17,5%.**

Les naissances dont les poids sont compris entre « 500 et 1000 » grammes représentent 3.1%.

- **Sexe des nouveaux nés**

Tableau VIII: Répartition des naissances selon le sexe

sexe nouveau-né	Effectifs	Fréquences
Ambiguïté sexuelle	1	0,3%
Masculin	170	52,3%
Féminin	154	47,4%
TOTAL	325	100%

La majorité **(52,3%)** des naissances sont de sexe masculin. L'ambiguïté sexuelle ne représente que **0.3%.**

- **Causes des décès des enfants**

Tableau IX: Répartition des décès selon la cause

Cause	mort nés		Décès néonatals précoces	
	effectifs	Fréquences	Effectifs	Fréquences
HRP	17	89,47%	0	0,00%
RU	1	5,26%	0	0,00%
Détresse respiratoire	0	0,00%	1	33.33%
Malformation	1	5,26%	1	33,33%
Infections	0	0,00%	1	33,33%
Indéterminée	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	19	100,00%	3	100%

89,47% des décès morts nés ont pour cause le « HRP ». En plus des « HRP », La « malformation » et la « RU » ont été la cause respectivement de **5,26%** des décès. En ce qui concerne la mortalité néonatale précoce, nous avons enregistrés 3 décès dont les causes sont respectivement la « détresse respiratoire », la « malformation » et les « infections » avec une fréquence de **33%.**

Tableau X : Répartition du personnel selon leur opinion sur l'infrastructure

Infrastructure adéquate	Nombre cité	Fréquence
Oui	4	19,05%
Non	17	80,95%
Total Observé	21	100%

80,95 % du personnel affirme que les infrastructures de la maternité ne sont pas adéquates car les locaux sont vétustes et étroits.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau XI : Appréciation des parturientes sur les prestataires

Appréciation	Nombre cité	Fréquence
oui	**14**	**25,45%**
non	**41**	**74,55%**
Total observé	**55**	**100%**

74,55% des parturientes étaient satisfaits des prestataires.

4.2. Analyse bi variée (les facteurs de risque)

4.2.1. Relation entre le décès périnatal et les caractéristiques sociodémographiques de la parturiente

4.2.1.1. Comparaison de la moyennes d'âge des parturientes et la mortalité périnatale

Ho : il n'existe pas de différence entre les moyennes d'âge des mères de nouveau-nés **vivants et morts,**

H1 : il existe une différence entre les moyennes d'âge des mères de nouveau-nés **vivants et morts,**

Tableau XII: Comparaison de la moyennes d'âge des parturientes et la mortalité périnatale

Etat nouveau-né	Moyenne âge	effectif
Vivant	30,25	303
Mort	31,27	22
TOTAL	30,32	325
P= 0,411		

Pour la comparaison de la moyenne d'âge, le test d'ANOVA a été utilisé. Il ressort de ce tableau qu'il n'existe pas de relation significative entre la mortalité périnatale et l'âge de la parturiente la valeur p (0,411) étant supérieur à 0,05.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4.2.1.2. Activité socio professionnelle et la mortalité périnatale

H0 : il n'existe pas de lien significatif entre l'activité socio professionnelle de la mère et l'état du nouveau-né

H1 : il existe une liaison significative entre l'activité socio professionnelle de la mère et l'état du nouveau-né

Tableau XIII: Activité socio professionnelle et la mortalité périnatale

	Etat nouveau-né		
Activités Socio professionnelle	vivant	Mort	TOTAL
Ménagère	109	15	124
Fonctionnaire	44	1	45
Vendeuse	12	2	14
Elève	14	1	15
Autres	124	3	127
TOTAL	303	22	325

P =0,015

La valeur de p (0,015) étant inférieur 0,05 on rejette l'hypothèse nulle et on accepte l'hypothèse 1 donc : Il existe une relation statistiquement significative entre la mortalité périnatale et la profession de la parturiente.

4.2.1.3. Statut matrimonial et mortalité périnatale

H0 : il n'existe pas de lien entre le statut matrimonial et mortalité périnatale

H1 : il existe une liaison significative entre le statut matrimonial et l'état du nouveau-né

Tableau XIV : Statut matrimonial et mortalité périnatale

	état nouveau-né		
Statut matrimonial	Vivant	Mort	TOTAL
Célibataire	7	2	9
Mariée	296	20	316
TOTAL	303	22	325

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chi2 = 3,50, ddl = 1, 1-p = 93,87% p= 0,06

La valeur du p = 0,06 qui est supérieur à 0,05, on accepte alors l'hypothèse nulle H0 ainsi, la dépendance est peu significative entre le statut matrimonial et la mortalité périnatale

4.2.1.4. Relation entre mortalité périnatale et les antécédents obstétricaux et néonataux de la parturiente

4.2.1.4.1. Antécédents médicaux et mortalité périnatale

H0 : il n'existe pas de lien significatif entre les antécédents médicaux et la mortalité périnatale
H1 : il existe une liaison significative entre les antécédents médicaux et la mortalité périnatale

Tableau XV : Antécédents médicaux et mortalité périnatale

antécédent/état nouveau-né	vivant	Mort	TOTAL
HTA	5	2	7
Diabète	4	1	5
Drépanocytose	18	1	19
aucun antécédent connu	276	18	294
TOTAL	303	22	325

Chi2 = 6,92, ddl = 3, 1-p = 92,56%,
p =0,07

La valeur du p = 0,07 qui est supérieur à 0,05, on accepte alors l'hypothèse nulle H0 ainsi, la dépendance est pas significative entre les antécédents médicaux et la mortalité périnatale

4.2.1.4.2. Antécédents chirurgicaux et la mortalité périnatale

H0 : il n'existe pas de lien significatif entre les antécédents chirurgicaux et la mortalité périnatale
H1 : il existe une liaison significative entre les antécédents chirurgicaux et la mortalité périnatale

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau XVI : Antécédents chirurgicaux et la mortalité périnatale

	état nouveau-né		
Antécédents chirurgicaux/	Vivant	Mort	TOTAL
Césarienne	34	1	35
Laparotomie	8	1	9
Autres	6	1	7
Aucun	255	19	274
TOTAL	303	22	325

Chi2 = 1,76, ddl = 3, 1-p = 37,55%,

p =0,62

La valeur du p = 0,062 étant supérieure à 0,05, on accepte alors l'hypothèse nulle H0 ainsi, la dépendance n'est pas significative entre les antécédents chirurgicaux et la mortalité périnatale.

4.2.1.5. Relation entre les caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement, du nouveau-né et la survenue de la MP

4.2.1.5.1. Suivi de la grossesse et mortalité périnatale

H0 : il n'existe pas de lien significatif entre le suivi de grossesse et la mortalité périnatale

H1 : il existe une liaison significative entre le suivi de grossesse et la mortalité périnatale

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau XVII : Suivi de la grossesse et mortalité périnatale

	état nouveau-né		
Suivi de grossesse	vivant	Mort	TOTAL
Non réponse	1	0	1
CPNO	5	1	6
CPN1	3	0	3
CPN2	5	7	12
CPN3	73	6	79
CPN4et plus	216	8	224
TOTAL	303	22	325

Chi2 = 55,49, ddl = 5, 1-p = >99,99%,

p=0,01

La valeur du p = (0,01) inférieur à 0,05, on rejette alors l'hypothèse nulle H0 et accepte l'H1. De ce fait, la dépendance est très significative entre le suivi de grossesses et la mortalité périnatale

4.2.1.5.2. Voie d'accouchement

H0 : il n'existe pas de lien significatif entre la voie accouchement et la mortalité périnatale

H1 : il existe une liaison significative entre la voie accouchement et la mortalité périnatale

Tableau XVIII : Voie accouchement et mortalité périnatale

	état nouveau-né		
Voie d'accouchement	vivant	Mort	TOTAL
Voie basse	197	18	215
Césarienne	106	4	110
TOTAL	303	22	325

Chi2 = 2,59, ddl = 1, 1-p = 89,22%

p=0,10

La valeur du p = 0,10 étant supérieure à 0,05, on accepte alors l'hypothèse nulle H0 ainsi, la dépendance n'est pas significative entre les voies d'accouchement et la mortalité périnatale

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4.2.1.5.3. Poids en gramme

H0 : il n'existe pas de lien significatif entre le poids des nouveaux nés et la mortalité périnatale

H1 : il existe une liaison significative entre le poids des nouveaux nés et la mortalité périnatale.

Tableau XIX : Poids des nouveaux nés et la mortalité périnatale

	état nouveau-né		
Poids à la naissance	vivant	Mort	TOTAL
500-1000	2	8	10
1000-1500	12	4	16
1500-1999	23	4	27
1999-2000	1	0	1
2000-2499	30	3	33
2499-2500	7	0	7
2500-2999	60	0	60
2999-3000	6	0	6
3000-3499	84	2	86
3499-3500	4	0	4
3500-3999	56	0	56
3999-4000	1	0	1
4000 et plus	11	1	12
3500-3999	1	0	1
4000 et plus	5	0	5
TOTAL	303	22	325

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chi2 = 109,43, ddl = 14, 1-p = >99,99%,

P=0,01

La valeur du p = (0,01) étant inférieur à 0,05, on rejette alors l'hypothèse nulle H0 et accepte l'H1. De ce fait, la dépendance est très significative entre le poids à la naissance et la mortalité périnatale.

4.3. Analyse des résultats

4.3.1. Analyse des résultats

Notre analyse porte à la fois sur les données de l'enquête auprès des usagers, du personnel et l'observation de l'enquêteur.

4.3.2. Pour le personnel

Les résultats de nos enquêtes auprès du personnel ont globalement révélé qu'il y avait une insuffisance de personnel réservé à la maternité, qu'il y avait une insuffisance de motivation du personnel, une absence de salle exclusive à l'accueil, cependant que le service est nettoyé une seule fois par jour par le service de nettoyage. Presque la majorité des prestataires ont déploré l'enregistrement des cas de ruptures de médicament (ocytocine) pour la prise en charge correcte de la grossesse, ce qui pourrait selon eux augmenter le risque de mortalité périnatale dans le service. La perception est bonne quant à la bonne organisation du travail, la ponctualité et l'esprit d'équipe au sein du personnel soignant.

4.3.3. Pour les usagers

Nous avons relevé que la tranche d'âge inférieur à 28 ans était la plus touchée avec 68,9%. Dans la population étudiée, le sexe féminin représentait 154 contre 170 de sexe masculin. Le sexe ratio homme/femme est de 1,10 en faveur du sexe masculin. Les accompagnateurs interrogés estimaient que le service devrait avoir une boite à idée leur permettant de s'exprimer sur la qualité de la prestation rendue.

4.3.4. Pour l'observation de l'enquêteur

A l'observation nous avons pu constater l'absence de salle exclusivement réservée à l'accueil, ce qui pourrait être tributaire de la présence de plusieurs personnes à la fois dans la salle d'accouchement empêchant les sages-femmes de travailler correctement. La perception est moyenne sur la propreté des infrastructures, car le service est nettoyé une seule fois par jour. Cependant, il faudra insister sur la qualité des CPN, car il ne s'agit pas de faire plusieurs CPN, mais une CPN de qualité pouvant éviter les décès périnatals.

Dans notre étude, les parturientes qui ont fait plus quatre CPN sont beaucoup plus touchées par la mortalité périnatale soit (68,9%), ce qui expliquerait un besoin de formation du personnel.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TROISIEME PARTIE :

ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS PLAN DE MISE EN ŒUVRE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES

5.1. Présentation des outils

Pour identifier, analyser et prioriser les causes liées à la mortalité périnatale, nous avons utilisé quelques outils :

Le Diagramme d'ISHIKAWA : C'est un outil qui permet de visualiser les causes, de les classer suivant les 5 M (Matière, matériel, Milieu, Main-d'œuvre et méthode). Il est aussi appelé diagramme causes-effet ou diagramme en arrêtes de poisson.

Le vote pondéré : C'est un outil qui permet de hiérarchiser c'est-à-dire de trier les causes par ordre d'importance.

Le Diagramme de PARETO : 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.

Cet outil, relativement simple, permet d'exposer de façon factuelle une problématique d'entreprise.

CESAG BIBLIOTHEQUE

5.2. Détermination, Analyse et Priorisation des causes

5.2.1. Causes issues de la revue Documentaire

La MP constitue un problème de santé car hormis l'issue fatale du fœtus, le pronostic maternel est mis en danger aussi par le fait que la majorité des femmes surtout celles des pays en voie de développement, s'adressent d'abord à la médecine traditionnelle avant d'aller au système sanitaire moderne.

Les pratiquants de la médecine traditionnelle ont une influence très importante sur la population et retardent ou empêchent parfois le recours aux structures de santé. Ils utilisent des potions à base des plantes médicinales avec activité ocytocique, les quantités à ingérer ne sont pas contrôlables car aucune dose n'est connue [20].

Selon la littérature, la MP est un indicateur global qui traduit à la fois, les facteurs liés à la grossesse et à la naissance. Bien qu'elle ait fortement diminuée, elle reste encore largement

supérieure dans les pays du sud à celle des pays avancés : 10,2 %o en 1999 à La Réunion contre 6,4 %o en Métropole. On observe un taux de mortinatalité qui décroit lentement et qui reste aussi plus élevé que le taux de Métropolitains : 10,5 %o en 1990, 10,1 %o en 1996, 7,1 %o naissances en 1999 contre 4,6 %o en Métropole en 1999. On dispose de plus des données qualitatives sur les causes des décès et les données disponibles datent de plus d'une dizaine d'années [21].

En 2006, d'après le rapport de l'organisation mondiale de la santé sur la santé maternelle et infantile, les décès en période périnatale représentaient la majorité des décès des enfants avant l'âge de cinq ans avec 21% de mortinaissance et 21% de décès en période néonatale précoce [15].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Les taux de mortalité périnatale sont variables d'un continent à l'autre :

Ø En Europe 11%
Ø En Amérique 12%
Ø Pacifique du sud 19%
Ø En Asie du sud-est 38%
Ø Dans la région Méditerranéenne 40%
Ø En Afrique 43% (3)

La prématurité et les anomalies congénitales sont responsables de plus d'un tiers de décès de nouveau-nés et c'est bien souvent pendant la première semaine de vie que survient le décès d'un quart des nouveaux - nés et ces décès sont dus à la détresse respiratoire.

La typologie de l'insuffisance pondérale à la naissance varie considérablement d'un pays à un autre.

Les enfants de faible poids de naissance sont vulnérables pendant les premières heures et les premiers jours de leur vie notamment s'ils sont prématurés. La plupart des enfants de faible poids de naissance ne sont pas toujours prématurés mais ils ont connu des problèmes de croissance in utero généralement à cause de la mauvaise santé de leurs mères. Ces enfants sont eux aussi exposés à un risque de décès plus élevé.

Les principales causes de mortalité périnatale sont essentiellement liées à la santé et aux soins que la mère reçoit avant, pendant et immédiatement après l'accouchement.

La détresse respiratoire et les traumatismes à la naissance s'expliquent généralement par une mauvaise prise en charge du travail et de l'accouchement et par l'impossibilité d'avoir accès à des services obstétricaux. D'autres parts, un apport insuffisant en calorie ou en micronutriments est responsable d'une issue défavorable de la grossesse. Près de trois quart de tous les décès de nouveau-nés pourraient être évités si les femmes étaient bien nourries et bénéficiaient des soins voulus lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale.

5.2.2. Causes issues de l'étude

Les résultats de nos entretiens avec les responsables du service de la maternité et nos observations nous ont permis de relever les causes de la mortalité dans le service.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

5.2.2.1. Diagramme d'ISHIKAWA ou en arêtes de poisson

Communément appelé Diagramme en arêtes de poisson, le diagramme d'Ishikawa permet de rechercher les causes et les conséquences d'un dysfonctionnement en les classant par critères, généralement aux 5M évoqués ci-dessous :

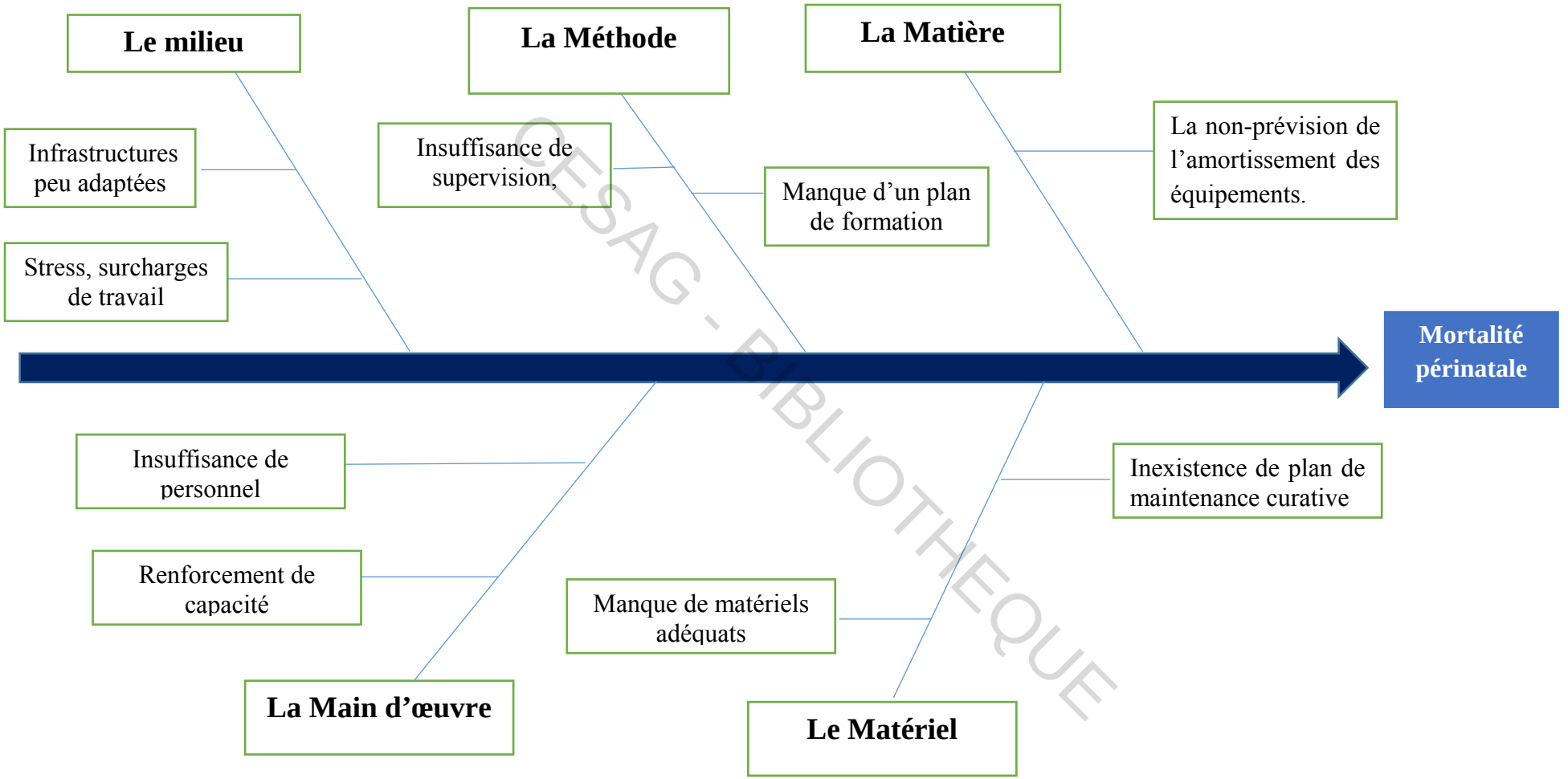
- Méthode : correspondant à la façon de faire, orale ou écrite (procédures, instructions, démarche, mode d'emploi)
- Milieu : c'est l'environnement physique et humain, conditions de travail, aspect relationnel, ergonomie…,
- Main d'œuvre : tout ce qui est relatif à l'action humaine : les professionnels de toute catégorie, en y incluant la hiérarchie,
- Matière : tout ce qui est consommable ou élément qui est à transformer par le processus (Energie, matière 1ère, information)
- Matériel : ce qui résulte des instruments : l'équipement, les machines, le petit matériel, les locaux, outillage, etc.

Une adaptation du diagramme à notre étude nous donne les renseignements suivants :

- Milieu : Infrastructures peu adaptées, stress, surcharges de travail.
- Main d'œuvre : insuffisance de personnel, renforcement de capacité
- Matériel : Inexistence de plan de maintenance curative, manque de matériels adéquats.
- Matière : la non-prévision de l'amortissement des équipements.
- Méthode : Insuffisance de supervision, manque d'un plan de formation continue.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 7: Diagramme d'ISHIKAWA



CESAG - BIBLIOTHEQUE

Les raisons qui pourraient expliquer la mortalité périnatale dans le service de Maternité selon le Diagramme d'Ishikawa sont les suivantes :

- Manque de compétence du personnel ;
- Le nombre insuffisant du personnel ;
- Exiguïté des locaux ;
- La non prévision de l'amortissement des équipements ;
- Insuffisance de matériels ;
- Manque d'un plan de formation continue

5.2.2.2. Hiérarchisation des Causes

Nous avons mis en exergue plusieurs causes pouvant avoir une influence sur la mortalité périnatale à la maternité de l'hôpital principal de Dakar. Nous en avons choisi six (06) et les avons hiérarchisées. Les critères de cotation sont les mêmes utilisées dans l'identification des problèmes (Ampleur, la gravité et la solvabilité) selon l'importance de la cause.

Tableau XX : Priorisation des différentes causes

Causes	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
Manque de formation et de compétence du personnel	4	5	4	13	1er
Exiguïté des locaux	3	4	2	9	4ème
Le nombre de personnel insuffisant	4	5	3	12	2ème
Insuffisance de matériel	2	4	1	7	6ème
La non prévision de l'amortissement des équipements	4	3	1	8	5ème
Manque d'un plan de formation continue	4	4	2	10	3ème

Sources : nous même

La cause ayant le plus grand score sera retenue et les solutions recherchées seront fonctions de cette dernière.

CESAG BIBLIOTHEQUE

Tableau XXI : Hiérarchisation des causes priorisées par ordre de fréquence

Causes	Fréquence absolue	Fréquence en %	Fréquence cumulée en %
Manque de formation et de compétence du personnel	13	22,03	22,03
Exiguïté des locaux	9	15,54	37,57
Insuffisance de matériel	7	11,86	49,43
La non prévision de l'amortissement des équipements	8	13,56	62,99
Le nombre de personnel insuffisant	12	20,34	83,33
Manque d'un plan de formation continue	10	16,95	100
Total	59	100	

Source : nous même

Cette hiérarchisation nous a permis de distinguer par ordre ces différentes causes.

5.2.2.3. Choix de la Cause prioritaire

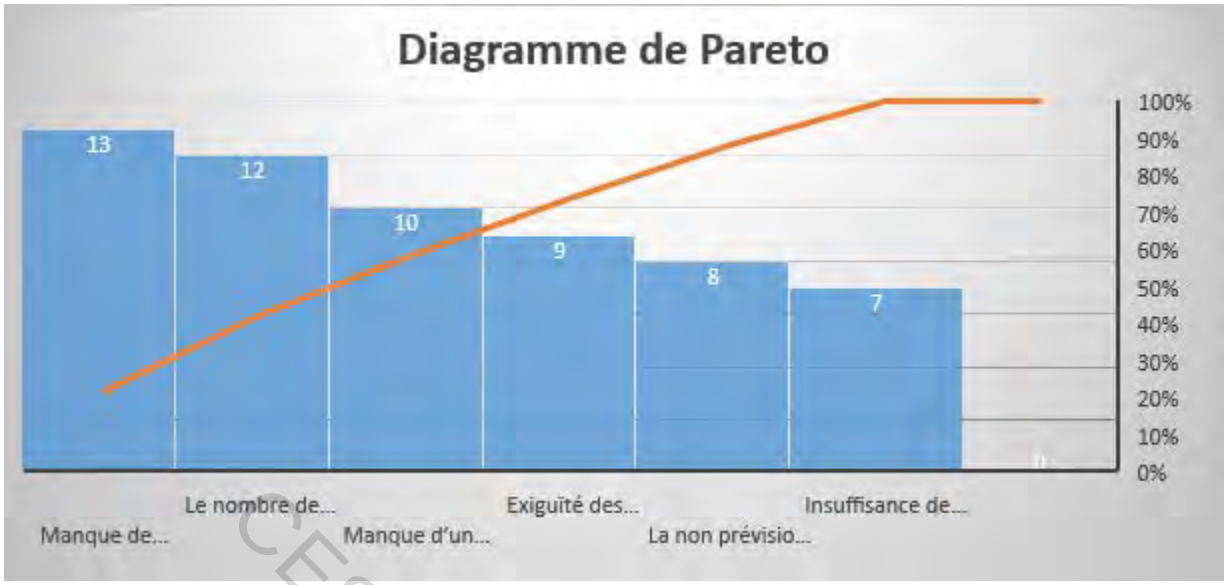
Après avoir hiérarchisé les causes, nous choisissons celle que nous allons résoudre en premier lieu. Pour cela nous avons fait recours à un outil graphique appelé « diagramme de Pareto ». Il nous permet de visualiser l'importance des causes d'un problème et d'avoir une même vision des priorités.

Pour ce faire nous allons attribuer dans l'ordre une lettre (A -B -C -D- E- F) correspondant à chaque cause que nous intégrons sur le Diagramme de « Pareto ».

Le diagramme

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 8: Diagramme de Pareto



*12= Nombre de personnel insuffisant ; *9= Exiguïté des locaux ; *7= Insuffisance de matériel ; *8= La non prévision de l'amélioration des équipements ; *10= Manque d'un plan e formation continue ; 13= Manque de formation et de compétence du personnel ;

Source : nous même

Nous avons constaté que les scores attribués aux causes obéissent sensiblement à la loi de Pareto « 80/20 », qui signifie que dans bien des cas, 80% de l'effet résulte de 20% des causes. En appliquant cette loi à notre étude, nous remarquons que plus de 80 % du problème sont dus à une cause principale qui correspond à la zone couverte par 13 (Manque de formation du personnel) sur lequel il faut agir.

La résolution de ce problème pourrait contribuer à une diminution de la mortalité périnatale dans le service de la maternité de l'hôpital principal de Dakar.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 6 : ANALYSES DES SOLUTIONS PROPOSEES

Au terme de la hiérarchisation des causes, nous avons retenu comme cause principale Manque de formation et de compétence du personnel. Dans ce chapitre nous allons procéder à la recherche de solutions, puis leur hiérarchisation en vue de réduire l'impact des dysfonctionnements constatés dans le processus de réduction de la mortalité périnatale. Avant de retenir la solution au problème que connait la mortalité périnatale, nous avons parcouru un certain nombre d'ouvrages et de mémoires traitants de la mortalité périnatale. Cela nous a permis de connaître différentes solutions envisagées dans d'autres contextes. Nous allons présenter et analyser quelques-unes :

A. Dumont Lavoisier dans son éditorial intitulé : Santé des femmes et santé périnatale en situation de vulnérabilité : quelles solutions dans un monde qui bouge ?

Les problèmes actuels, les enjeux et les préoccupations en matière de santé des femmes et santé périnatale dépassent aujourd'hui les frontières de l'Europe. Avec la circulation de plus en plus importante des personnes et des pratiques, certains enjeux comme la mortalité maternelle et périnatale qui touche particulièrement les pays d'Afrique subsaharienne peuvent subir les répercussions de circonstances ou d'incidents dans d'autres pays où ces populations tentent de migrer. L'accès pour toutes les femmes à des services de santé de bonne qualité représente un enjeu en matière de santé globale qui touche nombre de pays — aussi bien en Europe qu'en Afrique ou en Asie et qui subit l'influence de déterminants transnationaux, comme la crise économique, le déficit en personnel de santé qualifié et l'hétérogénéité des pratiques cliniques. Des mesures et des solutions collaboratives s'imposent entre les pays, entre le Nord et le Sud notamment. Il est toujours très utile de regarder ce qui a marché dans un contexte et de réfléchir au potentiel d'efficacité de ces interventions dans un autre contexte. Si la mortalité maternelle et périnatale a considérablement diminué en Europe à partir de la fin du XIXe siècle, de tels progrès n'ont été observés que très récemment dans certains pays d'Afrique. Le modèle européen at-il pu être exporté dans ces pays ? Qu'est-ce qui a réellement marché dans un contexte où une grande partie des accouchements se passent toujours à domicile ? Inversement, en Europe, après une période d'intense médicalisation de l'accouchement, on voit apparaître les maisons de naissance comme une alternative à l'offre de soins actuelle. Est-ce un retour en arrière ou une façon de donner aux femmes le pouvoir d'agir ? L'avortement n'est pas encore légalisé dans de nombreux pays dans le monde. Le

CESAG BIBLIOTHEQUE

misoprostol, utilisé en automédication, a redonné à de nombreuses femmes en Amérique latine le pouvoir d'agir lorsqu'elles n'avaient pas choisi d'être enceintes. Qu'en est-il en Afrique où l'accès à l'interruption de grossesse est également très restrictif et où la mortalité maternelle après avortement est encore très élevée ? La plupart des femmes n'ont pas accès au dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays où un système fondé sur la cytologie (frottis cervico-utérin) est difficile à mettre en place. Il existe pourtant une alternative, bien plus abordable et mieux adaptée aux contraintes des femmes dans ces pays. L'examen du col après coloration à l'acide acétique, réalisé par un médecin, une sage-femme ou une infirmière, permet d'identifier et traiter immédiatement des lésions du col. Cette méthode est-elle une solution pour des femmes vivant dans la précarité, au Sud comme au Nord. Dans ce numéro spécial, plusieurs auteurs partagent leurs expériences et tentent de répondre à ces questions qui représentent les principaux enjeux actuels de santé globale et de santé des femmes. La vulnérabilité et le genre sont au cœur du sujet. Dans notre société en mutation, regardons plus la portée des problèmes que leur localisation [1]

L'organisation Mondiale de la Santé dans son article : Santé Maternelle et périnatale PUBLICATION 20 17-2018, évoque les stratégies suivantes pour l'amélioration de la mortalité périnatale :

Faire une échographie pour que la grossesse soit une expérience positive ;

- Apporter les soins intrapartums pour une expérience positive de l'accouchement
- Les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive
- Le traitement de l'hémorragie du post-partum par acide tranexamique
- La prévention et le traitement des infections maternelles périnatales
- La prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie
- La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins.
- Surveillance des soins obstétricaux d'urgence
- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale.
- Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement

En somme, le renforcement des capacités des personnels de santé est une nécessité en vue d'une prise en charge appropriée des parturientes [31].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dans notre étude, suite au Brainstorming, le groupe de travail a proposé les solutions suivantes :

- Former 25 agents à la réanimation néonatale
- Elaborer un plan de maintenance préventive et curative ;
- Mettre à disposition du personnel suffisant pour la réalisation activités quotidiennes ;
- Réfectionner les locaux ;
- Mettre en place un plan de formation continue ;
- Doter le service de matériels adéquats

Le choix de la solution appliquée en vue de résoudre le problème, s'est basé sur les critères suivants

- La solution retenue est-elle réalisable ?
- La solution retenue va-t-elle permettre au service de la maternité d'améliorer la performance de son système ?

La faisabilité financière de la solution retenue

Tableau XXII : Priorisation et choix de la solution

Causes	Coût	Faisabilité	Efficacité	Facilité	Score	Rang
Former 25 agents	5	5	5	5	20	1er
Réfectionner les locaux	5	2	1	1	9	6ème
Mettre en place une maintenance préventive et curative	5	1	3	1	10	5ème
Mettre à disposition du personnel suffisant	5	3	5	3	16	2ème
Doter le service de matériel adéquat	3	1	5	3	12	4ème
Mettre en place un plan de formation continue	1	5	5	3	14	3ème

Faisabilité : Très faisable =5 Faisable =3 Peu faisable =1

Facilité : Très facile =5 Facile =3 Pas du tout facile =1

Efficacité : Très efficace =5 Efficace =3 Pas efficace =1

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Coût : Pas couteux =5 Couteux =3 Très couteux =1

A l'issue du vote pondéré le groupe de travail retient comme solution la formation de 25 agents à la réanimation néonatale comme solution prioritaire.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 7 : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

Le plan de mise en œuvre comporte un cadre logique, un plan d'action, un budget et un volet suivi et évaluation.

7.1. Justification de la solution

Notre enquête a permis de mettre en évidence les problèmes variés. Il en est de même des solutions proposées.

Dans le cadre du plan d'action à proposer, nous avons retenu les solutions jugées pertinentes, réalisables par la structure et susceptibles d'avoir un impact immédiat dans la diminution de la mortalité périnatale à la maternité de l'hôpital principal de Dakar.

A cet effet la formation de 25 agents en réanimation néonatale a été la solution prioritaire.

7.2. Objectifs du Projet

7.2.1. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la mortalité périnatale dans le service de maternité de l'hôpital principal de Dakar d'ici décembre **2022**.

7.2.2. Objectifs Spécifiques

- Elaborer un document de formation ;
- Former 25 agents de santé pour les activités quotidiennes

7.2.3. Résultats Attendus

- R1 : Le document de formation a été élaboré ;
- R2 : 25 agents de santé sont formés ;

7.2.4. Activités

- R1- A1 : Identifier le Consultant pour l'élaboration du document de Formation ;
- R1- A2 : Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de formation ;
- R1- A3 : Elaborer les supports pédagogiques,
- R1- A4 : Rédiger le document de formation ;
- R2- A1 : Identifier les formateurs ;

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- R2- A2 : Identifier le ou les lieux de formation ;
- R2-A3 : Elaborer le calendrier de Formation ;
- R2-A4 : Identifier et informer les participants à la formation ;
- R2-A5 : Former les agents ;

7.3. Cadre Logique

Dans le cadre de résolution de problème, la planification opérationnelle exige :

- L'identification précise du problème ;
- L'identification des causes et solutions possibles ;
- Le choix d'une solution réaliste et réalisable dans le temps ;
- La disponibilité des moyens de résolution du problème ;

Après le choix de la solution consensuelle, nous avons élaboré un cadre logique et un plan d'action avec le chronogramme des activités nécessaires à sa mise en application. Ce cadre logique permettra de déterminer la logique d'intervention du projet selon deux sens :

7.3.1. Logique verticale

- L'objectif général de l'intervention
- Les objectifs spécifiques
- Les extrants ou résultats
- Les intrants ou activités

7.3.2. Logique horizontale

- Les indicateurs objectivement vérifiables
- Les moyens de vérification
- Les conditions critiques ou facteurs externes que l'on ne maitrise pas et qui conditionnent la réalisation du projet ou programme hormis les phénomènes naturels, les guerres.

CESAG BIBLIOTHEQUE

Tableau XXIII: Cadre logique

RESUME NARRATIF	**Indicateurs objectivement vérifiables**	**Moyens de vérification**	**Conditions critiques ou Hypothèses**
Objectif général : Contribuer à l'amélioration de la diminution de la mortalité périnatalité d'ici décembre 2022.	Le degré de satisfaction des usagers ; -Absence de plaintes	-Taux de satisfaction des usagers ; -Nombre de plaintes dans la boîte à suggestions ; Rapport d'activités	-Disponibilité des ressources financières ; -Implication des autorités et des prestataires
Objectifs spécifiques (OS) : OS1 : Elaborer un document de formation	Document de formation élaboré et disponible	Rapport d'activités Présence du document de Formation	Disponibilité des ressources financières ; -Implication des autorités et des prestataires
OS2 : Former 25 agents de santé à la réanimation néonatale	Nombre d'agents formés	Rapport de la formation -Liste des participants	Disponibilité des formateurs et du personnel à former
Résultats (R) : R1 : Le document de formation est élaboré	Existence du document de formation	Bordereau de réception - Inspection physique	Disponibilité des ressources financières ; -Implication des autorités et des prestataires
R2 : 25 agents de sont formés à la réanimation néonatale	% des agents de santé formé	Rapport de la formation -Liste des participants	Disponibilité du personnel ; des ressources Financières ; et des formateurs
R1A1 : Identifier le Consultant pour	Existence de la liste des	Rapport d'activités Liste des consultants	Disponibilité des ressources

CESAG - BIBLIOTHEQUE

l'élaboration du document de Formation	consultants (nombre de consultants		financières
R1A2 : Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de formation	Période et lieu d'élaboration du document déterminés	Rapport d'activités	Implication des autorités
R1-A3 : Elaborer les supports pédagogiques	Supports pédagogiques disponibles	Rapport d'activités	Disponibilité des ressources financières ; -Implication des autorités et des prestataires
R1-A4 : Rédiger le document de formation	Document de formation rédigé	Rapport d'activité Présence du document rédigé	Disponibilité de des ressources financières
R2- A1 : Identifier les formateurs	Le Nombre de formateurs identifiés	Liste des formateurs	Adhésion des des participants
R2- A2 : Identifier le ou les lieux de formation	Nombre et lieux de formation identifiés	Rapport d'activités Liste des lieux de formation identifiée	Disponibilité de des ressources financières
R2-A3 : Elaborer le calendrier de Formation	Calendrier de formation disponible	Rapport d'activité	Disponibilité des ressources financières
R2-A4 : Identifier et informer les participants à la formation	Nombre de participants identifié et informé	Liste des participants	Disponibilité des participants

Source : noue même.

7.4 Plan d'Action Opérationnel

Tableau XXIV : Cadre opérationnel

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Activités	Début	Fin	Budget	Responsable	Sources de financement
Identifier le consultant pour l'élaboration du document de formation	6/12/2019	20/12/2019		Médecin chef du service ; cellule de formation	Direction de l'hôpital
Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de formation	07/01/2020	17/01/2020		Médecin chef du service ; cellule de formation	Direction de l'hôpital
Elaborer les supports pédagogiques	20/01/2020	31/01/2020	350000	Consultant	Direction de l'hôpital
Rédiger le document de formation	04/02/2020	14/02/2020	350 000	Consultant	Direction de l'hôpital
Identifier les formateurs	17/02/2020	28/02/2020		Médecin chef du service ; cellule de formation	Direction de l'hôpital
Identifier le ou les lieux de formation	02/03/2020	24/03/2020		Médecin chef du service ; cellule de formation	Direction de l'hôpital
Elaborer le calendrier de formation	03/042020	17/04/2020		Médecin chef du service ; cellule de formation	Direction de l'hôpital
Identification et Information du personnel	20/04/2020	11/05/2020		Médecin chef du service ; cellule de formation	Direction de l'hôpital
Organisation de 3 sessions de formations	08/06/2020	30/06/2020	1045359	Les formateurs , le service	Direction de l'hôpital

Source : nous même

L'implication effective des responsables de la mise en œuvre et de la source de financement permettrait la réalisation de notre plan opérationnel.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau XXV : Chronogramme des activités du Plan opérationnel de formation du personnel

Période/Activités	2019	2020					
Identifier le consultant pour l'élaboration du document de formation	Décembre X	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de formation	X						
Elaborer les supports pédagogiques		X					
Rédiger le document de formation		X					
Identifier les formateurs			X				
Identifier le ou les lieux de formation				X			
Elaborer le calendrier de formation					X		
Identification et Information du personnel du district					X	X	
Former le personnel de santé du district							X

Source nous même

CESAG - BIBLIOTHEQUE

7.3.3. Budgétisation du plan de Formation

Il faut noter que les activités ne consommant pas de ressources n'ont pas été prises en compte dans la budgétisation.

Tableau XXVI : Budgétisation du plan de Formation

Rubriques	Nombre	Jours/séances	Prix unitaire /FCFA	Coût total/FCFA
Elaboration du document de formation				160000
Honoraires du consultant pour l'élaboration du document				250000
Marqueurs	03		1000	3000
Effaceurs	02		1000	2000
Rames	03		2500	7500
Bloc-notes	25	03	500	37500
Stylos	19	03	1000	57000
Papiers Padex	04		5000	20000
Pause – café	27	08	5000	324000
Attestation de participation	25		1000	25000
Total Budget				**886000**

Le budget total de la mise en œuvre du plan de formation s'élève à huit cent quatre-vingt-six mille CFA (**886000**FCFA).

Source : nous même

7.4. Suivi et Evaluation

7.4.1. Rappel

Le suivi et l'évaluation peuvent être définis comme l'ensemble des opérations consistant à suivre et à contrôler l'état d'avancement des activités afin d'améliorer la gestion d'un programme pour parvenir dans les meilleures conditions aux résultats attendus à court ou long terme.

7.4.2. Suivi et Evaluation de la mise en œuvre

Pour mener à bien le suivi et l'évaluation, il est nécessaire de mettre en place un comité de suivi et d'évaluation pour apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action. Ce comité sera composé du médecin chef du service, la surveillante du service et le Major. Ce

CESAG - BIBLIOTHEQUE

suivi régulier et une évaluation du plan d'action sont nécessaires pour assurer la mise en œuvre des objectifs fixés mais également faire le bilan des activités menées en termes de performances et des résultats. L'évaluation d'impact sera réalisée au bout de 3ans afin de voir si les résultats attendus ont été obtenus. Ainsi, pour chaque activité, le statut d'avancement sera défini de même que la consommation des ressources.

En fin, le suivi et l'évaluation de notre plan d'action porteront sur l'exécution des activités mises en place en vue d'atteindre les résultats.

Tableau XII: Plan de mise en œuvre du volet suivi et évaluation

Indicateurs	Méthode de calcul	Source de collecte	Niveau de collecte	Outil de collecte	Méthode de collecte	Fréquence de collecte
Nombre de consultant identifié pour l'élaboration du document de formation	Pourcentage de consultant identifié	Rapport d'activités	Responsable de la cellule de formation	Décompte	Entretien	Quinzaine
Document de formation	Nombre de document de formation élaboré	Rapport d'activités	Consultant	Décompte	Enquête	Trimestre
Nombre de Formateurs identifiés	Pourcentage de Formateurs identifiés	Rapport d'activités	Responsable de la cellule de formation	Décompte	Enquête	Quinzaine
Nombre de personnels identifiés et informés	Pourcentage de personnels identifiés	Rapport d'activités	Responsable de la cellule de formation	Décompte	Enquête	Quinzaine
Nombre de personnels formés	Pourcentage de personnels formés	Rapport d'activités	Responsable de la cellule de formation	Décompte	Exploitation du rapport d'activité	Quinzaine

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats obtenus, nous recommandons :

❖ Aux prestataires de la santé

- ✓ Améliorer la qualité des CPN ;
- ✓ Identifier les grossesses à risque et les grossesses pathologiques et les référer au niveau approprié ;
- ✓ Evaluer correctement le pronostic de l'accouchement en fin de grossesse et lors de l'examen d'entrée
- ✓ Respecter la physiologie du travail et corriger les anomalies du travail dystocique.
- ✓ Assurer les soins néonatals bien organisés et performants.

❖ Aux autorités sanitaires :

- ✓ Intensifier à large échelle l'éducation pour la santé, surtout la santé de la reproduction
- ✓ Améliorer le système de référence/évacuation par une meilleure organisation
- ✓ Doter la maternité de matériels nécessaires à la réanimation du nouveau – né (Oxygène, Aspirateur, insufflateur)
- ✓ Assurer la formation continue du personnel.

❖ A la population

- ✓ Fréquenter régulièrement les consultations prénatales surtout en cas des grossesses à risque et pathologiques.
- ✓ Respecter les traitements et les conseils donnés par le personnel de la santé.
- ✓ Consulter dès qu'une anomalie se présente au cours de l'évolution de la grossesse.
- ✓ Instaurer une bonne stratégie d'information, éducation et communication(IEC) à l'égard des femmes en âge de reproduction

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Il était question dans cette étude de déterminer le taux de la mortalité périnatale, d'identifier les causes de décès périnatals et de déterminer les facteurs associés à ces décès.

Il est ressorti que la mortalité est un problème qui affecte beaucoup notre structure sanitaire avec un taux très élevé 67,69 décès pour mille naissances, d'où un problème de santé public ce qui impliquerait une forte attention des autorités sur ce facteur. Il a été également constaté dans notre étude que ces décès étaient dus principalement aux complications obstétricales suivies des malformations.

Enfin, il a été indiqué dans notre étude de nombreux facteurs de risque qui augmentent la probabilité de survenue du décès périnatal répartis comme suit :

Chez la mère tels que l'âge, le bas niveau d'instruction, la multiparité, l'espace inter génésique court.

Chez le nouveau-né à savoir la prématurité, le faible poids de naissance et les malformations congénitales. Ainsi il faut reconnaitre que certains de ces facteurs de risques sont évitables.

La mortalité périnatale est un problème majeur d'où l'intérêt d'assurer un continuum de soins pendant la grossesse, en cours d'accouchement et durant le post partum immédiat.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- A. Dumont CEPED, UMR 196, Institut de recherche pour le développement, université Paris-Descartes, 45, rue des Saint-Père, F-75005 Paris, 2017.

2- Andargie G, Berhane Y, Worku A, Kebede Y. Predictors of perinatal mortality in rural population of Northwest Ethiopia: a prospective longitudinal study. BMC Public Health. 2013 Feb 23; 13:168p.

3- AYMAZ Issam, Etude de la Qualité des soins néonataux et obstétricaux d'urgence dans les centres de santé de niveau 2 de la province de TAZA : réalités et contraintes d'implantation des recommandations de l'OMS, juillet 2017 ; 15 :175p.

4- Bayou G, Berhan Y. Perinatal mortality and associated risk factors: a case control study. Ethiop J Health Sci. 2012; 22(3):153-62p.

5- Bjerregaard-Andersen M, Lund N, Jepsen FS, et al. A prospective study of twinning and perinatal mortality in urban Guinea-Bissau. BMC Pregnancy Childbirth. 2012; 12:140p.

6- Chalumeau M, Bouvier-Colle MH, Breart G; MOMA Group. Can clinical risk factors for late stillbirth in West Africa be detected during antenatal care or only during labour. Int J Epidemiol. 2002 Jun; 31(3):661-8p.

7- David Osrin and Audrey Prost Perinatal interventions and survival in resource-poor settings: which work, which don't, which have the jury out? 2009.75p.

8- DIALLO Seydou, étude des facteurs de risque liés à la mortalité périnatale au centre de santé de référence de Koulikoro (Mali) 2012, 1 ; 22-98p.

9- Darmstadt GL, Lee AC, Cousens S, et al. 60 Million non-facility births: who can deliver in community settings to reduce intrapartum-related deaths? Int J Gynaecol Obstet. 2009; 107 definitions, description of the burden and opportunities to improve data. BMC Pregnancy Childbirth 2010, 10(Suppl 1):1-22p.

10- Engmann C, Walega P, Aborigo RA, et al. Stillbirths and early neonatal mortality in rural Northern Ghana. Trop Med Int Health. 2012 Mar; 17(3):272-82p.

11- Evaluation de la gestion efficace des vaccins(GEV) aux Comores : Rapport 2012 p 28, Ministère de la Santé.

12- FALL. M, étude sur la mortalité néonatale à la maternité de l'hôpital Abass N'dao de Dakar,1987, p 123-128.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

13- Fikree FF, Azam SI, Berendes HW. Time to focus child survival programs on the newborn: assessment of levels and causes of infant mortality in rural Pakistan. Bull World Health Organ. 2002; 80:271–6p.

14- Fawole AO, Shah A, Tongo O, et al. Determinants of perinatal mortality in Nigeria. Int J Gynaecol Obstet. 2011. 114 : 37–42p.

15- FAYE P. COUMBA. Le PEV au Sénégal : Etat des lieux et axes stratégiques pour la relance, Avril 2000

16- HANAFI Abdourmane El, étude rétrospective de la mortalité périnatale de l'hôpital Essama (Maroc) juillet 2006, 25-60p.

17- Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. Lancet 2007; 370:58–69p.

18- KABRE Ousmane, l'influence de l'environnement sur la mortalité infantile à Ouagadougou, 1994, 35 : 120-175p.

19- KEITA Moussa Somita, étude sur la mortalité périnatale dans la ville de Ségou (Mali) 2006,58p.

20- Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? Lancet 2005; 365:891-900p.

21- Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7p): 2009.

22- Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. Int J Epidemiol 2006, 35:706-718p.

23- Lawn J, Kerber K, Enweronu-Laryea C, et al. Newborn survival in low resource settings – are we delivering? BJOG. 2009; 116(Suppl 1): S49–59

24- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006; 367:1747-57.

25- Lawn JE, Kinney M, Lee AC, et al. Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? Int J Gynaecol Obstet. 2009; 107(Suppl 1): S123–40. S140–2.

26- Matendo RM, Engmann CM, Ditekemena JD, et al. Challenge of Reducing Perinatal Mortality in Rural Congo: Findings of a Prospective, Population-based Study. J Health Popul Nutr. 2011; 29(5):532-40

CESAG - BIBLIOTHEQUE

27- Mmbaga BT, Lie RT, Olomi R, et al. Causes of perinatal death at a tertiary care hospital in Northern Tanzania 2000–2010: a registry based study. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12:139p.

28- OMS, Alliance GAVI, Fonds mondial et Banque mondiale. Monitoring and évaluation of health system strengthening: an operational Framework. Genève, Organisation mondiale de la Santé-2010, 86p.

29- OMS. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017 : Résumé d'orientation. Genève: OMS, 2017, 5p.

30- OMS : Santé maternelle et périnatale PUBLICATIONS 2017-2018, 23-25p.

31- Shah A, Faundes A, Machoki M, et al. Methodological considerations in implementing the WHO Global Survey for Monitoring Maternal and Perinatal Health. Bull World Health Organ 2008; 86:126–31p.

32- Stanton C, Lawn JE, Rahman H, et al. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. Lancet 2006; 367:1487-94p

33- TOURE. M, mortalité périnatale CHU de Donka, Avril 2013, 5 :56-79p.

34- United Nations Children's Fund. The Progress of Nations. New York: UNICEF; 2004.92p.

35- World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Geneva: World Health Organization, 2006. 69 p.

36- World Health Organization. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates. WHO 2006. 75p.

37- Zupan J. Perinatal mortality in developing countries. N Engl J Med 2005; 352:2047-8p.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

Juillet 2019

A/DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ENVIRONNEMENTALES

1. Numero de la fiche

2. Numéro du dossier

3. Date

4. Nom et prénoms de la patiente

5. Age / année

6. Activité socio professionnel

○ 1. Ménagere ○ 2. Fonctionnaire ○ 3. Vendeuse ○ 4. Elève ○ 5. Autres

7. Autres

La question n'est pertinente que si Activité = "Autres"

8. Résidence:

○ 1. Urbain ○ 2. Rural

9. Niveau d'instruction

○ 1. Non scolarisée ○ 2. Primaire ○ 3. Secondaire ○ 4. Supérieur ○ 5. Autres

10. Autres

La question n'est pertinente que si instruction = "Autres"

11. Statut matrimonial:

○ 1. Célibataire ○ 2. Mariée ○ 3. Veuve ○ 4. Divorcée

B/ANTECEDENTS

12. Antécédents médicaux

○ 1. HTA ○ 2. Diabète ○ 3. Drépanocytose ○ 4. Obésité ○ 5. Néphropathie ○ 6. aucun antécédent connu

13. Antécédents chirurgicaux

○ 1. Césarienne ○ 2. Laparatomie ○ 3. Autres ○ 4. Aucun

Antécédent Obstétricaux

14. Antécédents d'avortement

○ 1. oui ○ 2. non

15. Antécédent de mortinaissance

○ 1. oui ○ 2. non

16. Antécédents de mort néonatal

○ 1. oui ○ 2. non

CESAG - BIBLIOTHEQUE

17. Gestité
○ 1. Nullipare(G0) ○ 2. Pauci pare (G1àG4) ○ 3. Multi geste(G5àG7) ○ 4. Grande multigeste(plus G7)

18. Parité
○ 1. Nullipare(P0) ○ 2. PauciPare(P1àP4) ○ 3. Multipare(P5àP7Grandemultipare(Plus de P7)

19. Intervalle inter génésique
○ 1. < 1 an ○ 2. 1à 2ans ○ 3. > ou = 2 ans

C/ DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ACTUELLE

20. Age de la grossesse en semaine d'aménorrhée
○ 1. Terme ○ 2. non à terme

21. Suivi de la grossesse
○ 1. CPN0 ○ 2. CPN1 ○ 3. CPN2 ○ 4. CPN3 ○ 5. CPN4et plus

22. La qualité de la CPN
○ 1. oui ○ 2. non

D/ FACTEUR DE RISQUE A L'ADMISSION

23. Mode d'entrée
○ 1. Venue d'elle même ○ 2. Référé ○ 3. Evacuée

24. Taille
○ 1. Moins de 1,5m ○ 2. plus de 1,5m

25. TA
○ 1. Moinsde140/90mmhg ○ 2. plus de140/90mmhg

26. Témperature
○ 1. Moins de 37,5°c ○ 2. Plus de 37,5°c

27. Bilan prénatal
○ 1. Fait ○ 2. Non fait

28. BDCF
○ 1. Reguliers ○ 2. Irréguliers ○ 3. Non entendu

29. Bassin
○ 1. Normal ○ 2. Limite ○ 3. BGR ○ 4. Asymétrique

30. Anomalie de la présentation
○ 1. non ○ 2. oui

31. Si 'oui', précisez : _____

32. Métrorragies
○ 1. oui ○ 2. non

E/ CISCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT

33. Durée du travail
○ 1. Moins de 12H ○ 2. Entre 12 et 24H ○ 3. Plus de 24H

34. Poche des eaux
○ 1. Intacte ○ 2. Rompue

CESAG - BIBLIOTHEQUE

35. Si rompue
○ 1. Liquide clair ○ 2. Liquide teinté ○ 3. Autres

36. Durée de la RPM
○ 1. Moins de 12H ○ 2. Entre 12-24H ○ 3. Plus de 24H

37. Voie d'accouchement
○ 1. Voie basse ○ 2. Césarienne ○ 3. Laparatomie

38. Manoeuvre
○ 1. Forceps ○ 2. Ventouse

39. Profil de la personne responsable de l'accouchement
○ 1. Médecin ○ 2. Sage femme ○ 3. Infirmière obstétricienne ○ 4. Interne

F/ CARACTERISTIQUE DU NOUVEAU-NES

40. Etat actuel du nouveau née
○ 1. vivant ○ 2. Mort
La réponse est obligatoire.

41. Vivant
○ 1. Réanimé ○ 2. Non réanimé
La question n'est pertinente que si etatnouveaune = "vivant"

42. Mort-né
○ 1. Frais ○ 2. Macéré
La question n'est pertinente que si etatnouveaune = "Mort"

43. Sexe
○ 1. M ○ 2. F

44. Poids en gramme

○ 1. 500-1000	○ 2. 1000-1500	○ 3. 1500-1999	○ 4. 1999-2000	○ 5. 2000-2499
○ 6. 2499-2500	○ 7. 2500-2999	○ 8. 2999-3000	○ 9. 3000-3499	○ 10. 3499-3500
○ 11. 3500-3999	○ 12. 3999-4000	○ 13. 4000 et plus	○ 14. 1500-1999_	○ 15. 2000-2499_
○ 16. 2500-2999_	○ 17. 300-3499	○ 18. 3500-3999_	○ 19. 4000 et plus_	

45. APGAR 1 ☐
La réponse doit être comprise entre 0 et 10.

46. APGAR 2 ☐
La réponse doit être comprise entre 0 et 10.

47. periode de survenue
○ 1. Per partoum ○ 2. Post partum
La question n'est pertinente que si etatnouveaune = "Mort"

48. Cause de décès
○ 1. HRP ○ 2. RU ○ 3. Détresse respiratoire ○ 4. Malformation ○ 5. Infection ○ 6. Indéterminée
La question n'est pertinente que si etatnouveaune = "Mort"

49. Lieu de décès
○ 1. Maternité ○ 2. Bloc opératoire ○ 3. Hospitalisation
La question n'est pertinente que si etatnouveaune = "Mort"

CESAG BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

Dédicace i
Remerciements iii
Sommaire iv
Liste des sigles et abréviations v
Liste des tableaux vi
Liste des figures vii
INTRODUCTION GENERALE 1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE 4
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE 5
1.1. Analyse de l'environnement externe 5
1.1.1. Situation géographique 5
1.1.2. Démographie du Sénégal 5
1.1.3. Situation politique, administrative et économique 6
1.1.3.1. Situation Politique 6
1.1.3.2. Situation administrative 6
1.1.3.3. Situation économique 7
1.1.4. Caractéristiques sanitaires de la population 8
1.1.5. Le système de soins au Sénégal 9
1.1.6. Synthèse de l'analyse de l'environnement externe du système de santé 10
☐ Menaces 10
1.2. Cadre de l'étude 11
1.2.1. Analyse de l'environnement interne 11
1.2.2. Organisation et fonctionnement du service de la maternité : 11
1.2.2.1. Organisation du service 11
1.2.2.2. Fonctionnement du service 12
1.2.2.3. Les ressources humaines 14
1.2.2.4. Les ressources financières 14
1.2.2.5. Les soins 14
1.2.2.6. Formation, Information, Recherche : 15
1.2.2.7. Les Forces, faiblesses opportunités et menaces 16
1.3. Identification des problèmes 17

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1.3.1. Identification des problèmes 17
1.3.2. Priorisation des problèmes (Université-Laval, 2010-2011) [29] (COLLY, 2018) [3] 18
1.3.3. Méthode 18
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE 20
2.1. La problématique 20
2.2. L'ampleur du problème 21
2.3. Les conséquences du problème 25
2.4. Justification 25
2.5. Intérêt de l'étude 26
2.6. Définitions de concepts 26
2.6.1. Variables dépendantes 26
2.6.2. Variables indépendantes 27
2.6.2.1. Facteurs sociodémographiques 27
2.6.2.2. Facteurs obstétricaux 28
2.6.2.3. Pathologies préexistantes 29
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE 31
Chapitre 3 : METHODOLOGIE 32
3.1. Type d'étude 32
3.2. Période d'étude 32
3.3. Population d'étude 32
3.4. Echantillonnage 32
3.5. Critères d'inclusion 32
3.6. Critères de non exclusion 33
3.7. Taille de l'échantillon 33
3.8. Les méthodes et outils de collecte des données 33
3.9. Traitement et analyse des données 34
3.9.1. Saisie et nettoyage des données 34
3.9.2. Analyses des données 34
3.10. Difficulté rencontrée 34
3.11. Déroulement de l'étude 35
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS 36
4.1. Fréquence 36
4.1.1. Fréquence globale 36

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des mères 37
4.2. Analyse bi variée (les facteurs de risque) 43
4.2.1. Relation entre le décès périnatal et les caractéristiques sociodémographiques de la parturiente 43
4.2.1.1. Comparaison de la moyennes d'âge des parturientes et la mortalité périnatale 43
4.2.1.2. Activité socio professionnelle et la mortalité périnatale 44
4.2.1.3. Statut matrimonial et mortalité périnatale 44
4.2.1.4. Relation entre mortalité périnatale et les antécédents obstétricaux et néonataux de la parturiente 45
4.2.1.4.1. Antécédents médicaux et mortalité périnatale 45
4.2.1.4.2. Antécédents chirurgicaux et la mortalité périnatale 45
4.2.1.5. Relation entre les caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement, du nouveau-né et la survenue de la MP 46
4.2.1.5.1. Suivi de la grossesse et mortalité périnatale 46
4.2.1.5.2. Voie d'accouchement 47
4.2.1.5.3. Poids en gramme 48
4.3. Analyse des résultats 49
4.3.1. Analyse des résultats 49
4.3.2. Pour le personnel 49
4.3.3. Pour les usagers 49
4.3.4. Pour l'observation de l'enquêteur 49
TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS PLAN DE MISE EN ŒUVRE 51
Chapitre 5 : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES 52
5.1. Présentation des outils 52
5.2. Détermination, Analyse et Priorisation des causes 52
5.2.1. Causes issues de la revue Documentaire 52
5.2.2. Causes issues de l'étude 54
5.2.2.1. Diagramme d'ISHIKAWA ou en arêtes de poisson 54
5.2.2.2. Hiérarchisation des Causes 57
5.2.2.3. Choix de la Cause prioritaire 58
Chapitre 6 : ANALYSES DES SOLUTIONS PROPOSEES 60
7.1. Justification de la solution 64

CESAG - BIBLIOTHEQUE

7.2. Objectifs du Projet 64
7.2.1. Objectif général 64
7.2.2. Objectifs Spécifiques 64
7.2.3. Résultats Attendus 64
7.2.4. Activités 64
7.3. Cadre Logique 65
7.3.1. Logique verticale 65
7.3.2. Logique horizontale 65
7.3.3. Budgétisation du plan de Formation 69
7.4. Suivi et Evaluation 70
7.4.1. Rappel 70
7.4.2. Suivi et Evaluation de la mise en œuvre 70
RECOMMANDATIONS 72
CONCLUSION GENERALE 73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 75
ANNEXES 78
TABLE DES MATIERES 82

CESAG - BIBLIOTHEQUE