



CESAG SANTE

MBA GSS

2018-2019

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

Pour l'obtention du

MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION EN GESTION DES

SERVICE DE SANTE : MBA/GSS

OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

**THEME : CONTRIBUTION A LA REDUCTION DE LA
MORTALITE MATERNELLE PAR L'AMELIORATION DE
LA QUALITE DES SOINS OBSTETRIKAUX ET
NEONATAUX D'URGENCES COMPLETS DANS LE
SERVICE DE MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE NIORO (Mali)**

Présenté par :
Dr Seydou DIALLO
Stagiaire au Programme
MBA/GSS

Sous la Direction de :
Pr WADE Boubacar
Professeur associé du Val de Grâce
Enseignant associé au CESAG

DEDICACE

AU NOM D'ALLAH, le Tout Puissant, le Clément et le Très Miséricordieux

Je dédie ce travail :

A ma grand-mère Feu Salimatou Traoré

Les mots me manquent pour te signifier mon amour et ma reconnaissance, tu as toujours été là, rendant les moments difficiles supportables. Je vous dédie ce travail pour tous les sacrifices à notre égard et Dieu seul sait combien vous en aviez faits. Je prie Dieu qu'il vous fasse beaucoup de miséricorde et de clémence.

A mon père Feu Mamadou Thierno Diallo

Nul ne sait combien vous représentez pour moi. Votre rappel à Dieu a été la plus grande perte de tous les temps pour nous. Nul ne peut vous remplacer. Que Allah vous paye pour m'avoir guidé sur le droit chemin et m'enseigné le sens de l'honnêteté. Ce travail est le fruit de nombreux sacrifices que vous aviez consentis tout au long de ma scolarité.

A ma mère Astan Diarra

Je ne saurais trouver assez de mots pour vous exprimer tout mon amour, ma reconnaissance et ma profonde gratitude. Que Dieu vous garde en vie parmi votre famille. Merci **Maman**.

A mon oncle Feu Moulaye Diallo

J'aurai souhaité que vous soyez à mes côtés aujourd'hui mais le bon Dieu a choisi autrement. Ton souvenir restera à jamais gravé dans mon cœur. Ta générosité et ta sympathie me serviront de fil conduit. Que Dieu te fasse grâce et miséricorde.

A ma chère épouse Djènèba Sountoura

Ton soutien constant, ta compréhension, tes qualités humaines, ton sens de discrétion, ta foi profonde font de toi l'épouse idéale. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour et ma reconnaissance des efforts que vous avez consenti.

A mes oncles, tantes, frères, sœurs, cousins, cousines, amis, famille de ma femme.

Je vous dédie ce travail en reconnaissance de votre assistance et affection qui nous ont été utiles. Les mots ne suffisent pas pour exprimer l'intensité de l'affection et de la reconnaissance que j'aie pour vous. J'aurai tant voulu que vous assistiez à ce jour, malgré la distance qui nous sépare.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement :

DIEU le Tout puissant, le très miséricordieux, qui m'a créé et m'a guidé dans le bon chemin et pour m'avoir facilité ce travail.

Au Professeur Boubacar Wade, Professeur associé au CESAG, pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Malgré vos nombreuses responsabilités, vous vous êtes mis à notre disposition pour nous guider. Votre courtoisie, votre sens élevé des rapports humains nous ont permis de réaliser ce travail dans un climat serein. Vos remarques et suggestions ont contribué largement à l'amélioration de la qualité de ce travail. Merci mille fois Professeur.

Au président et aux membres du jury, nous sommes profondément sensibles à l'immense honneur que vous nous faites en acceptant librement de juger ce modeste travail.

Au Docteur EL HADJI GUEYE, Chef du département CESAG Santé, à l'administration et au corps professoral, votre professionnalisme nous a marqué durant tout le long de notre passage au CESAG. Vous avez renforcé notre culture du travail bien fait. Nous vous remercions infiniment.

A Madame Mously Seye assistante de programme CESAG-SANTE, votre disponibilité et votre gentillesse nous a marqué tout au long de l'année scolaire. Vous resterez à jamais gravé dans nos mémoires.

Au Docteur Cheick Amadou Tidiane Traoré, Directeur régional de santé de Kayes, votre coopération a été capitale pour la réussite de ce travail.

Au Docteur Safouna Diakité, médecin-chef du Centre de santé de Référence de Nioro, vous m'avez ouvert les portes de votre bureau et m'a mis en rapport avec tous les agents dont j'avais besoin. Vous m'avez aidé à améliorer mon travail. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Au Docteur Soumaila Laye Diakité, gestionnaire du Projet MEDIK/CANADA, pour l'opportunité que vous m'avez donnée à travers l'offre cette bourse d'étude pour le CESAG. Les mots ne suffisent pas pour exprimer l'intensité de l'affection et de la reconnaissance que j'ai pour vous. Je tiens à vous rendre un vibrant hommage.

A toute l'équipe de la maternité du CSRéf de Nioro, Vous avez facilité mon travail et votre coopération a été capitale pour la réussite de ce travail.

A tous les stagiaires CESAG/SANTE de la 29^{ème} promotion pour leur amitié.

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I: PRIORISATION DES PROBLEMES:.....	- 21 -
TABLEAU II: AVIS DU PERSONNEL SUR LE BESOIN EN PERSONNEL:	- 42 -
TABLEAU III: REPARTITION DU PERSONNEL SOIGNANT SELON QU'IL AIT REÇU UNE FORMATION CONTINUE EN SONU:.....	- 42 -
TABLEAU IV: REPARTITION DU PERSONNEL SELON LEUR OPINION SUR LES INFRASTRUCTURES:.....	- 42 -
TABLEAU V: REPARTITION DU PERSONNEL SELON LA DISPONIBILITE DE LA FICHE DE DESCRIPTION DE POSTE:	- 43 -
TABLEAU VI: AVIS DU PERSONNEL L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL:	- 44 -
TABLEAU VII: PARTICIPATION DANS LES REUNIONS:	- 45 -
TABLEAU VIII: REPARTITION DES ACCOMPAGNATEURS SELON LA TRANCHE D'AGE:	- 46 -
TABLEAU IX: REPARTITION DES ACCOMPAGNATEURS SELON LE GENRE:	- 46 -
TABLEAU X: REPARTITION DES ACCOMPAGNATEURS SELON LA PROVENANCE:	- 46 -
TABLEAU XI: REPARTITION DES ACCOMPAGNATEURS SELON LE NIVEAU D'ETUDE:.....	- 48 -
TABLEAU XII: AVIS SUR L'ORIENTATION:	- 48 -
TABLEAU XIII: AVIS SUR L'ACCUEIL:	- 48 -
TABLEAU XIV: AVIS SUR LA PROPRETE DES LOCAUX:.....	- 50 -
TABLEAU XV : REPARTITION DES POINTS DE VOTE DE PRIORISATION DES CAUSES:	62
TABLEAU XVI: RESULTATS DU VOTE DE PRIORISATION DES CAUSES:	63
TABLEAU XVII: HIERARCHISATION DES CAUSES ORDRE DECROISSANT:	64
TABLEAU XVIII: REPARTITION DES POINTS PAR LES PARTICIPANTS AU VOTE PONDERE :	69
TABLEAU XIX: RESULTAT DU VOTE DE PRIORISATION DES RESULTATS:.....	70
TABLEAU XX: CADRE LOGIQUE:.....	73
TABLEAU XXI: CADRE OPERATIONNEL:	78
TABLEAU XXII: BUDGET:.....	81
TABLEAU XXIII : INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION DE LA SOLUTION RETENUE.....	85

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: CARTE ADMINISTRATIVE DU MALI :	- 4 -
FIGURE 2: PYRAMIDE SANITAIRE:	- 8 -
FIGURE 3: CARTE SANITAIRE DE NIORO:	- 12 -
FIGURE 4: CADRE CONCEPTUEL DE LA QUALITE DE SONUC:.....	- 27 -
FIGURE 5: REPARTITION DU PERSONNEL SOIGNANT SELON LA CATEGORIE PROFESSIONNELLE:	- 41 -
FIGURE 6: APPRECIATION DE LA ZONE D'ACCUEIL PAR LE PERSONNEL:	- 43 -
FIGURE 7: AVIS DU PERSONNEL SUR L'ETAT DU MATERIEL SONU :	- 44 -
FIGURE 8: APPRECIATION DES ACCOMPAGNATEURS SUR LES PRESTATAIRES :	- 49 -
FIGURE 9: APPRECIATION DES ACCOMPAGNATEURS SUR LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE :.....	- 49 -
FIGURE 10: PERFORMANCE ATTEINTE PAR CHAQUE AGENT:	- 51 -
FIGURE 11: PERFORMANCE DES AGENTS PAR RAPPORT A LEUR QUALIFICATION ET LEUR FORMATION EN SONU :	- 52 -
FIGURE 12: DIAGRAMME D'ISHIKAWA:	60
FIGURE 13: DIAGRAMME DE PARETO:	65

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	: Anti rétroviraux
ASACO	: Association de santé communautaire
ASS	: Afrique subsaharienne
BDM	: Banque de développement du Mali
BMS	: Banque malienne de solidarité
BOA	: Banque of Africa
CESAG	: Centre africain d'études supérieures en gestion
CPN	: Consultation prénatale
CSCom	: Centre de santé communautaire
CSRéf	: Centre de santé de référence
DFM	: Direction des finances et du matériel
DTC	: Directeur technique du centre
EAQ	: Equipe d'amélioration de la qualité
EDS	: Enquête démographique de la santé
EDSM	: Enquête démographique de la santé du Mali
EPH	: Etablissement public hospitalier
EPST	: Etablissement public scientifique et technologique
GATPA	: Gestion active de la troisième période d'accouchement
GESYRE	: Gestion du système de référence et évacuation
GEU	: Grossesse extra-utérine
IEC	: Information éducation et communication
IDH	: Indice de développement humain
INPS	: Institut national de prévoyance en santé
INRSP	: Institut national de recherche en santé publique
ODD	: Objectifs de développement durable
OMS	: Organisation mondiale de santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PDSC	: Programme de développement socio-sanitaire du cercle
PIB	: Produit intérieur brut
PF	: Planification familiale
P-RM	: Présidence de la république du Mali

- PMA** : Paquet minimum d'activité
- PNUD** : Programme des nations unies pour le développement
- PTME** : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- PV/VIH** : Personnes vivants avec le virus de L'immunodéficience humaine
- RGPH** : Recensement général de la population et de l'habitat
- SCAP** : Stratégie commune d'accompagnement des Pays
- SONU** : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- SONUB** : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
- SONUC** : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
- SR** : Santé de reproduction
- SRE** : Système de référence et évacuation
- SMN** : Soins maternels et néonataux
- TQC** : Total quality control
- UNICEF** : Fonds des nations unies pour l'enfance
- USAC** : Unité de soins accompagnement et de conseil.

SOMMAIRE

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	IV
SIGLES ET ABREVIATIONS	V
SOMMAIRE	VII
INTRODUCTION.....	- 1 -
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNALLE, IDENTIFICATION DU PROBLEME ET CADRE THEORIQUE DE L’ETUDE.....	- 3 -
CHAPITRE I: ANALYSE SITUATIONNELLE ET IDENTIFICATION DU PROBLEME.....	- 4 -
CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE L’ETUDE	- 22 -
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L’ENQUETE	- 37 -
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	- 38 -
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE RESULTATS DE L’ETUDE	- 41 -
TROISIEME PARTIE : _ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES ET IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	- 56 -
PLAN DE MISE EN ŒUVRE	- 56 -
CHAPITRE V : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES	- 57 -
CHAPITRES VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	67
CHAPITRES VII : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	71
RECOMMANDATIONS	85
CONCLUSION	iii
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	v
ANNEXES	viii

INTRODUCTION

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 [9].

Chaque jour dans le monde environ 800 décès maternels sont enregistrés, dont 99% dans les pays en développement sur lesquels 20% en Afrique de l'Ouest et du Centre. Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est de 240 pour 100 000 naissances vivantes, contre 16 pour 100 000 dans les pays développés (Rapport de l'OMS 2015). Ainsi, une des cibles de l'Objectif de Développement Durable (ODD) est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes, aucun pays ne devant présenter un taux de mortalité maternelle supérieur à deux fois la moyenne mondiale d'ici 2030 [14].

Au Mali, la mortalité maternelle reste encore élevée avec un taux de 368 pour 100 000 naissances vivantes en 2012, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS V) [27].

Plusieurs mesures législatives et réglementaires ont également été prises sur la santé de la reproduction conformément aux différents agendas internationaux auxquels le Mali a souscrit. Parmi les mesures majeures de lutte contre la mortalité maternelle adoptées par le gouvernement du Mali on note la mise en place des systèmes de référence maternelle et la mise à niveau des soins obstétricaux dans les centres de santé communautaires et dans les hôpitaux de district [28].

Depuis plusieurs décennies, les programmes de santé maternelle ont recours aux examens de dépistage prénatal pour tenter de repérer les femmes à risque de complications. Quoique bénéfiques à bien des égards, ces efforts n'ont pas permis de réduire le taux de mortalité maternelle. Le dépistage prénatal n'identifie pas toutes les femmes qui connaîtront des complications [18]. Des recherches montrent que la plupart des femmes qui souffrent de complications n'ont pas de facteurs de risque connus et on prévoit que 15 % des grossesses exigeront une intervention médicale d'urgence [10].

En effet, même lorsqu'une femme est en bonne santé et qu'elle reçoit des soins prénatals, il n'est pas toujours possible de déterminer si elle souffrira de complications qui nécessiteront le recours aux services d'urgence.

Par conséquent, des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de bonne qualité doivent être mis à la disposition de toutes les femmes enceintes et que toutes les femmes doivent donner naissance à leur enfant en présence d'un accoucheur ou d'une accoucheuse qualifiés et que ces services doivent faire partie intégrante du système de santé [21]. Un bon système de santé doit pouvoir garantir l'accès aux soins obstétricaux essentiels de qualité, à savoir les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) dans les maternités périphériques et les Soins Obstétricaux d'Urgence Complètes (SONUC) dans les maternités de référence [21].

L'Organisation Mondiale de Santé estime que l'accès à des Soins Obstétricaux d'Urgence de qualité permettrait d'éviter 75 % de décès maternels [24].

Dans un contexte où la maternité du CSRéf de Nioro fait face à beaucoup de problèmes structurel et conjoncturel, une démarche visant à améliorer la qualité des SONUC au sein de cette institution reste un élément fondamental pour le bien être de la communauté.

A cet effet, nous nous proposons d'identifier dans un premier temps les dysfonctionnements relatifs à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales et dans un second temps, nous soulignerons à l'attention de tous des voies à suivre pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complètes offerts par cette institution.

Ainsi, à la lumière de ce qui précède, nous avons élaboré le thème suivant : « Contribution à la réduction de la mortalité par l'amélioration de la qualité des SONUC dans le service de maternité du Centre de Santé de Référence de Nioro » ayant pour objectif général d'évaluer la qualité de la prise en charge des urgences obstétricale et néonatale dans le district sanitaire de Nioro.

Pour atteindre cet objectif, sept chapitres ont été développés : Analyse situationnelle ; cadre théorique et conceptuel ; méthodologie ; résultats ; analyse des problèmes ; identification des solutions ; mise en œuvre de la solution.

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNALLE,
IDENTIFICATION DU PROBLEME ET CADRE
THEORIQUE DE L'ETUDE**

CHAPITRE I: ANALYSE SITUATIONNELLE ET IDENTIFICATION DU PROBLEME

L'analyse situationnelle est le cadre de la présentation et de la description de l'environnement dans lequel évolue le service de maternité du CSRéf de Nioro.

1. Environnement externe

1.1. Généralité sur le Mali

1.1.1. Situation géographique :

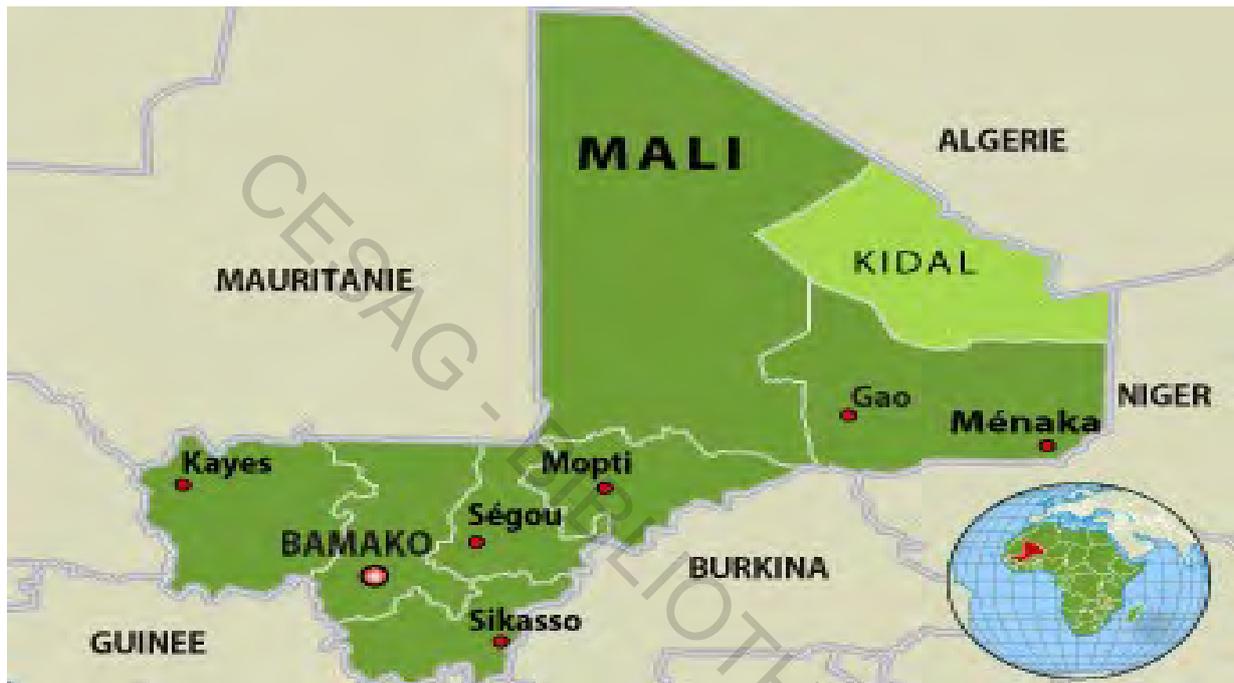


Figure 1: Carte administrative du Mali :

Source : www.lexilogos.com

La République du Mali, [34] pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 241 248 kilomètres carrés. Elle partage près de 7 200 km de frontières avec sept pays : au Nord, avec l'Algérie ; à l'Est, avec le Niger ; au Sud-est, avec le Burkina Faso ; au Sud, avec la Côte d'Ivoire et la Guinée ; et à l'Ouest, avec la Mauritanie et le Sénégal. Le relief est peu élevé et peu accidenté, c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres.

Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal.

Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. La partie septentrionale de cette zone est arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents, la partie orientale par le fleuve Niger et ses constituants. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical : hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche. Ainsi, du sud au nord, un quart du territoire est situé dans la zone soudano guinéenne, 50 % dans la zone sahélienne et 25 % dans le désert saharien. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies, cette dernière durant, en moyenne, 5 mois au sud et moins d'un mois au nord. Le niveau des précipitations s'établit entre 1 300 mm à 1 500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au nord [34]. Ce climat se caractérise par quatre zones ; le delta intérieur du Niger se caractérise par les quatre zones suivantes:

- la zone sud soudano guinéenne : environ 6 % du territoire national, dans l'extrême sud. Les précipitations sont comprises entre 1 300 et 1 500 mm d'eau par an ;
- la zone nord-soudanienne, avec 1 300 à 700 mm/an d'eau. Cette zone couvre environ 18 % du territoire ;
- la zone sahélienne : le niveau des précipitations se situe entre 200 et 700 mm d'eau par an ;
- la zone saharienne : les précipitations deviennent irrégulières et au fur et à mesure qu'on s'éloigne des abords du fleuve Niger et qu'on avance dans le Sahara ; elles deviennent aléatoires et inférieures à 200 mm/an.
- le delta intérieur du Niger : c'est une véritable mer intérieure. Cette nappe d'inondation est au cœur même du Sahel. Le delta, avec ses 300 km de long sur 100 km de large, joue un rôle régulateur dans le climat de la région.

1.1.2. Système administratif et politique : Sur le plan administratif, le Mali est découpé en 10 régions administratives depuis 2016 (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal Ménaka et Taoudéni) et un District (la capitale Bamako). Les régions sont subdivisées en 49 préfectures (ex-cercles) qui se répartissent les 289 sous-préfectures (ex-arrondissements). Le district de Bamako est découpé en 6 communes. Dans le cadre de la décentralisation, au niveau local, le Mali compte 703 communes dont 684 rurales et 19 urbaines parmi lesquelles les 6 communes de Bamako. Chaque commune est administrée par un conseil communal dirigé par un maire et des conseillers municipaux élus au suffrage universel.

Les collectivités régions disposent chacune d'un conseil régional, les cercles sont dotés d'un conseil de cercle et les communes ont un conseil communal présidé par un maire.

La participation de la société civile au processus de développement du pays est effective et l'aval des populations pour les décisions importantes est requis avec l'instauration de concertations à différents niveaux.

1.1.3. Données démographiques

La population du pays était estimée à 17 839 000 habitants en 2015 ; elle croît à un rythme de 3,6% et vit à près de 78% en milieu rural. C'est une population essentiellement jeune ; la tranche d'âge de 0 à 14 ans représente 46 %. Les femmes en âge de procréer représentent 23% de la population générale [31].

Le niveau d'instruction demeure faible au Mali : pour le niveau secondaire et supérieur avec respectivement 12,4% et 4,8% ; le niveau primaire représente 82,9% des instruits [31].

La fécondité [31] est encore très élevée avec un indice synthétique de 6,1. La fécondité précoce est élevée : 188‰ entre 15 et 19 ans, qui augmente à 283‰ entre 20 et 24 ans pour atteindre son maximum de 292‰ entre 25 et 29 ans et décroît ensuite à 25‰ aux âges de 45-49 ans.

La population des jeunes de 10 à 24 ans représentait 4 462.053 habitants soit 30,71% de la population totale selon les résultats définitifs du RGPH de 2009 [31]. Les enfants de moins de 5 ans (0-4ans) représentaient 18,06%. L'espérance de vie à la naissance était de 55,6 ans.

1.1.4. Données Socioéconomiques :

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance réelle est ressorti à 7,2% en 2014 contre 1,7% en 2013. Cette performance est imputable principalement aux secteurs primaire et secondaire dont les valeurs ajoutées ont connu respectivement des hausses de 10,4% et 9,2% en 2014 contre -7,5% et 5,5% en 2013. L'économie malienne a enregistré une croissance moyenne de 3,5% du PIB sur les cinq dernières années (2010-2014). Cette croissance a été tirée essentiellement par le secteur primaire avec un taux de croissance moyen de 4,3% (ODHD-PNUD, 2016) [29]. Dans son classement basé sur l'IDH (Indice de Développement Humain), le PNUD a classé le Mali 182eme sur 187 pays en 2012. La situation sociale en 2014 a été marquée par la poursuite du processus de négociation et de réconciliation nationale avec la tenue des pourparlers inter maliens d'Alger. Processus engagé suite à la crise socio-politique et sécuritaire que le pays a connue en 2012 et qui a abouti à la signature d'un accord de paix entre le Gouvernement du Mali et les groupes armés du Nord. Elle a été aussi marquée par la reprise de la coopération avec les Partenaires Techniques et Financiers, les contraintes de l'épidémie EBOLA et la préparation du document de la Stratégie Commune d'Accompagnement Pays (SCAP II) 2015-2018. Une amélioration des indicateurs sociaux a

été notée, cela en rapport avec les efforts déployés par les autorités en faveur du bien-être des populations. (ODHD-PNUD, 2016). [29]

La situation globale de l'état de santé des populations se caractérise par une mortalité infantile élevée, un état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes toujours préoccupant. L'accessibilité à des soins de santé de qualité reste un problème. Les taux d'accès au Paquet Minimum d'Activités (PMA) sanitaires dans un rayon de 5 km et 15 km n'ont augmenté respectivement que de 1 et 2 points de pourcentage entre 2012 et 2014. En matière de lutte contre le VIH/SIDA, le taux de prévalence est de 1,1% en 2014 (EDSM V). Les personnes vivant avec le VIH (PV/VIH) ont été prises en charge sur 85 sites en 2014. En fin 2014, 49 720 personnes vivant avec le VIH ont été initiées aux Anti rétroviraux (ARV). (ODHDPNUD, 2016). [29]

1.1.5. Organisation du système de santé

1.1.5.1. Politique Nationale de santé du Mali

La Politique Sectorielle de Santé adoptée en 1990 [36], a été reconfirmée et consacrée par la Loi n°02-049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé. Ses principaux objectifs sont :

(i) l'amélioration de la santé des populations, (ii) l'extension de la couverture sanitaire et (iii) la recherche d'une plus grande viabilité et d'une performance du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- La différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé ;
- La garantie de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels ;
- La participation communautaire à la gestion et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ;
- La promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaires du système public.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le Gouvernement de la République du Mali a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales des niveaux « commune » et « cercle » suivant le décret n° 02-314/P-RM du 04 Juin 2002. [30]

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux [36] :

- ✓ Le niveau cercle ou district sanitaire constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion;

- ✓ Le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- ✓ Le niveau national est le niveau stratégique, définit à ce titre les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre, il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards.

Pour les structures de prestations de soins [36], également, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux :

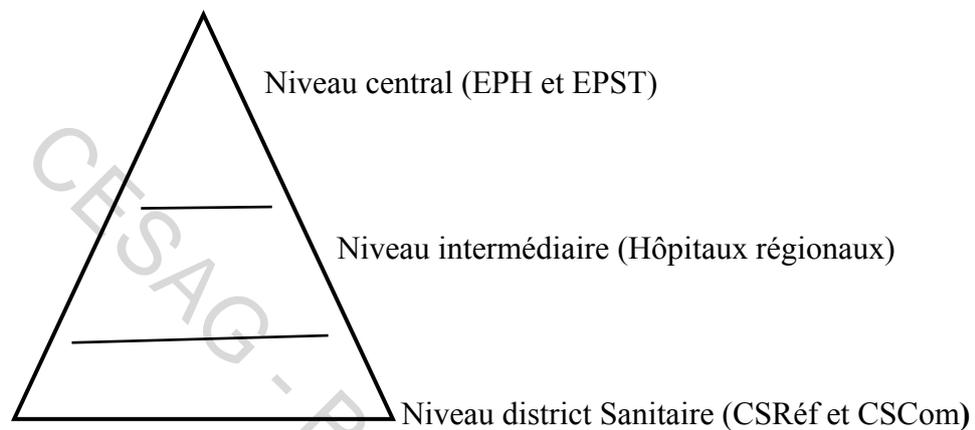


Figure 2: Pyramide sanitaire:

Source : *plan stratégique SR 2014- 2018*

Le niveau central : Comprend 5 établissements Publics Hospitaliers (EPH), 6 établissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST). Ces établissements constituent la 3^{ème} référence.

Le niveau intermédiaire : regroupe 8 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2^{ème} référence.

Le **niveau district sanitaire** présente 2 échelons :

(i) Le premier échelon (base de la pyramide) ou premier niveau de soins est constitué de 1134 Centres de Santé Communautaires (CSCom) en fin 2012 [35] ;

(ii) Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

Toujours dans le souci de rapprocher davantage les services de santé aux populations, il a été développé depuis 2010 la stratégie des soins essentiels dans la communauté à travers les

agents de santé communautaires ; ils sont au nombre de 2268 en 2015 à travers le pays et évoluent au niveau village.

Ce dispositif est complété par [35] :

- le secteur sanitaire privé qui comprenait en 2011 près de 1038 structures ;
- les services parapublics constitués des 19 structures de santé des armées en 2011 et de celles de l'INPS ;
- les services confessionnels de santé comprenant 25 structures en 2011 ;
- une médecine traditionnelle riche et variée soutenue par le département de médecine de l'INRSP, avec 20 unités officiellement recensées ;
- plusieurs ONG offrant des soins dans la communauté en appui aux structures publiques.

Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n°2012-007 du 07 février 2012 portant code des collectivités territoriales [33]. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, le Gouvernement de la République du Mali a adopté le décret 02-314/P-RM du 04 Juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle [30].

1.1.5.2. Situation des programmes de santé de la Reproduction

1.1.5.2.1. Amélioration des prestations pour la survie de l'enfant

Selon les EDSM III en 2001, IV en 2006 et V en 2012/13 : [25, 26, 27]

- le taux de mortalité néonatale est passé de 57 ‰ en 2001 à 46 ‰ en 2006 et à 35 ‰ en 2012;
- le taux de mortalité infantile est passé de 113 ‰ en 2001 à 96 ‰ en 2006 et à 58 ‰ en 2012;
- le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 229 ‰ en 2001 à 191 ‰ en 2006 et à 98 ‰ en 2012 contre un objectif de 83 ‰ en 2015.

La pratique de l'audit des décès néonataux dans la communauté est en cours de test dans deux CSCOM du District de Bamako.

Le Mali a élaboré le premier plan stratégique de la santé de la reproduction en 2004. Il a été renforcé par la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

1.1.5.2.2. Ressources humaines

Les déficits de ressources humaines sont principalement liés à la faible capacité de recrutement, à la formation inadéquate et aux possibilités limitées de formation continue des prestataires de soins de santé [7].

Les différences entre zones urbaines/zones rurales au niveau de la quantité et de la qualité du personnel, les politiques et programmes inappropriés pour la rétention du personnel, les mauvais systèmes d'information sur les ressources humaines, constituent également des facteurs de ce déficit. À cela s'ajoutent, la mauvaise évaluation des performances, l'insuffisance de supervisions et de l'obligation de rendre compte, et les mauvaises pratiques [7].

1.1.5.2.3. Financement et mobilisation des ressources

La proportion du budget national alloué à la santé de la mère et du nouveau-né et à la planification familiale est difficile à évaluer. Cependant selon les données fournies par la DFM, cette proportion a régressé de 2,1% en 2010 à 1,9% en 2012 [7].

Le sous-investissement dans la santé en général et dans la santé de la reproduction, en particulier, est l'une des causes majeures de la faiblesse du système de santé à fournir des services de SR accessibles et de qualité. Ceci limite l'atteinte du niveau souhaité des indicateurs de SR.

Ainsi, au cours de la décennie 2000-2010 [7], le Mali a développé plusieurs stratégies pour l'atteinte des OMD 4 et 5 relatifs à la santé de la femme et de l'enfant.

Plusieurs mesures législatives et réglementaires ont également été prises sur la Santé de la reproduction conformément aux différents agendas internationaux auxquels le Mali a souscrit. Malgré les résultats encourageants enregistrés, le Mali, à l'instar de plusieurs pays africains, est encore très loin de l'atteinte des OMD. C'est pourquoi dans le cadre du nouveau plan décennal, le gouvernement, à travers le Ministère de la Santé a entrepris l'élaboration d'un second plan stratégique de la santé de la reproduction comme cadre de référence à toutes les interventions en la matière.

Il couvre la période 2014-2018 [22]. Il vise à asseoir une bonne coordination, une harmonisation et une intégration des interventions de l'ensemble des acteurs afin de mieux rationaliser les ressources.

Il vise enfin l'amélioration de la qualité des services et le renforcement du système de santé en vue d'une réduction significative de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

1.1.5.2.4. Problèmes prioritaires en matière de la santé de Reproduction (SR) [22]

Ces problèmes se résument à :

- ❖ L'insuffisance de l'accessibilité et de la disponibilité des services de SR de qualité ;
- ❖ L'insuffisance de la demande et de l'utilisation des services de SR ;
- ❖ Le faible engagement des intervenants dans la mise en œuvre de la SR à tous les niveaux ;
- ❖ La faible qualité des services de SR ;
- ❖ La faiblesse dans la capacité de coordination, de gouvernance et de Leadership des services de SR.

1.1.5.2.5. Plan stratégique de la santé de la Reproduction 2014 -2018 [22] :

Vision du plan : *le Mali croit à un système qui garantit aux populations un accès à des soins et services de santé reproductive de qualité en tout lieu et en tout moment.*

Le plan est composé de 4 grands axes stratégiques :

- ✓ Objectif Spécifique 1 : Accroître l'accessibilité et la disponibilité des services de SR sur l'ensemble du pays ;
- ✓ Objectif Spécifique 2 : Accroître les efforts de création de la demande et l'utilisation des services de SR ;
- ✓ Objectif Spécifique 3 : Améliorer la qualité des services de SR ;
- ✓ Objectif Spécifique 4 : Améliorer les capacités de coordination, de gouvernance et leadership, et de suivi-évaluation des services de SR.
- ✓

1.2. Environnement interne : District sanitaire de Nioro

1.2.1 Présentation du district sanitaire de Nioro

Situé à l'extrême Nord –est de la région de Kayes, le cercle Nioro du sahel couvre une superficie de 11060 Km² et est limité :

Au Nord par la République Islamique de Mauritanie ;

A l'Est par les cercles de Diéma et Nara ;

Au sud par les cercles de Bafoulabé et Diéma ;

A l'Ouest par le cercle de Yélimané.

Le cercle de Nioro du sahel compte 16 communes dont 13 Rurales.

La carte sanitaire est présentée dans la figure ci-dessous.



Figure 3: Carte sanitaire de Nioro:
Source : Système d'information sanitaire

1.2.2. Situation socio sanitaire

1.2.2.1. Organisation du système socio sanitaire du District Sanitaire

Elle est basée sur la politique sectorielle de santé et de population du Mali qui définit une pyramide sanitaire à quatre niveaux :

Le district sanitaire de Nioro est couvert par un système de santé à deux échelons conformément à la politique nationale de santé.

Les Centres de Santé Communautaire (CSCOM) au niveau des aires de santé constituent le premier échelon.

Le Centre de Santé Référence (CSRéf) du district sanitaire au chef-lieu de la préfecture représente le deuxième échelon.

27 CSCOM sont fonctionnels en fin 2018 contre 28 prévus dans le PDSC (Plan de Développement Socio-sanitaire du Cercle)

- Sur ces 28 aires, 27 étaient fonctionnelles en fin 2018. Toutes ces aires de santé offrent le PMA (Paquet Minimum d'Activité) complet à savoir :

* Soins curatifs

- consultation curative
- prise en charge, lèpre tuberculose

- soins : (injections pansement, circoncision petite chirurgie perfusion).

* Soins préventif :

- consultation prénatale
- accouchements
- vaccination
- consultation post natale
- Surveillance préventive des enfants, soins.

* Activités promotionnelles de santé

- information, éducation, communication (IEC)
- promotion des supports imprégnés
- promotion du sel iodé
- nutrition

Au niveau du 1er échelon (aire de santé), tous les CSCom du district sont tenus par un personnel qualifié. Chaque CSCom est géré par une Association de Santé Communautaire (ASACO). Les organes de gestion de l'ASACO sont le conseil d'administration mis en place par les délégués des différents villages et le comité de gestion composé de cinq membres issus du conseil d'administration et l'Assemblée générale.

La gestion technique du CSCom est assurée par le DTC (Directeur Technique du Centre).

Le Centre de Santé de Référence dirigé par le médecin-chef est le deuxième niveau du district sanitaire. Il remplit essentiellement deux fonctions :

- Une fonction de santé publique comportant des tâches de planification, suivi et coordination dans la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire et Social de Cercle (PDSC). A travers cette fonction, le centre de santé de cercle assume les tâches de supervision, monitoring et d'appui technique aux structures de premier niveau. Il s'agit de donner des conseils et des orientations au personnel des aires de santé dans le cadre de leurs activités de supervision et de formation des agents relais des villages, mais aussi des prestations relatives à l'hygiène du milieu et au développement communautaire. Il s'agit également de donner des appuis-conseils aux collectivités territoriales.
- Une fonction de référence clinique lui permettant de prendre en charge les cas dépassant le plateau technique des structures de premier échelon. Il s'agit entre autre

de cas nécessitant la chirurgie, les explorations radiologiques, les examens biologiques ou une hospitalisation.

1.2.2.2. Présentation de la maternité du centre de santé de référence

- La Salle d'accouchement contient :
 - ✓ Une salle de pré travail avec 2 lits ;
 - ✓ Une salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement ;
 - ✓ 1 coin « du nouveau-né » avec table de réanimation du nouveau-né ;
 - ✓ 1 salle de garde.
- Unité « Kangourou »
- Unité d'hospitalisation avec 12 lits
- Unité de consultation externe avec 3 bureaux
- Salle d'échographie
- Salle AMIU.

1.2.2.3. Ressources humaines dispensant les SONU au niveau du CSRéf

Le Personnel de la maternité et du bloc opératoire est composé comme suit :

- 1 gynécologue
- 5 médecins à tendance chirurgicale
- 4 sages-femmes
- 5 infirmières obstétriciennes
- 3 laborantins
- 2 aides opérateurs
- 1 anesthésiste

1.2.2.4. Activités au niveau du service de maternité du CSRéf de Nioro

Les soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures par des équipes de médecins, sages-femmes et infirmières obstétriciennes. Des consultations de gynécologie, de suivis pré et post-natals, de planification familiale et d'échographie sont assurées au quotidien. La maternité est sous la tutelle d'un médecin responsable de la santé de la reproduction.

Le CSRéf de Nioro reçoit dans le cadre de la formation théorique et pratique des externes, des élèves sages-femmes, des élèves infirmières obstétriciennes et des matrones.

Le staff est réalisé dans le service du lundi au vendredi.

La visite des patientes hospitalisée est réalisée tous les jours.

Les consultations prénatales, post-natales y compris la planification familiale, la PTME (prévention de la transmission mère-enfant du VIH), les accouchements voie basses et les césariennes sont réalisés au quotidien.

➤ **Synthèse de l'analyse Situationnelle**

L'analyse SWOT est un outil anglo saxon qui veut dire Strengths-Weakness-Opportunities-Threats c'est-à-dire Force-Faiblesse-Opportunités-Menace, a servi de base pour analyser l'environnement interne et externe dans lesquels s'est réalisée notre étude. L'analyse de l'environnement externe permet de dégager les menaces qui peuvent entraver le fonctionnement de la structure et de saisir les opportunités pour tirer profit des ressources et des compétences distinctives afin d'améliorer la qualité des soins.

De l'analyse de l'environnement interne découle les forces et les faiblesses.

Dans notre le cadre de notre étude, l'analyse SWOT nous d'obtenir une vision synthétique de la situation du CSRéf de Nioro. La matrice SWOT nous donne les renseignements suivant

Forces : Ce sont des facteurs internes à la structure de santé qui lui procurent un avantage considérable pour l'offre de soins de qualité. Parmi les forces, nous pouvons retenir :

❖ **Disponibilité de personnel médical**

L'offre des SONU ne peut se réaliser que lorsque la structure dispose du personnel capable de prendre en charge les urgences obstétricales.

❖ **Existence d'un bloc opératoire**

Le bloc opératoire est capital pour une prise en charge optimale des complications liées à la grossesse. La disponibilité d'un bloc opératoire permet à la structure de réaliser des césariennes.

❖ **Gratuité de la césarienne**

L'OMS estime que pour prétendre réduire la mortalité maternelle et néonatale, il faut un taux de césarienne entre 5 et 15 %. Au Mali, la plupart des patientes présentant des complications obstétricales ne pouvait pas faire face au coût de la césarienne. C'est ainsi que le gouvernement de la république du Mali a décidé en 2005 de rendre gratuit la césarienne. Cette gratuité a permis de réduire le nombre de décès maternel.

❖ **Existence d'un plan quinquennal de Développement Sanitaire et Social 2018-2023**

La disponibilité d'un plan quinquennal de Développement Sanitaire et Social est nécessaire pour une planification à long terme et la mise en œuvre effective de la politique sanitaire. Ce document tient en compte des priorités des communes en matière de développement socio-

sanitaires et permet aux partenaires techniques et financiers de s'inscrire dans la politique sanitaire de l'Etat.

❖ **Existence d'un Système local d'Information sanitaire (SLIS)**

L'existence d'un Système local d'Information sanitaire est très capitale pour la surveillance des maladies et surtout des maladies à potentiel épidémique. Cet outil est une sorte d'alerte pour le district sanitaire. Il permet également de prendre à temps réel des décisions pouvant impacter sur la santé de la population.

❖ **Tenue régulière de réunions d'informations (staff tous les jours ouvrables)**

La tenue régulière de staff dans un établissement de santé permet d'une part d'améliorer la prise en charge des patients et d'autre part améliorer la qualité de formation des étudiants en stage. Le staff peut également impacter sur la qualité de l'information collectée sur terrain car c'est une occasion où le personnel corrige les outils primaires de collecte des données.

❖ **Engagement de la Direction pour la santé de la reproduction**

L'engagement de la direction est un atout majeur de la mise en œuvre effective de la politique de santé de la reproduction. La démarche qualité ne peut aboutir que si la direction prend en charge tous ces engagements.

❖ **Existence d'un cadre conceptuel de la référence-évacuation**

Le cadre conceptuel de la référence-évacuation permet à la communauté et à l'Etat et ses partenaires techniques et financiers de s'engager à travers un document élaboré au niveau local à prendre en charge les mères et les nouveaux nés présentant des complications. Ce cadre prévoit le transport gratuit des femmes en complication obstétricales et des nouveaux nés en détresse du niveau périphérique vers le niveau de référence.

❖ **Disponibilité de la maison d'attente au niveau du CSRéf pour les femmes à risque**

La maison d'attente est un local construit au sein du CSRéf de Nioro qui héberge les femmes présentant des grossesses à risques et provenant du milieu périphérique. Avec un tel dispositif, nous assistons à une réduction considérable du nombre de décès lié à l'accessibilité géographique.

Faiblesses : ce sont des facteurs internes négatifs qui peuvent se révéler néfastes pour la structure de santé et qui peuvent être améliorés. Parmi les faiblesses du CSRéf de Nioro, on peut retenir :

❖ **Locaux de la maternité inadaptés pour la prise en charge des urgences obstétricales**

L'infrastructure est un élément capital dans l'offre des SONU de qualité. Les locaux mal adaptés ne permettent pas une bonne dispensation des soins.

❖ **Insuffisance du nombre de lits**

Au risque de ne voir des patients par terre, il faut que la structure soit dotée d'un nombre suffisant de lit. L'insuffisance de lits agit négativement sur la qualité des soins.

❖ **Insuffisance en personnel qualifié (Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes)**

Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes constituent le socle de la santé maternelle. L'insuffisance du nombre de ces praticiens agit négativement sur l'offre et la qualité des SONU.

❖ **Insuffisance de formation continue du personnel**

La formation continue du personnel est très capitale pour les structures sanitaires en termes de résultat. Lorsque cette formation continue est rarement réalisée, cela affecte la performance de la structure dans l'offre des soins de qualité.

❖ **Absence d'organigramme pour la maternité**

L'organigramme est un outil qui décrit la manière dont le service est organisé. Lorsque cet outil n'est pas disponible, on assiste à une mauvaise organisation du travail affectant ainsi la qualité du service.

❖ **Absence de fiches de description de tâches pour certain personnel**

Chaque personnel doit connaître son précis dans le service. Pour opérationnaliser le rôle de tout le personnel dans le service, chaque agent doit disposer d'une fiche de tâche. L'absence de fiches de description de tâches pour certain personnel peut entraîner des surcharges de travail chez d'autres. Cela peut jouer négativement sur la qualité des soins.

❖ **Absence de gratuité de kits de prise en charge des urgences obstétricales**

Nous signalons que 15 % des grossesses exigeront une intervention médicale d'urgence. Pour la prise en charge de ces complications, 9 interventions obstétricales sont essentielles pour éviter les décès par causes directes. Parmi ces 9 interventions, seule la césarienne est gratuite. L'absence de gratuité de Kits pour les autres interventions peut conduire à des retards de prise en charge et occasionner des décès maternels.

❖ **Faible disponibilité du sang**

L'hémorragie est l'une des causes de la mortalité maternelle dans le monde. Sa prise en charge nécessite la disponibilité permanente du sang. La rupture en produit sanguin peut impacter négativement sur la prise en charge des urgences obstétricale.

❖ **Taux élevé de décès maternels**

Le taux de décès maternel est un indicateur d'impact des SONU. En cas de taux élevé de décès maternels, les gestionnaires de service doivent rechercher les déterminants socio-économiques, culturels, politiques et sanitaires de cette mortalité afin de résoudre ce problème.

❖ **Faible taux de césarienne**

Le taux de césarienne est un indicateur de processus des SONU. Pour que les SONU soient de qualité, il faut un taux de césarienne compris entre 5 et 15 %. Un taux faible de césarienne signifie qu'il y a des besoins obstétricaux non couverts responsable de certains décès maternels.

❖ **Absence de salle de garde des médecins**

La salle de garde permet au médecin d'assurer la permanence du service en toute quiétude. L'absence de salle de garde peut influencer négativement sur la qualité des soins en favorisant l'absentéisme des médecins pendant la garde.

❖ **Absence d'étude sur la satisfaction des clients**

La satisfaction des patientes en termes de procédure, de résultats et de contact humain à l'intérieur du système de santé est un élément important de la qualité des services. C'est pourquoi les structures de santé doivent souvent réaliser des études de satisfaction pour mener à bien leurs missions de service public. L'absence d'étude de satisfaction peut favoriser la routine dans l'offre des soins.

❖ **Insuffisance de réunion sur les problèmes du service de maternité**

Les réunions de service permettent d'anticiper les problèmes. L'insuffisance de réunion sur les problèmes du service de maternité peut transformer les problèmes structurels en problèmes conjoncturels avec comme conséquences le dysfonctionnement de la structure.

❖ **Insuffisance de la qualité des SONUC**

Les conséquences de l'insuffisance de la qualité des SONUC sont nombreuses. Parmi elles, on peut citer : la baisse de la fréquentation, la baisse de recette, la démotivation du personnel et la mortalité maternelle et néonatale.

Opportunités : ce sont des situations externes, propres à l'environnement dans lequel évolue le CSRéf de Nioro et qui peuvent procurer un avantage sur lesquelles on peut prendre appui. Nous pouvons donc retenir comme opportunités :

- ❖ Existence du projet MEDIK/CANADA intervenant dans la réduction de la mortalité maternelle dans le district ;

Le projet MEDIK/CANADA est un partenaire clé du CSRéf de Nioro. Il appuie le CSRéf de Nioro dans la santé maternelle et néonatale. C'est un projet expérimental et novateur sur lequel le CSRéf de Nioro peut compter pour améliorer la qualité des SONUC.

❖ **Existence de 8 lignes budgétaires pour appuyer le CSRéf**

L'Etat met à la disposition de la collectivité territoriale de Nioro 8 lignes budgétaires pour appuyer le CSRéf. Ces 8 lignes constituent une opportunité pour améliorer les SONU.

❖ **Disponibilité d'une caisse de solidarité pour la référence-évacuation gérée par la communauté**

La caisse de solidarité pour la référence-évacuation est un organe local mis en place par la communauté et la collectivité afin de prendre en charge le transport des femmes en complications obstétricales et les nouveaux nés en détresse. Cette caisse est alimentée par la communauté et la collectivité à travers des quotes-parts que celles-ci doivent payer chaque année.

Menaces : ce sont des situations externes défavorables qui peuvent influencer négativement les performances du CSRéf qui ont pu être identifiées au cours de l'analyse. Parmi les menaces qui peuvent entraver le CSRéf de Nioro, on peut retenir :

❖ **Faible niveau de la sécurité du personnel et des malades**

Le CSRéf de Nioro est situé dans la préfecture de Nioro. C'est une zone sahélienne par excellence et est considéré comme zone d'insécurité par les autorités nationales. L'insécurité qui sévit dans la zone ne permet pas la mise en œuvre effective de la politique sanitaire nationale.

❖ **Zone de prédilection pour certaines épidémies telles que la fièvre jaune et la fièvre de la vallée du Rift.**

Le district sanitaire de Nioro a connu en 2015 des cas de fièvre jaune et de fièvre de la vallée du Rift et dès lors il est considéré comme un foyer potentiel d'épidémie. La survenue d'une épidémie constitue une véritable menace pour la réalisation du plan opérationnel. La plupart des activités planifiées sont arrêtées pendant la période d'épidémie.

1.3. Identification des problèmes et leur Priorisation

1.3.1. Identification des Problèmes

Les méthodes qui ont été utilisées pour l'identification des problèmes sont les suivantes :

L'entretien avec le personnel de prise en charge (15 personnes) et les accompagnateurs des patientes admises en urgences obstétricales (30 personnes)

L'observation de l'organisation et des activités SONUC.

La revue documentaire sur les SONU.

A partir de ces méthodes utilisées nous avons retenu une liste de plusieurs problèmes :

- Infrastructure peu adaptée à la prise en charge des urgences obstétricales ;
- Insuffisance de lits ;
- Insuffisance de personnel qualifié ;
- Mobilité du personnel ;
- Insuffisance de formation continue du personnel en SONU ;
- Insuffisance de qualité des SONUC ;
- Faible disponibilité du sang ;
- Nombre élevé de décès maternels et néonataux.

1.3.2. Priorisation des Problèmes

Cette priorisation a été faite en présence du personnel administratif et technique soit au total 12 personnes.

Nous avons divisé les cadres en quatre groupes de 3 personnes et nous avons procédé à un vote pondéré pour la priorisation des problèmes selon les critères suivants :

- **Ampleur du problème** : c'est l'étendue du problème avec son importance dans la structure, elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème dans la structure et son impact.
- **Gravité du problème** : ce qui est en rapport avec les différentes conséquences de non résolution du problème.
- **Solvabilité du problème** : c'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens (humains, financiers, techniques, organisationnels) dont dispose le service lui-même.

La ponctuation des critères a été faite de la manière suivante :

Elevé : 5 Moyen : 3 Faible : 1

Tableau I: Priorisation des problèmes:

PROBLEMES	CRITERES			Score	Rang
	Ampleur	Gravité	Solvabilité		
Infrastructures peu adaptées	3+1+1+3	1+5+3+1	5+1+3+1	28	8 ^{ème}
Insuffisance de lit d'hospitalisation à la maternité	3+3+5+3	5+3+5+3	5+1+1+5	42	5 ^{ème}
Insuffisance du personnel qualifié	5+3+3+5	5+5+1+3	3+1+3+3	40	6 ^{ème}
Mobilité du personnel.	5+5+3+3	3+5+1+3	3+1+3+1	36	7 ^{ème}
Insuffisance de formation du personnel en SONU	5+3+3+5	5+5+3+5	3+5+5+3	50	2 ^{ème}
Insuffisance de la qualité des SONUC du service de maternité	5+5+3+5	3+5+3+5	5+5+5+5	54	1 ^{er}
Faible disponibilité du sang	5+5+3+5	5+3+3+5	5+3+3+1	46	3 ^{ème}
Nombre élevé de décès maternels et néonataux	5+5+3+5	5+3+5+5	1+3+1+3	44	4 ^{ème}

Cette hiérarchisation a mis en exergue l'Insuffisance de la qualité des SONUC du service de maternité comme problème prioritaire, car elle a enregistré le score le plus élevé avec 54. Points.

CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ETUDE

2.1. Présentation du problème

2.1.1. Formulation du problème

Le Centre de santé de référence de Nioro est l'établissement de 1^{er} niveau de référence du district sanitaire de Nioro dans lequel se trouve un service de maternité avec bloc opératoire. Elle doit assumer pleinement sa vocation à être un lieu où l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet est garanti dans les conditions les mieux possibles. A cet effet elle doit répondre aux besoins des usagers en termes de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet mais aussi de relations interhumaines (rapport personnel soignant/patiente, accueil, confiance, propreté des salles, accord des patientes sur la prise en charge, temps d'attente, orientation des patientes à l'arrivée).

La qualité de la prise en charge lors du contact de l'utilisateur avec le Centre de santé est fortement mémorisée et détermine très souvent l'opinion et le jugement à l'égard du Centre de Santé. Il constitue donc de la part de l'utilisateur la première évaluation de l'équipe soignante et de la structure.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et néonataux dans la maternité du Centre de Santé de Référence de Nioro en tant que facteur de performance demeure une préoccupation constante car d'elle, dépend l'utilisation du service par la population desservie.

2.1.2. Spécification du problème

Notre problème se résume à l'insuffisance de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et néonataux dans la maternité du Centre de Santé de Référence de Nioro.

En d'autres termes, il est important de se poser la question suivante : qu'est ce qui entraîne la mauvaise qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et néonataux dans la maternité du Centre de Santé de Référence de Nioro?

Pour répondre à cette question, nous allons faire une observation du personnel dans l'exécution des SONU et réaliser une enquête d'opinions à la fois auprès des usagers/clients et des prestataires et voir leurs perceptions et leurs attentes par rapport à la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et néonataux dans la maternité du Centre de Santé de Référence de Nioro.

2.1.3. Ampleur du problème :

La mortalité maternelle est l'un des indicateurs utilisés par les Nations unies pour mesurer le développement humain et social [23]. Cet indicateur est également le reflet de la plus grande disparité entre les pays en développement et les pays développés. En effet, on estime qu'une femme sur seize, vivant en Afrique subsaharienne (ASS), risque de mourir pendant la grossesse ou lors de l'accouchement comparativement à une femme sur 2800 en Europe [3].

Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement était en 2015, de 239 pour 100 000 naissances, contre 12 pour 100 000 dans les pays développés. On note d'importantes disparités entre les pays, à l'intérieur d'un même pays, entre les populations à faible revenu et à revenu élevé et entre les populations rurales et urbaines [13].

Le niveau élevé de décès maternels dans certaines régions du monde reflète les inégalités dans l'accès aux services de santé et met en lumière l'écart entre les riches et les pauvres.

Avec un ratio de mortalité maternelle estimé à 629 (508–787) décès pour 100.000 naissances vivantes, l'Afrique occidentale représente la région la plus concernée par ce fléau [12].

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100000 naissances vivantes EDSM V 20012-2013[27]. Cette mortalité est principalement due à la forte proportion des accouchements non encore assistés par personnel qualifié [1]. Ceci entraîne un retard dans la prise en charge des urgences obstétricales aggravé par les difficultés liées à l'accessibilité géographique et financière du fait de la pauvreté mais aussi des barrières socio-culturelles.

La mauvaise prise en charge des accouchements, surtout des complications obstétricales, est responsable d'une bonne partie des décès maternels (Dumont et al, 2005) [8]. L'amélioration de qualité des soins obstétricaux est donc une des composantes clés de l'amélioration de la santé maternelle. Or, la qualité des soins est un enjeu complexe et multidimensionnel. Selon Donabedian, la qualité ne revêt pas seulement une dimension technique, mais aussi une dimension interpersonnelle. De plus, la qualité des soins ne peut être dissociée de l'environnement dans lequel ceux-ci sont dispensés.

. Une analyse de la qualité doit s'intéresser à la structure, soit aux ressources matérielles, humaines et organisationnelles; aux processus, qui correspondent à la qualification, à la compétence et à la performance des prestataires de soins; ainsi qu'aux résultats, c'est-à-dire aux effets des interventions.

2.1.4. Importance du problème

Le docteur Avedis Donabedian (1980), un des pionniers dans le domaine de la qualité, parle de qualité des soins comme des soins qui « maximisent le bien être des patients après avoir

pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ». La mesure de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence « complets » dans le service de maternité du CSRéf de Nioro permet d'apprécier directement le processus et indirectement la structure et les résultats.

2.1.5. Conséquences du problème

L'insuffisance de la qualité des SONUC entraîne la sous-utilisation du service par la communauté avec comme conséquence des taux élevés de décès maternels et néonataux. Les conséquences de cette tragédie sont immenses avec des répercussions sur l'ensemble de la famille et sur plusieurs générations. Le décès d'une mère entraîne non seulement la fin de son activité économique mais aussi la désintégration de la famille.

La mortalité maternelle est considérée non seulement comme un problème de développement mais aussi comme une injustice sociale.

En plus des décès maternels et néonataux, les autres conséquences liées à la baisse de la qualité des SONUC sont :

- La perte de confiance des usagers ;
- La baisse des recettes du service ;
- La démotivation du personnel due aux mauvaises conditions de travail ;
- La mauvaise réputation/image du service.

2.2. Justification et intérêt de l'étude :

2.2.1 Justification de l'étude

Cette étude se justifie d'une part par le fait que CSRéf de Nioro est l'unique centre de santé de référence avec plateau chirurgical du district sanitaire de Nioro et d'autre part par le taux élevé de décès maternels et néonataux dans le service de maternité du CSRéf de Nioro.

L'amélioration de la qualité des SONUC du service de maternité du CSRéf de Nioro joue un rôle incontestable dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et à la satisfaction des usagers.

Ainsi pour que les SONUC soient de qualité, il faut : d'une part l'infrastructure adéquate et accessible, l'organisation des services, la disponibilité de l'équipement et des fournitures et consommables ; d'autre part la formation en qualité du personnel et leur disponibilité en nombre suffisant ainsi que la satisfaction des usagers.

C'est pourquoi à la lumière de ce qui précède, nous avons choisi le thème ci-après : Contribution à la réduction de la mortalité maternelle par l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité dans le district sanitaire de Nioro (Mali).

2.2.2. Intérêt de l'étude

A travers la méthode de résolution des problèmes, la présente étude relative à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet présente un intérêt particulier au service de maternité du Centre de santé de Référence de Nioro, au stagiaire et au CESAG.

➤ **Pour le service de maternité du CSRéf de Nioro cette étude permettra :**

- de prendre conscience des problèmes liés à l'insuffisance de la qualité des soins offerts ;
- d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité ;
- d'identifier des solutions urgentes pour résoudre ces problèmes ;
- de proposer un projet d'amélioration de la qualité.*

➤ **Pour le CESAG l'étude permettra :**

De maintenir son titre de pool d'excellence dans la formation des managers de la santé en Afrique francophone et d'augmenter le nombre de ses publications.

➤ **Pour le stagiaire l'étude permettra :**

- de mettre en pratiques les connaissances acquises au CESAG afin de résoudre les problèmes conjoncturels et structurels de nos structures de santé.
- d'appliquer les connaissances acquises durant la formation théorique, notamment les méthodes d'identification et analyse des problèmes de santé ; la méthode de résolution des problèmes gage du renforcement des compétences professionnelles.

2.3 But de l'étude

Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle par l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets dans la maternité du Centre de Santé de Référence de de Nioro.

2.4 Objectifs de l'étude

2.4.1 Objectif général

Améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets dans la maternité du Centre de Santé de Référence de de Nioro.

2.4.2 Objectifs spécifiques

- Relever les insuffisances relatives à la qualité des soins obstétricaux d'urgences complets dans la maternité du Centre de Santé de Référence de de Nioro ;

- Identifier les causes des insuffisances de la qualité de SONU à la maternité du Centre de Santé de Référence de de Nioro ;
- Proposer des solutions d'amélioration de la qualité pour une prise en charge adéquate des urgences obstétricales à la maternité du Centre de Santé de Référence de de Nioro ;
- Elaborer un projet de mise en œuvre des solutions proposées et formuler des recommandations.

2.5. Hypothèse de l'étude

L'offre des SONUC de qualité améliore le pronostic vital chez la mère et le nouveau-né.

2.6. Cadre conceptuel de l'étude

2.6.1 Elaboration du cadre conceptuel des SONUC

Notre cadre conceptuel s'inspire du concept de soins obstétricaux et néonataux d'urgence et des éléments à promouvoir dans la mise en œuvre de la stratégie de développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence « complets ». Ces éléments sont la disponibilité, l'accessibilité, la qualité, l'organisation et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence. D'autre part, dans notre logique, les interactions entre la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'organisation des services déterminent l'utilisation des SONUC. Il a été mis en évidence que l'utilisation des SONUC permet de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.

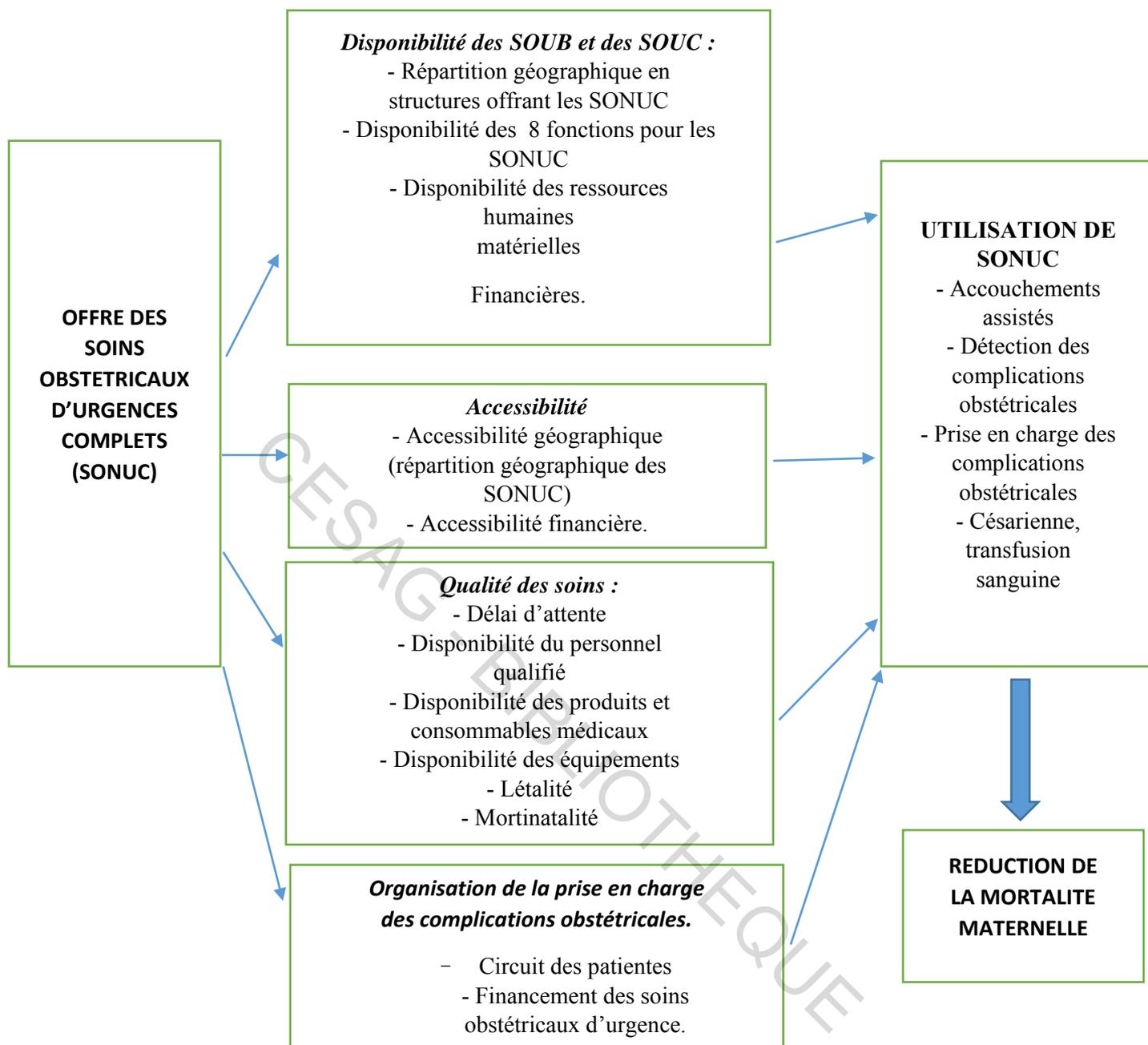


Figure 4: Cadre conceptuel de la qualité de SONUC:

Source : nous-même

2.6.2. Indicateurs de suivi-évaluation des SONU

Les données sur la démographie et les activités des structures sanitaires permettent de calculer 8 indicateurs SONU que sont ;

- Disponibilité des services SONU
- Répartition géographique des structures dispensant les SONU

- Naissances dans les structures sanitaires dispensant les SONU en proportion de toutes les naissances
- Besoins en SONU satisfaits
- Césariennes en pourcentage de toutes les naissances ;
- Taux de létalité liée à une cause obstétricale directe ;
- Taux de décès intrapartum et de décès néonatal très précoces;
- Proportion de décès maternels dans des structures sanitaires dispensant des SONU dus à des causes indirectes.

2.7. Définition des concepts

2.7.1 Évaluation

Elle mesure à quel point les activités du programme ont atteint les objectifs escomptés et/ou à quelle enseigne les changements au niveau des résultats peuvent être attribués au programme ou à l'intervention. La différence de niveau de résultats en présence ou en absence de programmes ou d'interventions s'appelle son impact et la mesure de cette différence est couramment désignée par « évaluation d'impact » [17].

2.7.2 Soins obstétricaux d'urgence [17]

Ils constituent les soins obstétricaux essentiels destinés à prendre en charge les complications inattendues et urgentes liées à la grossesse.

Les soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU) sont classés en deux catégories : les soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (SONUB) et les soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC).

- **Soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (SONUB)**

Ce sont sept interventions médicales essentielles pour la prise en charge des complications obstétricales directes, responsables de la grande majorité des décès maternels et néonataux.

- **Soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC)**

Ce sont les sept interventions médicales essentielles de SONUB, plus la césarienne et la transfusion sanguine.

2.7.3. Mortalité maternelle

La mortalité maternelle [20] ou « mort maternelle » se définit conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme le décès d'une femme, survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni accidentelle, ni fortuite.

« Les morts maternelles » se répartissent ainsi en deux groupes :

- **Décès par causes obstétricales directes [20]**

Ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et post-partum), d'intervention, d'omission, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultant de l'un de quelconques facteurs cités ;

- **Décès par causes obstétricales indirectes**

Ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une infection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse [20].

2.7.4. Mortalité périnatale [16]

La mortalité périnatale est, par définition internationale, et suivant les recommandations de l'OMS celle qui frappe le fœtus d'au moins 22 semaines d'aménorrhée, et le nouveau-né jusqu'au 7ème jour inclus. En l'absence de critères chronologiques, on utilise une définition pondérale, ne prenant en considération que les fœtus d'un poids supérieur à 500 grammes.

La mortalité périnatale comprend la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce jusqu'à 7 jours, date habituelle à laquelle les nouveau-nés quittent la maternité et échappent à la surveillance de l'accoucheur. Elle n'inclut pas la mortalité néonatale tardive. Son taux est établi par rapport à 1000 naissances d'enfants vivants [16].

- **Mortinatalité**

C'est celle qui frappe le fœtus pendant la grossesse (mortalité antépartum), suivie ou non de rétention fœtale, et pendant l'accouchement (mortalité intrapartum). Elle concerne tous les enfants qui naissent sans battements cardiaques et n'ont pas eu de mouvements respiratoires [7].

- **Mortalité néonatale**

C'est celle qui frappe les nouveau-nés ayant respiré, jusqu'à 28 jours révolus.

La mortalité néonatale précoce concerne les décès de la naissance à 7 jours, la mortalité néonatale tardive de 8 à 28 jours. La mortalité infantile est celle des enfants au cours de leur première année [16].

2.7.5. Carte sanitaire [32]

Un document qui consacre le découpage du territoire national en aires de santé et sur la base duquel sont créés les établissements publics communautaires et privés de santé ;

- **Aire de santé**

Une unité géographique de base abritant une population minimale de cinq mille (5.000) habitants et formant la zone de constitution et d'intervention d'un centre de santé communautaire ; elle est fixée de façon consensuelle entre les communautés concernées ;

- **Association de santé communautaire (ASACO)**

Un groupement d'usagers du service public de la santé, pouvant être autorisé à créer et faire fonctionner un établissement de santé dénommé « Centre de santé communautaire » ;

- **Centre de santé communautaire (CSCOM)**

Un établissement de santé de base construit sur une aire de santé par une association de santé communautaire ; le CSCOM comprend au moins un dispensaire, une maternité et un dépôt de médicaments essentiels ;

- **District sanitaire**

Une circonscription sanitaire, qui constitue l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un certain nombre d'aires de santé. Le district sanitaire correspond au cercle, à une zone sanitaire ou à une commune urbaine de Bamako.

2.7.6. Urgences obstétricales

Ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestres ; de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42ème jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la femme. Les principales urgences obstétricales selon les normes internationales sont de 7 catégories : ruptures utérines, hémorragies, infections, avortement, pré éclampsie / éclampsie, grossesse extra utérine, travail dystocique / prolongé [19].

2.7.7. Qualité [15] : selon l'OMS c'est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé conformément :

- A l'état actuel de la science
- Au meilleur coût pour un même résultat
- Au moindre risque iatrogène pour le patient
- Pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

2.8. Revue de la littérature

Le domaine de la santé maternelle et néonatale a fait l'objet de plusieurs études. Ces études ont été effectuées par professionnels de santé et les chercheurs de tout bord. Compte tenu de leur abondance, nous avons choisi celles qui se rapprochent de notre sujet et nous les présentons ici sous forme de distinction thématique.

BADOU. A. A [2]. Logique, stratégie et pratique autour de la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin.

La mortalité maternelle est un problème de santé majeure dans les pays en voie de développement. Au Bénin, les statistiques sanitaires affichent un taux de 498 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1992. Dix ans après, ce taux n'a guère baissé malgré les différents programmes de lutte mise en œuvre dont les SONU (Soins Obstétricaux d'Urgence) constituent la principale composante. La nouvelle politique en cours après l'évaluation de 2003 et qui couvre la période de 2006 à 2015 est également basée sur la politique SONU. Or la mise en place au Bénin des SONU et de ses corollaires, s'est surtout focalisée essentiellement sur la formation des agents de santé notamment les sages-femmes à l'identification et à la délivrance de soins obstétricaux d'urgence. Il s'agit du transfert d'un certain nombre de pratiques standards contenus dans des documents guides et que les professionnels doivent adopter. L'application dans les maternités des leçons inculquées aux agents de santé, occasionne des dysfonctionnements dans le système notamment en ce qui concerne les interactions avec les usagers. Ce travail a consisté à saisir l'adaptabilité de la stratégie des SONU en rapport aux postures des acteurs en situation. C'est pourquoi il s'est intéressé aux logiques et pratiques des professionnels de la santé et des usagers qui affectent et remettent en cause l'efficacité pratique des SONU. Quels types de pratiques prônent ces normes et dans quel contexte ? Quelles en sont les modalités d'application ? Comment les acteurs s'organisent-ils autour de cette réforme et comment ils se la réapproprient ? Quelles sont les stratégies développées et les nouvelles situations qui en découlent ? Des données issues des investigations ainsi que l'analyse qui en découle, il ressort que les normes officielles des SONU sont réinterprétées c'est à dire mise en œuvre sur le terrain à la lumière des logiques et des stratégies propres aux acteurs. Les pratiques qui en découlent varient selon l'acteur en présence et l'objectif visé. Ainsi les uns préfèrent satisfaire les usagers au détriment du respect des normes ; tantôt à juste titre, tantôt avec des abus. D'autres par contre, appliquant avec zèle les normes avec les encouragements des supérieurs, sapent les attentes des usagers et occasionnent également des dérives. Tout ceci affecte les interactions entre

agents de santé et usagers et engendre des "effets pervers". Douleur, surmédicalisation, coût social, coût psychologique, coût économique sont le lot des usagers. Au fait les SONU qui selon l'appellation sont des soins réservés au cas urgents sont passés dans la routine des professionnels et sont automatiquement administrés à tous les cas d'accouchement.

BICABA I. [4]. Evaluation de l'offre et utilisation des SONU dans le district sanitaire de Koupela, Burkina Faso

Le taux de mortalité maternelle au Burkina Faso est l'un des plus élevés au monde 700/100000 naissances vivantes en 2005. Conscient du problème, depuis 1987, des efforts sont fournis pour réduire l'ampleur de cette tragédie à travers la mise en œuvre de programmes de santé maternelle. L'une des stratégies prioritaires des programmes de santé maternels est le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui vise l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence aussi bien au niveau des structures sanitaires de premier contact (soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base) qu'au niveau des structures de référence (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets). Des investissements dans le domaine des infrastructures, équipements et formation des agents de santé ont accompagné la mise en œuvre de la stratégie au niveau opérationnel (district sanitaire). Cette étude concerne uniquement les soins obstétricaux d'urgence et a pour but d'évaluer l'offre et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence au niveau des structures sanitaires publiques du district sanitaire de Koupela en 2007. C'est une étude rétrospective transversale à visée descriptive et analytique qui a concerné la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007 et a porté sur les femmes reçues dans les structures sanitaires publiques pour toute complication liée à la grossesse ou aux suites de couches et celles dont les décès sont en rapport avec la grossesse ou les suites de couches, enregistrées dans les structures sanitaires. Une évaluation sur les soins néonataux peut faire l'objet d'une autre étude. Des fiches de collecte des données et des guides d'entretiens ainsi qu'une revue documentaire nous ont permis de recueillir les informations nous permettant d'évaluer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité, l'organisation des soins obstétricaux d'urgence ainsi que leur utilisation. De même, nous avons pu avoir l'appréciation du personnel de santé et de la communauté sur les soins obstétricaux d'urgence offerts. Concernant la prise en charge des complications obstétricales, 44,5 des besoins de prise en charge des complications a été couvert. La césarienne reste très peu utilisée, 0,9% au lieu de 5%. Le délai de prise en charge des complications nécessitant une césarienne varie entre 3h30mn et 32h35mn avec une moyenne de 13h04mn. - La qualité

des soins obstétricaux a été marqué par 10 décès maternels pour des causes obstétricales directes dans 90% avec un taux de létalité de 0,9% inférieure au taux minimum acceptable (< 1%) et un taux de mortinatalité dans les structures sanitaires de 24,9%. L'insuffisance en personnel et de compétences, le manque d'équipements, la pénurie de sang et médicaments essentiels et les moyens de transport peu convenables sont parmi les facteurs qui expliquent entre autres la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales dans le district. - La population a soulevé l'efficacité des soins et les vies sauvées grâce aux compétences techniques et au comportement généralement accueillant du personnel de santé. La réduction des coûts des prestations est aussi un motif de satisfaction des populations par rapport aux soins obstétricaux d'urgences offerts. Cependant certains problèmes ont été évoqués concernant le mauvais comportement de certains personnels de santé et l'état des locaux des structures sanitaires souvent inconfortable et inadapté pour l'offre des soins. Quant aux prestataires, l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence est considérée comme plus ou moins bonne mais peut être améliorée par entre autres, l'augmentation de la capacité opérationnelle des structures sanitaires de soins obstétricaux d'urgence. En guise de conclusion, l'offre et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgences dans le district sanitaire de Koupela en 2007, étaient encore problématiques et confrontées à beaucoup de problèmes.

CAMILLE S. M. [6]. Qualité des soins obstétricaux en milieu rural malien.

Cette étude vise à identifier des caractéristiques de structure et de processus dans les centres de santé communautaire (CSCOM) où des décès maternels ont eu lieu et de comparer ces caractéristiques avec celles de CSCOM où aucun décès maternel n'a eu lieu.

Nous avons opté pour une démarche exploratoire comparative des groupes de CSCOM qui diffèrent de par les issues des parturientes qui y ont été traitées ainsi que par leur configuration en termes de ressources humaines. La population à l'étude correspond à des CSCOM de la région de Kayes dans lesquels ont été prises en charge des femmes qui ont fait face à des urgences obstétricales. Les ressources humaines, les ressources matérielles, les ressources en pharmacie et les connaissances des prestataires de soins de ces établissements constituent les principaux objets à l'étude.

L'analyse de nos données montre qu'il existe de grandes disparités au niveau des ressources disponibles dans les CSCOM, ressources pourtant nécessaires à une prise en charge adéquate des urgences obstétricales. Bien qu'aucune caractéristique des CSCOM ne puisse être associée aux issues défavorables des femmes qui y ont été traitées, l'accumulation de déficits au niveau des ressources matérielles et humaines ainsi que le faible niveau de connaissances

de certaines catégories de personnel laissent penser que la prise en charge des parturientes est déficiente au point de menacer leur survie.

HENRY C. P [11]. Qualité des soins obstétricaux d'urgence à la MIJ : Enjeux et Perspective, en Haïti.

La présente étude a été sollicitée par la Direction Médicale de la Maternité Isaïe Jeanty (MIJ). Il traite un sujet qui constitue une grande préoccupation pour les responsables de la dite institution "la qualité des soins obstétricaux d'urgence". En effet, plusieurs facteurs de dysfonctionnement relatifs à la qualité des soins obstétricaux d'urgence ont été décrits par le Mandant , notamment une pénurie qualitative et quantitative de personnel, un manque d'encadrement des résidents et des infirmières stagiaires , l'inexistence d'une banque de sang, une rupture de stock fréquente, une allocation insuffisante des ressources, des arrêts de travail à répétition, un manque de matériel et d'équipements pour la prise en charge des urgences obstétricales, etc. Le mandat consiste donc à relever les écarts relatifs à la qualité des soins obstétricaux d'urgence à la MIJ, analyser les causes et les enjeux liés à ces écarts, définir

des stratégies de solutions pour une prise en charge adéquate de ces urgences.

Ainsi, pour atteindre ses objectifs, l'étude s'est inspirée du cadre d'analyse de Donabedian qui met l'emphase sur les trois dimensions de la qualité des soins (Technique, Organisationnelle, Interpersonnelle) et les trois champs d'investigation (Structure, Processus, Résultat). A l'aide d'indicateurs précis, ce cadre a permis de mesurer la qualité des soins obstétricaux d'urgence à la MIJ. L'approche méthodologique a intégré : des entretiens semi structurés à l'aide des guides d'entretien administrés à certaines personnes clés en gestion et fourniture de soins à la MIJ ; des enquêtes au moyen des questionnaires auprès des accompagnateurs des patientes ou auprès des patientes elles-mêmes ; une analyse des capacités des structures de prise en charge actuelle des soins obstétricaux d'urgence à la MIJ, à partir de grilles d'évaluation ; une étude documentaire portée sur une revue de la littérature, sur des documents de politiques et de programmes du secteur Santé haïtien en matière de prise en charge des urgences obstétricales.

Après enquête et suite à une analyse approfondie de chacun des résultats, nous avons constaté que les déficits se portent sur les trois dimensions de la qualité de soins obstétricaux d'urgence à la MIJ. Ainsi, les principaux problèmes de qualité non optimale enregistrés sont d'ordre technique, interpersonnel et organisationnel. Il s'agit de : un bloc opératoire d'obstétrique non fonctionnel ; une rupture de stock fréquente ; un accès difficile au sang ;

une faible capacité des responsables de la MIJ à maîtriser les ressources ; un déficit du système de sanitation et hygiène. Au terme de cette démarche d'analyse, nous avons mis en exergue les causes et les enjeux liés à ces problèmes et nous avons proposé des pistes de solution visant à améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence à la MIJ.

TOURE. L., Nana D., ALFORT S., TAYLOR L. [38]. Santé maternelle et néonatale au Sénégal, Défis et Succès.

Pour mener cette étude de cas, il a été procédé à :

1. Une revue exhaustive de la littérature comprenant les différents documents nationaux de politique, normes et procédures de stratégies nationales dans les différents domaines de la santé, de développement et de réduction de la pauvreté, de rapports annuels des agences de coopération en charge de la mise en œuvre du programme de santé de l'USAID et de quelques autres partenaires actifs dans la SMN (voir liste en annexe).
2. Des interviews approfondies avec les autorités gouvernementales
3. Une visite sur le terrain concernant un échantillonnage de structures sanitaires de différents niveaux, centre de santé de type II (avec maternité et bloc opératoire), centre de santé de type I (avec une maternité mais sans bloc opératoire) et poste de santé..
4. La visite de deux cases de santé au niveau communautaire dans le district de Pout.
5. Des « groupes focalisés de discussion » succincts avec les clientes en attente dans les différentes structures pour des consultations pré et postnatales.

Un score de 65% au moins confère à une structure le label de centre d'excellence.

Une fois le label acquis pour une structure, le processus sera dynamique avec des évaluations intégrées aux supervisions de routine.

Une des grandes leçons ici est qu'il y'a une forte volonté des autorités prouvées par les actions

énergiques pour l'accessibilité des services telles que la gratuité des césariennes dans toutes les

régions du pays sauf Dakar. Mais il semble manquer de vision, de leadership et d'autorité politique à l'instar de certains pays de la région africaine comme le Rwanda et la Tunisie.

SEPOU A, SERDOUMA. E, KOMAS. N P, GODY. C, ABEYE. J, KOFFI. B [37]. Réduction de la mortalité maternelle en république centrafricaine.

La situation de la mortalité maternelle en Centrafrique constitue actuellement un réel problème de santé publique. En raison de la multiplicité des facteurs favorisant cette situation

hautement préoccupante, la combinaison des stratégies de mise en œuvre découlant des options politiques ci-dessus développées est la voie la plus indiquée pour infléchir la courbe de mortalité maternelle en République Centrafricaine.

BOLA M. S. [5] dans sa thèse intitulée : « Soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les maternités de troisième référence du Cameroun : Approche évaluative d'une intervention visant à améliorer le transfert obstétrical et la prise en charge des complications maternelles.

Malgré de nombreuses initiatives entreprises par le gouvernement au cours des dernières années, la mortalité maternelle demeure un véritable fléau au Cameroun. Pour cette raison, une recherche a été conduite pour déterminer l'ampleur de la mortalité maternelle dans les 7 maternités de troisième niveau du Cameroun, décrire les différentes étapes d'une intervention visant à améliorer le système de référence et la prise en charge des urgences obstétricales et évaluer son effet sur la mortalité maternelle. La recherche a été menée en trois phases. Une revue rétrospective des données agrégées de la période 2004 à 2006 a été réalisée incluant tous les accouchements, les complications obstétricales, les césariennes et les décès maternels. Ensuite une intervention de 33 mois a été mise en place dans 22 maternités périphériques ainsi que dans 3 maternités de troisième niveau où la mortalité maternelle était importante. L'évaluation de l'intervention a été faite à travers la méthode quasi expérimentale combinant l'étude avant-après à l'étude ici-ailleurs. Deux ans après l'intervention, les décès maternels enregistrés dans les 3 maternités cibles avaient diminué de plus de la moitié ($P=0,000001$). Le taux de létalité des complications obstétricales observé dans les mêmes maternités est passé de 2,2 à 0,7% ($P=0,000001$). Par ailleurs, le nombre de décès observés chez les femmes référées avait diminué et le taux de létalité était inférieur à 1%. Les résultats de la recherche mettent en évidence les conséquences du renforcement des compétences des prestataires, de l'amélioration du système de référence et de la qualité des soins sur la mortalité maternelle.

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, qualitative et quantitative avec une approche de résolution des problèmes.

3.2. Lieu d'étude et Période d'étude

L'étude s'est déroulée au service de maternité du CSRéf de Nioro au Mali, du 1^{ier} août au 30 Septembre 2019.

3.3. La population de l'étude

Notre population était constituée des femmes admises pour urgences obstétricales, des accompagnants des patientes et du personnel de la maternité du CSRéf de Nioro.

3.4. Méthode d'échantillonnage

Pour l'observation du personnel sur les standards de performance SONU, nous avons procédé à tirage au sort au niveau des 5 équipes de garde de la maternité en raison d'un prestataire qualifié par équipe de garde et chaque prestataire est évalué sur 2 patientes tirées au hasard. Pour les enquêtes auprès du personnel, nous avons procédé à un récemment exhaustif de tout le personnel de la maternité.

Pour l'enquête auprès des accompagnateurs, l'interview a concerné un accompagnateur par patientes admises pour urgences obstétricales entre le 1^{ier} et 31 août 2019. Pour le choix de l'accompagnateur, nous avons procédé à tirage au sort.

3.5. Collecte des données (Plan de collecte)

3.5.1. Outils de collecte des données

- **Une fiche d'exploitation documentaire** qui consiste à la recherche littéraire.
 - **Les standards de performance en SONU** notés par OUI, NON et NA (Non applicable) a été utilisée. Les standards sont dit atteints lorsque tous les critères de vérification ont été observés par OUI et on note le standard par (1) point, et par (0) lorsqu'il y a au moins un des critères de vérification qui n'a pas été observé.
- La performance de la structure sera calculée par le rapport des standards atteints sur les standards observés multiplié par 100; le seuil requis pour considérer que les SONU sont de qualité est de 80%.
- **La grille d'observation** permettant d'évaluer les trois dimensions de la qualité à savoir la dimension technique, organisationnelle et interpersonnelle mais aussi la structure, le processus.
 - **Les fiches d'enquêtes** auprès du personnel et les accompagnants permettant d'administrer un questionnaire au personnel chargé de prendre en charge les urgences obstétricales et aux

accompagnants des femmes admises pour urgences obstétricales entre le 1^{ier} et le 31 août 2019.

3.5.2. Technique de collecte des données

- **Evaluation des prestataires sur les standards de performance SONU**

Les prestataires (médecins, sages-femmes et infirmières obstétriciennes) seront observés en activités entre le 1^{ier} et le 31 août 2019. Pour évaluer les prestataires, l'évaluateur tient en main les standards, suit le prestataire depuis l'admission de la parturiente jusqu'à sa sortie. Si au cours de l'observation certaines parties du standard ne sont pas exécutées correctement, il les note sur l'outil d'évaluation, puis fait le feed-back sera fait sous forme de Points forts et de points à améliorer.

- **Entretien avec le personnel et les usagers accompagnateurs.**

Les entretiens consistent à adresser un questionnaire au personnel chargé de la prise en charge des urgences obstétricales et aux accompagnants des femmes admises aux urgences obstétricales du 1^{ier} au 30 août 2019.

- **Observation du fonctionnement de la structure**

L'observation sera réalisée à travers une grille d'observation portant sur les trois dimensions de la qualité à savoir la dimension technique, organisationnelle et interpersonnelle.

Dans l'identification des problèmes : l'évaluation du personnel sur les standards de performance SONU, les entretiens avec le personnel de la maternité et les accompagnateurs des patientes et notre observation ont permis de mettre en exergue les problèmes liés à la qualité des SONUC dans le service de maternité du CSRéf de Nioro.

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, les équipes ont proposé leurs 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 du vote pondéral.

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.

3.6. Méthode d'analyse des données

Nos données ont été traitées et analysées à partir des logiciels Excel 2013 et Sphinx Plus3 édition lexica.

3.7. Diffusion des résultats

L'étude a été réalisée dans le respect de la personne dans toutes ses dimensions humaines. En effet, la présente étude a été notifiée à l'équipe cadre du CSRéf de Nioro à travers une lettre adressée au Médecin chef du CSRéf.

Le respect de la confidentialité a été pris en compte à cet effet ; les fiches de collecte des données ne comportaient aucune mention permettant à un tiers de reconnaître un individu de l'échantillon.

3.8. Limites de l'étude

Le temps cours de l'étude ne permettait pas de recenser un échantillon représentatif.

D'autres études pourront dans le futur s'atteler à ces différents aspects pour une analyse plus complète de la qualité des SONU.

3.9. Chronogramme des activités

L'étude se déroulera du 1^{ier} août au 30 octobre 2019

Enquête de terrain : du 1^{ier} au 31 août 2019

Analyse et interprétation : du 1^{ier} au 10 septembre 2019

Restitution et résolution des problèmes : du 11 au 15 septembre 2019

Rédaction de mémoire : du 16 septembre au 30 octobre 2019.

CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE

RESULTATS DE L'ETUDE

4.1. Présentation des résultats

Du 1^{er} au 31 août 2019, nous avons réalisé une enquête auprès du personnel et des accompagnateurs des patientes sur la qualité du SONUC du service de maternité du CSRéf de Nioro. Nous avons également évalué la performance des prestataires par rapport au standard de performance SONU et enfin nous avons évalué certains aspects de la qualité du service de maternité à travers la grille d'observation. Les résultats des enquêtes, de la grille d'évaluation et de la grille d'observation se présentent comme suit:

4.1.1. Résultats de l'enquête auprès du personnel

A travers les informations recueillies pendant les enquêtes auprès du personnel, nous avons pu obtenir l'appréciation des prestataires sur la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans le service de maternité du CSRéf de Nioro.

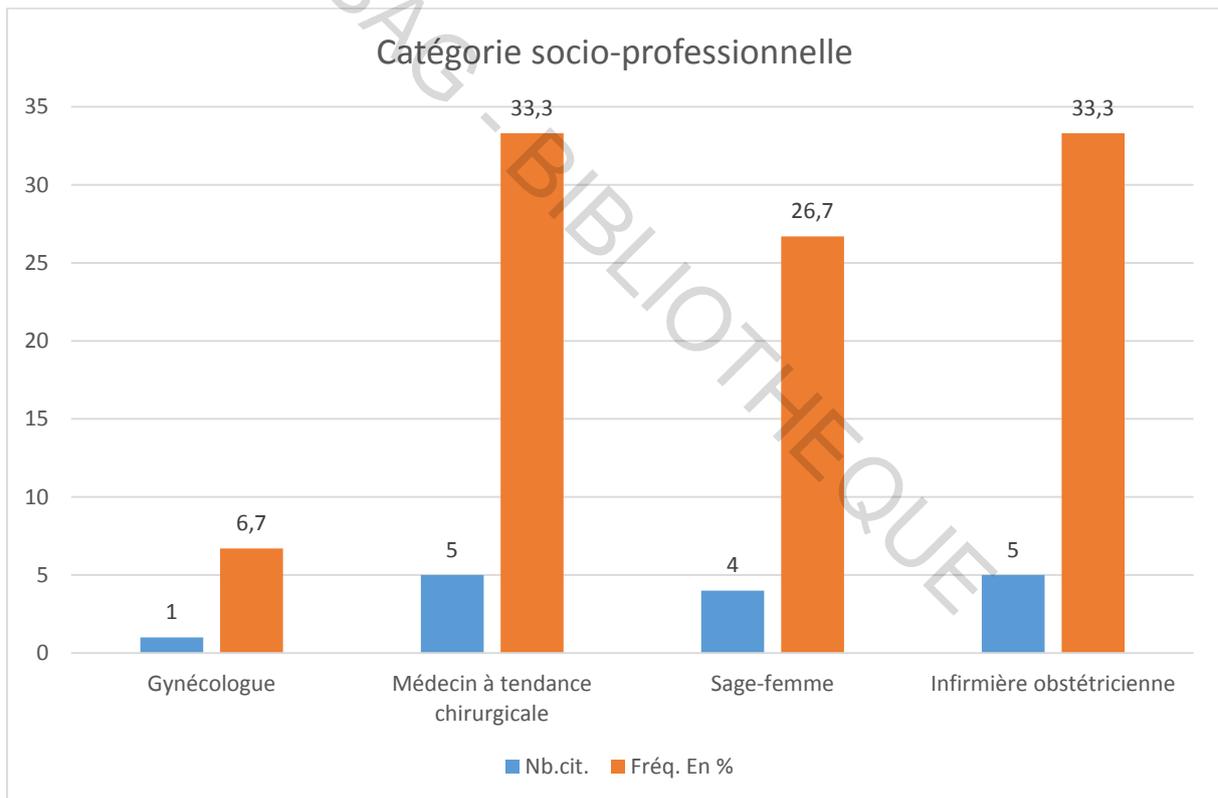


Figure 5: Répartition du personnel soignant selon la catégorie professionnelle:

Les médecins généralistes à tendance chirurgicale et les infirmières obstétriciennes sont les plus souvent représentés avec fréquence de 33,3 % chacun.

Tableau II: Avis du personnel sur le besoin en personnel:

besoins en personnel	Nb.cit.	Fréq.
oui	6	40,0%
non	9	60,0%
TOTAL OBS.	15	100%

Seulement **40 %** du personnel estiment qu'il y a un besoin en personnel. Les besoins les plus exprimés sont les gynécologues et les sages-femmes.

Tableau III: Répartition du personnel soignant selon qu'il ait reçu une formation continue en SONU:

formation SONU	Nb.cit.	Fréq.
oui	7	46,7%
non	8	53,3%
TOTAL OBS.	15	100%

Plus de la moitié du personnel n'a pas été formée en SONU.

4.1.1.2. Infrastructure

Tableau IV: Répartition du personnel selon leur opinion sur les infrastructures:

infrastructure adéquate	Nb.cit.	Fréq.
oui	2	13,3%
non	13	86,7%
TOTAL OBS.	15	100%

86,7 % du personnel affirme que les infrastructures de la maternité ne sont pas adéquates car les locaux sont vétus et étroits.

➤ Existence de salle de garde

Tous les prestataires ont confirmé qu'il n'existe pas de salle de garde pour les médecins.

4.1.1.3. Accueil

➤ Avis du personnel soignant sur l'existence d'un espace d'accueil

Parmi le personnel enquêté, 100% estimaient que la salle d'accouchement sert d'accueil pour les urgences obstétricales toutes causes confondues et qu'il n'existe exclusivement pas de salle d'accueil.

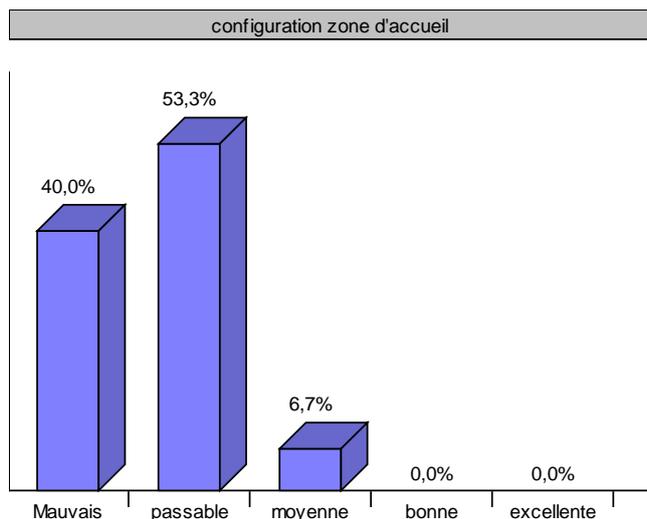


Figure 6: Appréciation de la zone d'accueil par le personnel:

4.1.1.4. Organisation du service

Tableau V: Répartition du personnel selon la disponibilité de la fiche de description de poste:

description de poste	Nb.cit.	Fréq.
oui	10	66,7%
non	5	33,3%
TOTAL OBS.	15	100%

33,3 % du personnel n'ont pas de fiche de tâche.

➤ **Avis du personnel sur l'existence d'un organigramme dans le service de maternité**

La totalité du personnel enquêté estiment qu'il n'y a pas d'organigramme dans le service.

➤ **Avis du personnel sur l'existence d'un protocole de prise en charge des urgences obstétricales**

Tous les agents enquêtés déclarent qu'il existe un protocole de prise en charge des urgences obstétricales affiché dans la maternité.

➤ **Avis du personnel sur la disponibilité du matériel SONU**

100 % du personnel enquêté estiment que le matériel pour prise en charge des urgences obstétricales existe dans le service.

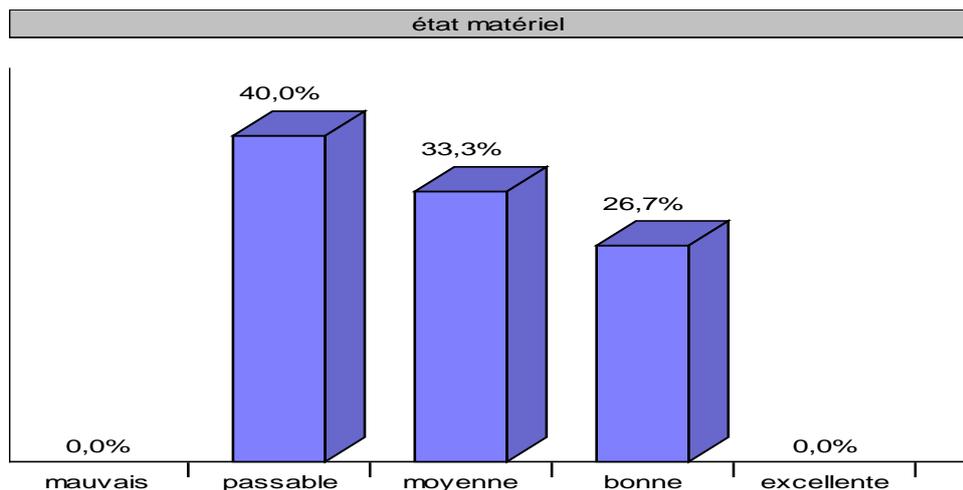


Figure 7: Avis du personnel sur l'état du matériel SONU :

L'état du matériel est passable dans 40 % des cas et moyenne dans 33,3 % des cas.

➤ **Avis du personnel sur l'existence d'une pharmacie d'urgence à la maternité**

100 % du personnel enquêté déclare qu'il existe une pharmacie d'urgence à la maternité mais que les médicaments d'urgence sont payants pour les malades.

➤ **Avis du personnel sur la disponibilité de sang**

100 % du personnel enquêté estiment que la disponibilité du sang n'est pas permanente et est très souvent liée à la capacité de la famille du malade à se procurer des donneurs potentiels.

Tableau VI: Avis du personnel l'environnement de travail:

environnement de travail	Nb.cit.	Fréq.
oui	3	20,0%
non	12	80,0%
TOTAL OBS.	15	100%

80 % du personnel estiment que l'environnement de travail ne permet pas de faire correctement le travail.

➤ **Motivation dans les soins**

Tous les agents avaient confirmé qu'il y avait une insuffisance de motivation dans les soins à la maternité.

➤ **Fréquence de nettoyage des locaux du service :**

Tous les agents avaient confirmé que le service est nettoyé une seule fois par jour par le service de nettoyage.

Tableau VII: Participation dans les réunions:

participation à la réunion	Nb.cit.	Fréq.
oui	10	66,7%
non	5	33,3%
TOTAL OBS.	15	100%

33,3 % des agents ne participent pas aux réunions de service.

Impressions et suggestions des prestataires

Principales causes de l'insuffisance de la qualité des SONU selon le personnel

- Insuffisance de personnel
- Insuffisance de personnel formé en SONU
- Absence de circuit d'oxygène à la maternité et au bloc opératoire
- Unicité du bloc opératoire
- Mauvaise organisation du travail
- Absence de salle réservée uniquement à l'accueil
- Absence d'organigramme
- Insuffisance de la motivation du personnel
- Les infrastructures sont peu adaptées à la prise en charge
- Mauvais état des toilettes des sages-femmes et des patientes
- Faible fréquence de nettoyage des infrastructures
- Absence d'unité de réanimation.

Suggestions du personnel pour améliorer la qualité de l'accueil dans la prise en charge :

- Recruter 2 sages-femmes et 1 gynécologue
- Former tous les agents qualifiés de la maternité en SONU
- Réorganiser le travail
- Aménager et équiper une salle pour l'accueil des urgences obstétricales
- Elaborer et afficher un organigramme pour la maternité
- Mettre en place un système de motivation du personnel
- Réparer les toilettes des sages-femmes

- Augmenter la fréquence de nettoyage des locaux d'une fois à 2 fois par jour
- Aménager une salle pour la réanimation des mères et des nouveau-nés.

4.1.2. Résultats de l'enquête auprès des accompagnateurs

Nous avons interrogé 30 accompagnateurs sur la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans le service de maternité du CSRéf de Nioro entre le 1^{er} et le 31 août 2019. Les résultats sont repartis comme suite :

4.1.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des accompagnateurs

Tableau VIII: Répartition des accompagnateurs selon la tranche d'âge:

Tranche d'âge	Nb.cIt.	Fréq.
20-29 ans	2	6,67%
30-39 ans	11	36,67%
40ans et plus	17	56,66%
Total OBS.	30	100%

56, 66 % des accompagnateurs étaient âgés de 40 ans et plus, cela s'expliquerait probablement par le faits que ce sont les personnes expérimentées en matière de soins maternels et néonataux qui sont désignés par les communautés pour accompagner les femmes en urgences obstétricales.

Tableau IX: Répartition des accompagnateurs selon le genre:

genre	Nb.cit.	Fréq.
masculin	5	16,7%
féminin	25	83,3%
TOTAL OBS.	30	100%

83, 3 % des accompagnateurs étaient des femmes, ce qui pourra signifier que les patientes admises en urgences obstétricales sont moins accompagnées par leur mari.

Tableau X: Répartition des accompagnateurs selon la provenance:

résidence	Nb.cit.	Fréq.
milieu urbain	13	43,3%
milieu rural	17	56,7%
TOTAL OBS.	30	100%

56,7 % des accompagnateurs venaient du milieu rural, cela pourra influencer la qualité des appréciations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau XI: Répartition des accompagnateurs selon le niveau d'étude:

niveau d'étude	Nb.cit.	Fréq.
primaire	5	16,7%
secondaire	2	6,7%
tertiaire	1	3,3%
aucun	22	73,3%
TOTAL OBS.	30	100%

73,3 % des accompagnateurs interrogés n'avaient aucun niveau. Cela peut jouer sur la valeur du jugement sur la qualité.

4.1.2.2. Accueil

Tableau XII: Avis sur l'orientation:

réception	Nb.cit.	Fréq.
oui	26	86,7%
non	4	13,3%
TOTAL OBS.	30	100%

86,7 % des accompagnateurs pensent qu'ils ont été directement reçus à la maternité.

Tableau XIII: Avis sur l'accueil:

accueil	Nb.cit.	Fréq.
oui	25	83,3%
non	5	16,7%
TOTAL OBS.	30	100%

83,3 % pensent avoir été bien accueilli se justifiant par l'aide apportée par le personnel pour assister leurs patientes de l'ambulance à la salle mais déplore l'absence d'infrastructure pour le séjour des accompagnateurs.

4.1.2.3. Compétence des prestataires

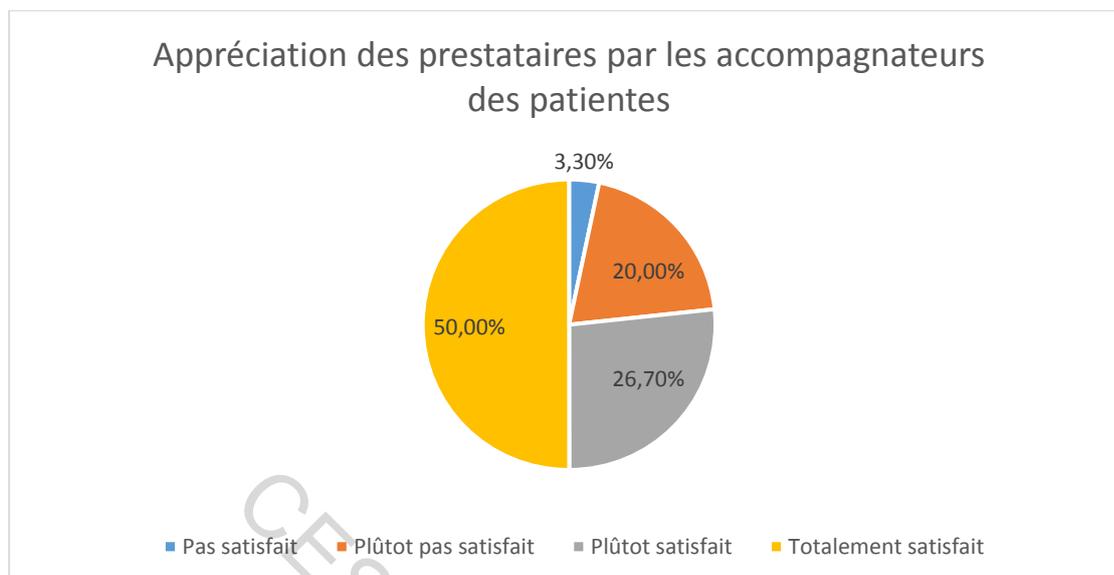


Figure 8: Appréciation des accompagnateurs sur les prestataires :

La moitié des accompagnants n'était pas totalement satisfaite du savoir être des prestations à cause du déficit de communication et des écarts de langage de certains prestataires.

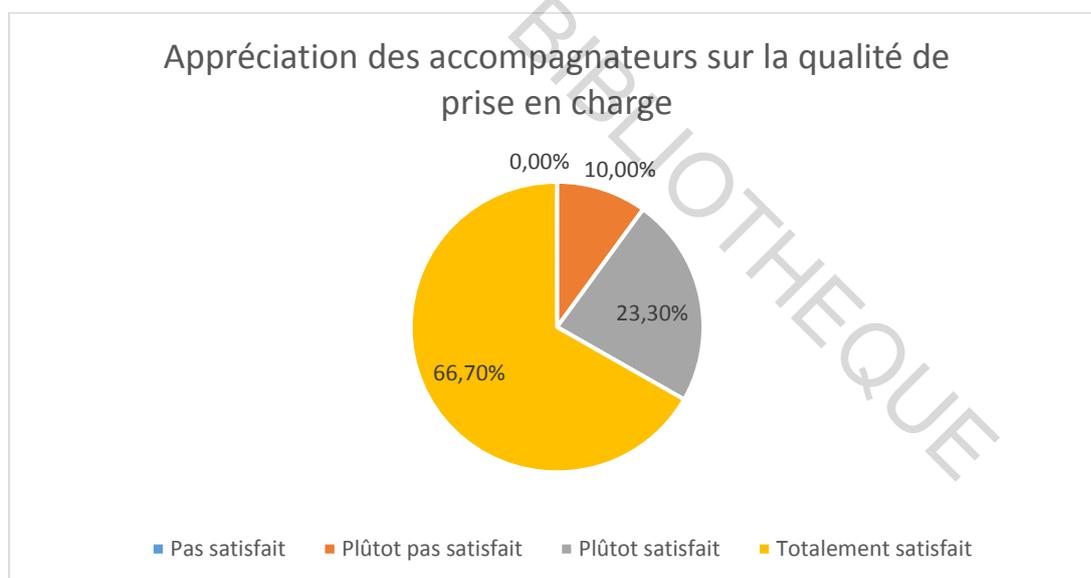


Figure 9: Appréciation des accompagnateurs sur la qualité de la prise en charge :

66, 7 % des accompagnateurs ont apprécié la qualité de prise en charge se justifiant par la santé retrouvée de leurs patientes.

4.1.2.4. Confort et respect de l'intimité

Tableau XIV: Avis sur la propreté des locaux:

propreté	Nb.cit.	Fréq.
pas du tout satisfait	2	6,7%
plutôt pas satisfait	8	26,7%
plutôt satisfait	14	46,7%
totalemment satisfait	6	20,0%
TOTAL OBS.	30	100%

Seulement 20 % des accompagnateurs étaient totalement satisfaits de la propreté du service de maternité. Tous les autres pensent qu'il faut améliorer la fréquence de nettoyage à au moins deux fois par jour et qu'il faut aussi désherber la cour.

➤ Avis sur les salles d'hospitalisation

Tous les accompagnateurs enquêtés ont trouvé que les salles ne sont pas commodes pour le confort des malades et déplore l'absence de salle unique pour certaines catégories de patientes.

➤ Avis sur l'état des toilettes :

La totalité des accompagnateurs pensent qu'il n'existe pas de toilettes exclusives pour les patients et qu'elles partagent les mêmes toilettes que les accompagnateurs souvent en très mauvais état de propreté.

➤ Avis sur l'état et le nombre de lits

La totalité des accompagnateurs trouvent que les lits sont insuffisants se justifiant par des patientes à terre. Les lits sont vétus et ne sont pas adaptés à certaines catégories de patientes.

4.1.2.5. Disponibilité d'une aide pour les soins

➤ Avis des accompagnateurs sur la disponibilité de gratuité

La totalité des accompagnateurs affirme que la césarienne, les médicaments de prise en charge du paludisme, les médicaments pour la prise en charge du nouveau-né en détresse sont totalement gratuits pour les patients. Par contre, le sang est gratuit mais la poche et les analyses sont payantes pour le patient.

➤ Avis des accompagnateurs sur disponibilité des médicaments d'urgence à la maternité

Tous les accompagnateurs enquêtés ont apprécié l'existence des kits d'urgences à la maternité mais déplore le recouvrement de coût de ces kits à la sortie des patientes.

4.1.3. Résultats de l'évaluation du personnel par rapport au standard de performance SONU

L'évaluation des agents sur les standards de performance SONU a été réalisée sur 5 agents en raison d'un agent tiré au hasard dans chacun des 5 équipes de garde du service de maternité du CSRéf de Nioro. Chacun des 5 agents a été évalué en raison de 2 patientes par agents. Le niveau de performance global de la structure a été évalué à 71 % inférieur au seuil requis de 80 % au moins pour les pays.

La figure ci-dessous permet d'illustrer les performances atteintes par chaque agent.

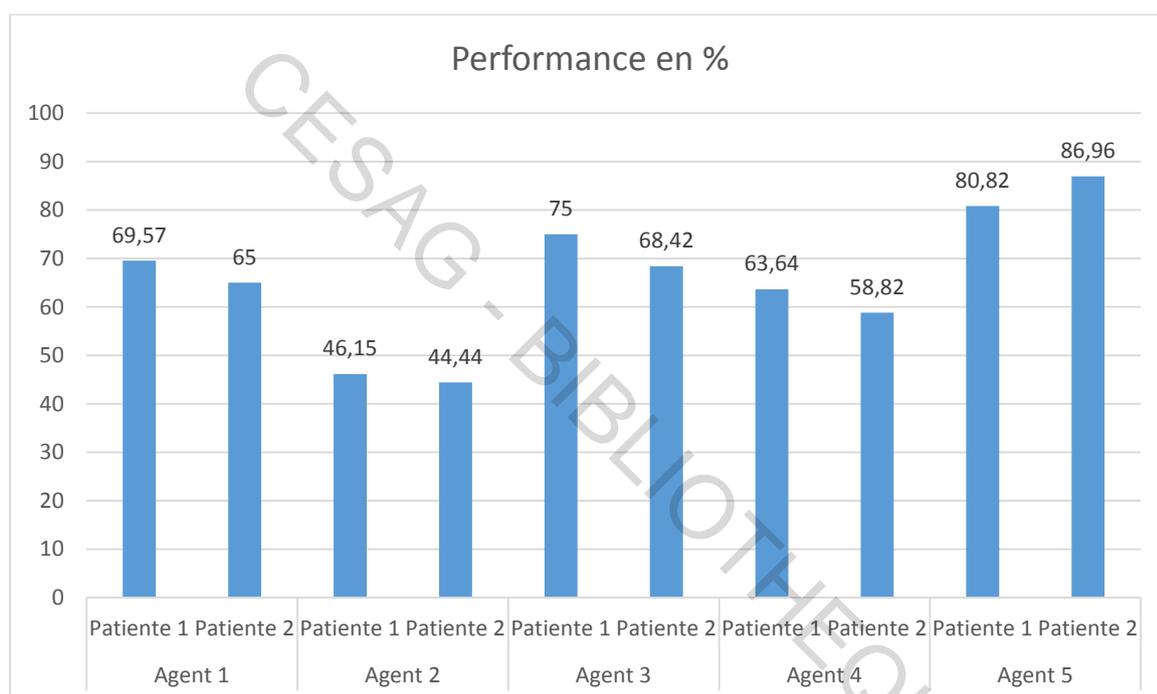


Figure 10: Performance atteinte par chaque agent:

Seul un agent a atteint la performance de 80 % considérés comme score de performance requis pour l'offre des services de SONU de qualité qui est de 80% au moins pour le pays. Trois agents ont pu dépasser 50 % et un agent n'a pas pu atteindre 50 % de score de performance.

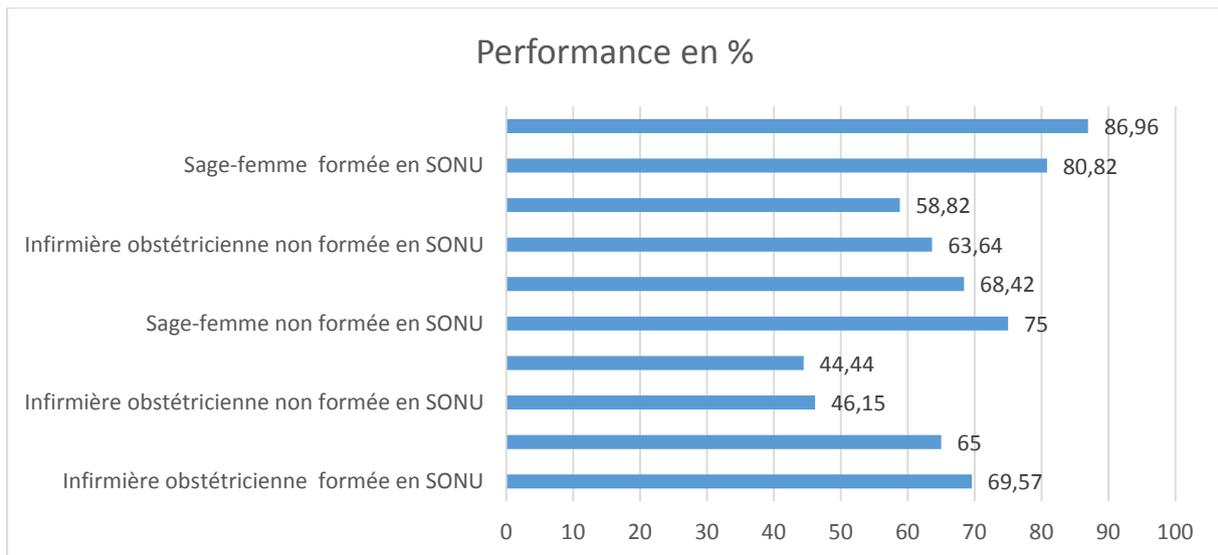


Figure 11: Performance des agents par rapport à leur qualification et leur formation en SONU :

Seule la sage-femme formée en SONU a pu atteindre le score de performance requis pour l'offre des services de SONU de qualité qui est de 80% au moins pour le pays.

4.1.4. Résultat de l'observation de l'enquêteur

Au cours de notre observation, nous avons constaté les éléments suivants :

- **Aspect lié à l'infrastructure** : infrastructure est peu adaptée, vétusté des locaux, salles très étroites, absence de circuit d'oxygène à la maternité et au bloc opératoire, une seule salle opératoire pour les urgences et les interventions à froid, absence de salle réservée à l'accueil des urgences obstétricales, absence de salle de réveil.
- **Le matériel et l'équipement** : insuffisance du nombre lit, disponibilité du matériel SONU, disponibilité du matériel pour le bloc opératoire, le matériel et équipements sont faciles d'accès.
- **Accueil et orientation** : salle d'accouchement servant de salle d'accueil, absence de local pour l'accompagnant, patientes bien orientée et bien accueillies, le temps d'attente est satisfaisant.
- **L'organisation du service**: absence d'organigramme, absence de fiche de description de tâche pour certain personnel, absence de gratuité des médicaments réservés pour la prise en charge des urgences obstétricales, absence de salle de réveil, les salles sont surpeuplées, disponibilité de mini-banque de sang, le service de maternité, de laboratoire et le bloc opératoire sont fonctionnels 24 heures/24 heures, utilisation systématique du partogramme pour le suivi du travail d'accouchement

- **Gestion environnementale:** mauvais états des toilettes, les locaux et les toilettes sont nettoyés une seule fois par jour, non-respect du tri des déchets biomédicaux, les lits ne sont pas désinfectés entre deux patientes, la table d'accouchement est prête pour la patiente suivante, disponibilité de l'eau courante et de l'électricité, présence de trois incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets biomédicaux.
- **Aspect interpersonnel :** insuffisance d'information des patients sur les soins qui leur sont prodigués, l'intimité est respectée, le rapport patientes/soignants est jugé bon.

4.2. Analyse des Résultats

4.2.1. Perception des prestataires

Les résultats de nos enquêtes auprès du personnel ont montré qu'il n'y avait une insuffisance de personnel réservé à la maternité notamment de gynécologue et de sage-femme. Nous notons également une insuffisance de motivation du personnel, cependant, le service est nettoyé une seule fois par jour par le service de nettoyage. Presque 46,7 % des prestataires n'ont pas été formés en SONU. Ce manque de formation continue serait en grande partie responsable de l'insuffisance de la qualité des SONU. La salle d'accouchement sert de salle d'accueil des urgences obstétricales, ce qui joue défavorablement à la qualité de l'accouchement devant se faire dans un environnement stérile. Le personnel a également déploré l'absence de salle pour les accompagnants, ce qui contribue au surpeuplement des salles d'hospitalisation servant de dortoir pour les accompagnants. En outre, la vétusté des locaux et l'étroitesse des salles ne permettent pas de garantir le confort des patientes. Le personnel a déploré l'absence de gratuité des médicaments pour la prise en charge des urgences obstétricales notamment le sulfate de magnésium et l'ocytocine nécessaires pour la prise en charge des complications les plus fréquemment rencontrées dans le service entre autre la pré-éclampsie/éclampsie et l'hémorragie. L'absence de circuit d'oxygène, l'unicité du bloc opératoire, l'absence de salle de réveil, l'absence de dortoir pour la garde des médecins, mauvais état des toilettes des sages-femmes, l'absence de restauration pour la garde, l'absence d'organigramme de service et de fiche de tâche pour le personnel sont autant d'éléments qui agissent négativement sur la qualité de la prise en charge. Selon le personnel, la disponibilité du sang constitue un élément important car l'hémorragie et la rupture utérine ont été les principales causes obstétricales directes de décès maternels de 2016 à 2018 et leur prise en charge nécessite la disponibilité permanente du sang. Le personnel déplore le refus de don de sang par la population et pense qu'il est urgent de redynamiser les associations de donneurs de sang.

4.2.2. Analyse des résultats de l'entretien avec les accompagnateurs

Les déterminants de la satisfaction des accompagnateurs par rapport aux soins obstétricaux d'urgence sont à prendre en compte dans les stratégies d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence. L'accueil du personnel de santé, les compétences du personnel, le confort et le respect de l'intimité, la disponibilité d'une aide pour les soins, se sont avérés déterminants pour la satisfaction des accompagnateurs des patientes.

Dans notre enquête, ce que les accompagnateurs ont apprécié :

- La bonne orientation des patientes
- Existence d'un dispositif pour aider les patientes de l'ambulance à la salle de réception
- La compétence technique des prestataires
- L'existence de paravents à la maternité permettant de conserver l'intimité des malades
- L'existence de gratuité de la césarienne, du paludisme, des kits de prise en charge du nouveau-né en détresse.

Ce que les accompagnateurs ont apprécié le moins :

- Absence de salle exclusive pour l'accueil
- Absence d'infrastructure pour le séjour des accompagnants
- Insuffisance de communication sur les soins prodigués aux patientes
- Écarts de langage de certains prestataires
- Absence de salle unique pour certaines catégories de patients
- Absence de lits adaptés à la prise en charge de certaines pathologies obstétricales
- Recouvrement du coût des kits utilisés dans la prise en charge des urgences.

4.2.3. Analyse des résultats de l'évaluation du personnel

L'évaluation des agents sur les standards de performance SONU a permis d'évaluer la performance de la structure à 71 % inférieur au seuil de performance de 80 %. Sur les 5 agents évalués, un seul a pu atteindre le seuil de performance de 80 %. La performance est liée à la qualification du personnel et la formation reçue en SONU. La formation du personnel en SONU est un élément capital de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et de surcroît à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

4.2.4. Analyse des résultats de l'observation

A l'observation nous avons pu constater que les locaux sont peu adaptés avec absence de salle exclusive pour l'accueil des urgences obstétricale et la salle d'accouchement sert de salle d'accueil, ce qui ne permet pas un accouchement sécurisé.

Le manque de circuit d'oxygène à la maternité et au bloc opératoire associé à l'absence de salle de réveil ne permet pas une prise en charge adéquate de certaines complications chez la mère et le nouveau-né en détresse. La disponibilité du matériel et l'équipement est à hauteur de souhait.

L'organisation du travail est peu satisfaisante du faite de l'absence de l'organigramme, l'absence de fiche de tâche de certains personnels, absence de gratuité des kits de prise en charge des urgences obstétricale, absence de disponibilité permanente de sang. Cette insuffisance rallonge le délai de prise en charge des urgences obstétricale avec une insuffisance de qualité pouvant occasionner des décès maternels.

Dans la gestion environnementale, nous déplorons une insuffisance dans le nettoyage des salles et des toilettes, un mauvais état des toilettes des sages-femmes et des patientes, absence de désinfection des lits entre deux patientes, une insuffisance dans le tri des déchets biomédicaux, le matériel de protection individuel est incomplet. Ces états de fait ne garantissent pas la sécurité des soins et exposent le personnel et les malades à des infections nosocomiales. Par contre, nous avons apprécié la disponibilité de l'eau courante et l'électricité, la disponibilité de trois incinérateurs pour l'élimination des déchets biomédicaux, les tables d'accouchement sont désinfectées et prêtes pour les patientes suivantes.

Du point de vue relation interpersonnelle, l'accueil et l'orientation des patientes sont peu satisfaisants, les patientes sont peu informées des soins qui leur sont destinés et leurs avis comptent peu. La présence de paravent dans la salle d'accouchement permet de respecter la pudeur mais la confidentialité n'est pas respectée car la salle d'accouchement reçoit également des patientes qui ne sont pas en travail. Nous déplorons le comportement déplacé de certains personnels à l'endroit des accompagnateurs.

TROISIEME PARTIE :

ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES

IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

PLAN DE MISE EN ŒUVRE

CHAPITRE V : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES

L'analyse des résultats des enquêtes et des observations a permis de mettre en exergue des insuffisances dans la qualité des SONUC dans le service de maternité du CSRéf de Nioro.

Dans ce chapitre, nous procéderons à la détermination et à la priorisation de ces insuffisances.

5.1. Présentation des outils

Pour identifier, analyser et prioriser les causes liées à l'insuffisance de la qualité du SONUC de la maternité du CSRéf de Nioro, nous avons utilisé quelques outils :

5.1.1. 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-effets ou diagramme en arrêtes de poisson, Ce diagramme a été inventé par le Professeur Kaoru ISHIKAWA (1915-1989) « père » des cercles de qualité et grand contributeur à la dynamique du Total Quality Control (TQC) au Japon depuis les années 50.

Avantages du diagramme d'Ishikawa

- Permet d'identifier toutes les causes lors d'un brainstorming,
- Analyse en équipe de la situation insatisfaisante,
- Permet aux membres d'un groupe d'avoir une vision rapide, partagée et précise des causes possibles d'une situation.

Le diagramme d'Ishikawa permet de rechercher les causes et les conséquences d'une situation non satisfaisante en les classant par critères, généralement aux 5M évoqués ci-dessous :

- ✓ **Matière:** tout ce qui est consommable ou éléments à transformer par le processus (matière première, document, données)
- ✓ **Méthode:** correspondant à la façon de faire, orale ou écrite (procédures, instructions, démarche, mode d'emploi),
- ✓ **Matériel:** ce qui résulte des instruments: l'équipement, les machines, le petit matériel, les locaux, outillage, etc.
- ✓ **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.

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

5.1.3. 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%** des problèmes. 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.

5.2. Identification des causes des insuffisances de la qualité des SONU

Après analyse et interprétation des résultats des entretiens, des évaluations et des observations, les causes ci-dessous ont été identifiées et soumises à l'appréciation du personnel :

- Infrastructure peu adaptée (vétusté des locaux de la maternité, insuffisance du nombre de salle; Absence de salle de réveil pour les patientes césarisées ; Absence de salle réservée aux nouveau-nés en détresse) ;
- Unicité du bloc opératoire ;
- Absence de circuit d'oxygène à la maternité et au bloc opératoire ;
- Insuffisance du nombre de lit à la maternité ;
- Mauvais accueil des patientes admises en urgences obstétricales ;
- Absence de salle exclusive à l'accueil des urgences obstétricales ;
- Absence de dispositif pour l'accueil des usagers ;
- Faible fréquence de nettoyage des salles et des toilettes ;
- Insuffisance du nombre de personnel ;
- Insuffisance du nombre de personnel formé en SONU ;
- Faible motivation du personnel ;
- Mauvaise organisation du travail au service (absence d'organigramme pour la maternité, absence de fiche de tâche pour certain personnel) ;
- Absence de gratuité des médicaments pour la prise en charge de certaines complications chez la mère et le nouveau-né (Hémorragie, Pré-éclampsie/éclampsie, Avortements, GEU, prise en charge du nouveau-né en détresse) ;
- Insuffisance de disponibilité du sang (refus de don de sang par la population, Association de donateurs de sang peu actif) ;
- Mauvaises conditions de travail (absence de dortoir pour les médecins de garde, mauvais état des toilettes du personnel de la maternité).

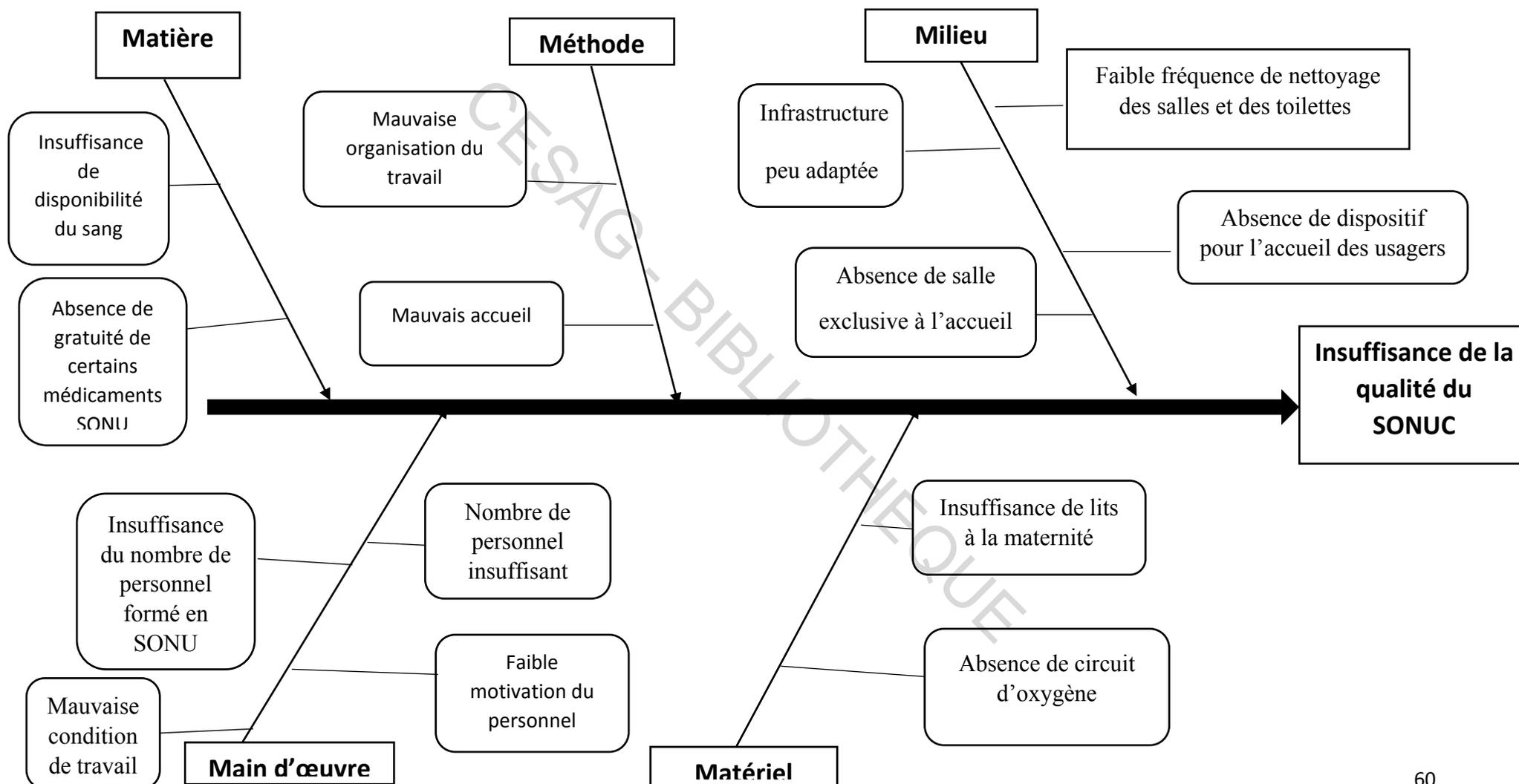
Chacune des causes identifiées constitue un obstacle pour la bonne marche du service et nécessite la mise en œuvre d'une solution en vue d'améliorer la qualité du service de maternité.

Le diagramme d'Ishikawa adapté à notre étude nous donne les renseignements suivants :

- ✓ **Matière:** Insuffisance de disponibilité du sang, Absence de gratuité des médicaments pour la prise en charge de certaines complications chez la mère et le nouveau-né.
- ✓ **Méthode:** mauvaise organisation du travail, mauvais accueil.
- ✓ **Matériel:** Insuffisance de lits à la maternité, absence de circuit d'oxygène.
- ✓ **Milieu:** Absence de salle exclusive à l'accueil, infrastructure peu adaptée, absence de dispositif pour l'accueil des usagers, faible fréquence de nettoyage des salles et des toilettes.
- ✓ **Main d'œuvre:** Nombre de personnel insuffisant, insuffisance du nombre de personnel formé en SONU, faible motivation du personnel, mauvaise condition de travail du personnel.

RESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 12: Diagramme d'ISHIKAWA:



5.3. Priorisation des causes

L'outil utilisé pour la priorisation des causes est le vote pondéré. Cet outil est utilisé lorsque les données sont qualitatives. C'est une technique de sélection finale du problème que le groupe souhaite résoudre en premier à partir des résultats d'un vote simple.

AVANTAGES

- permet le consensus
- facile à mettre en œuvre.

PRINCIPE

Cet outil permet d'éliminer les idées secondaires et de se consacrer aux plus importantes.

METHODE

- Le groupe se met d'abord d'accord sur les critères à retenir.
 - a. Associer à chaque causes ou solution une lettre (A, B, C, D, E, F.....)
 - b. Distribuer à chaque groupe de participants un capital de points (10 maxi), à répartir sur les idées qui lui semblent importantes,
 - c. Chaque participant ne peut affecter au maximum que 5 points à une même cause et le reste des points est reparti entre les autres,
 - d. Le principe de l'anonymat est respecté
 - e. Noter les points de chaque groupe au tableau et les additionner,
 - f. Favoriser les échanges autour des seules idées qui ont reçu un grand nombre de points.
- On dresse un tableau comme suit : les causes envisagées en colonnes et les votants en lignes.
- On effectue le calcul du poids relatif de chaque cause, par l'addition des poids attribués par chacun à ces causes. Le groupe est alors en mesure de décider des causes qui seront retenues.

5.3.1. Processus du vote pondéré

5.3.1.1. Associé à chaque cause une lettre (A, B, C, D, E, F, G), afin de procéder au vote.

A= Infrastructure peu adaptée;

B= Unicité du bloc opératoire ;

C= Absence de circuit d'oxygène à la maternité et au bloc opératoire ;

D= Insuffisance du nombre de lit à la maternité ;

E= Mauvais accueil des patientes admises en urgences obstétricales ;

F= Absence de salle exclusive à l'accueil des urgences obstétricales ;

G= Absence de dispositif pour l'accueil des usagers ;

H= Faible fréquence de nettoyage des salles et des toilettes :

I= Insuffisance du nombre de personnel ;

J= Insuffisance du nombre de personnel formé en SONU ;

K= Faible motivation du personnel ;

L= Mauvaise organisation du travail au service ;

M= Absence de gratuité des médicaments pour la prise en charge de certaines complications chez la mère et le nouveau-né;

N= Insuffisance de disponibilité du sang;

O= Mauvaises conditions de travail.

5.3.1.2. Répartition des points par les participants au vote pondéré

Pour la hiérarchisation des causes, nous avons constitué quatre groupes de trois cadres. Les groupes ont mis en exergue plusieurs causes pouvant avoir une influence négative sur l'insuffisance de la qualité des SONUC à la maternité du CSRéf de Nioro. Chaque groupe par consensus a attribué une note comprise entre 1 et 10 selon l'importance de la cause.

Tableau XV : Répartition des points de vote de priorisation des causes:

Causes Participants	Causes															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	
Groupe 1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0	1	1	
Groupe 2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1	2	
Groupe 3	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	
Groupe 4	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	0	1	1	

Source : nous-même.

5.3.1.3. Résultat du vote pondéral

Tableau XVI: Résultats du vote de priorisation des causes:

Causes	Points	Rang
A= Infrastructure peu adaptée	1	10 ^e ex
B= Unicité du bloc opératoire	2	6 ^e ex
C= Absence de circuit d'oxygène à la maternité et au bloc opératoire	2	6 ^e ex
D= Insuffisance du nombre de lit à la maternité	1	10 ^e ex
E= Mauvais accueil des patientes admises en urgences obstétricales	1	10 ^e ex
F= Absence de salle exclusive à l'accueil des urgences obstétricales	3	5 ^e
G= Absence de dispositif pour l'accueil des usagers	1	10 ^e ex
H= Faible fréquence de nettoyage des salles et des toilettes	2	6 ^e ex
I= Insuffisance du nombre de personnel	1	10 ^e ex
J= Insuffisance du nombre de personnel formé en SONU	6	2 ^e
K= Faible motivation du personnel	2	6 ^e ex
L= Mauvaise organisation du travail au service	8	1 ^{ier}
M= Absence de gratuité des médicaments pour la prise en charge de certaines complications chez la mère et le nouveau-né	1	10 ^e ex
N= Insuffisance de disponibilité du sang	4	4 ^e
O= Mauvaises conditions de travail	5	3 ^e

Source : nous-même.

La mauvaise organisation du travail a été retenue comme la principale cause de l'insuffisance de la qualité des SONUC. Après avoir hiérarchisé les causes, nous avons déterminé les différents pourcentages et procédé au calcul du cumul des pourcentages.

5.4. Représentation graphique des causes

Pour la représentation graphique nous allons utiliser le diagramme de Pareto. C'est un graphique représentant l'importance de différentes causes d'un phénomène. Ce diagramme permet de mettre en évidence les causes les plus importantes sur le nombre total d'effet et ainsi de prendre des mesures ciblées pour améliorer une situation. Cet outil est basé sur la loi **80/20**. Il met en évidence les **20%** des causes sur lesquelles il faut agir pour résoudre les **80%** des problèmes. Il est important de déterminer sur quelle cause il faut agir en priorité pour améliorer de façon significative la situation. Ce diagramme se présente sous la forme d'une série de colonnes triées par ordre décroissant. Elles sont généralement accompagnées d'une courbe des valeurs cumulées de toutes les colonnes.

Le diagramme de Pareto est élaboré en plusieurs étapes :

- Identification et collecte des données,
- Classement des données au sein de catégories par ordre de fréquence décroissante,
- Calcul du pourcentage cumulé puis le pourcentage cumulé de chaque catégorie par rapport au total,
- Tracer le graphique des fréquences (histogramme) et la courbe des pourcentages cumulés,
- Distinguer trois classes A, B et C qui se distribuent de la manière suivante : **Classe A** =80% des observations; **classe B** =15% suivants et **classe C** = les 5% restants.

Tableau XVII: Hiérarchisation des causes ordre décroissant:

Rang	Causes	Total points	Fréquence relative en %	Fréquence cumulées en %
1ier	L= Mauvaise organisation du travail au service	8	20	20
2e	J= Insuffisance du nombre de personnel formé en SONU	6	15	35
3e	O= Mauvaises conditions de travail	5	12,5	47,5
4e	N= Insuffisance de disponibilité du sang	4	10	57,5
5e	F= Absence de salle exclusive à l'accueil des urgences obstétricales	3	7,5	65
6e	B= Unicité du bloc opératoire	2	5	70
6e	C= Absence de circuit d'oxygène à la maternité et au bloc opératoire	2	5	75
6e	H= Faible fréquence de nettoyage des salles et des toilettes	2	5	80
6e	K= Faible motivation du personnel	2	5	85
10e	A= Infrastructure peu adaptée	1	2,5	87,5
10e	D= Insuffisance du nombre de lit à la maternité	1	2,5	90
10e	E= Mauvais accueil des patientes admises en urgences obstétricales	1	2,5	92,5
10e	G= Absence de dispositif pour l'accueil des usagers	1	2,5	95
10e	I= Insuffisance du nombre de personnel	1	2,5	97,5
10e	M= Absence de gratuité des médicaments pour la prise en charge de certaines complications chez la mère et le nouveau-né	1	2,5	100
Total		40	100	

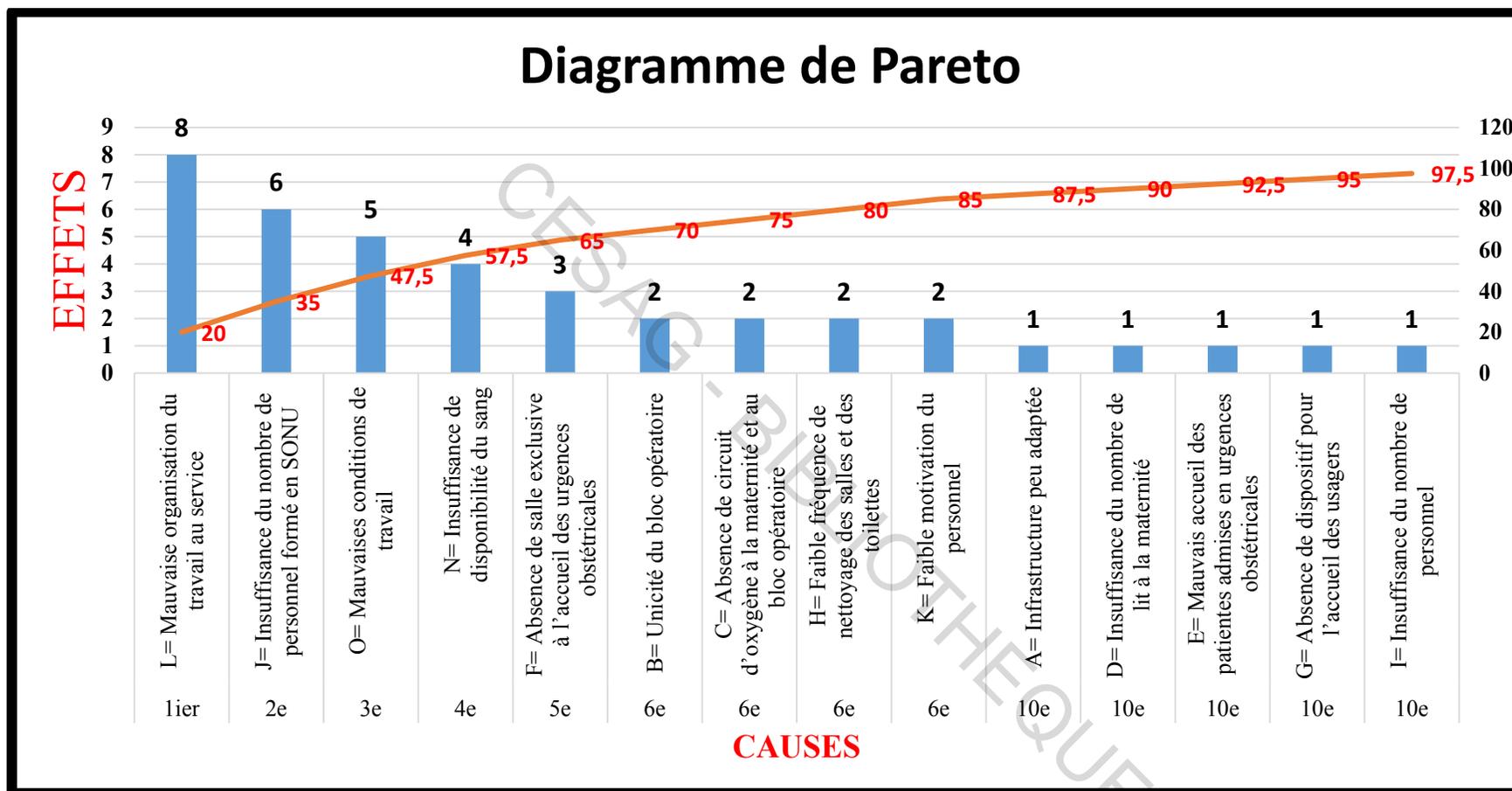


Figure 13: Diagramme de Pareto:

Après l'analyse et la priorisation, il ressort que la mauvaise organisation du service a été retenue comme cause principale par les votants, en matière d'insuffisance de la qualité des SONUC à la maternité du CSRéf de Nioro représentant 20 % des causes observées. Il suffit de résoudre cette cause pour que 80 % des problèmes soient résolus.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRES VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1. Identification des solutions

C'est une démarche participative et consensuelle qui consiste à examiner les solutions possibles aux insuffisances de qualité du SONUC de Nioro. Après avoir identifié la cause principale prioritaire, des approches de solutions ont été identifiées par les cadres du service de maternité. Il s'agit de :

- Elaborer un plan d'amélioration de la qualité des SONUC
- Assurer la disponibilité permanente du sang
- Améliorer les conditions de travail du personnel
- Améliorer les conditions de travail du personnel
- Augmenter le nombre de personnel de la maternité
- Renforcer la capacité du personnel en Soins Maternels et Néonataux (SMN)
- Aménager et équiper le 2^e bloc opératoire
- Doter le service de kit de gratuité pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales
- Réorganiser le travail du service

Après analyse des solutions, un choix sera porté sur l'une d'entre elles qui sera considérée comme prioritaire qui, une fois mise en application devra nous permettre de réduire l'impact de l'ensemble des dysfonctionnements constatés dans l'insuffisance de la qualité des SONU.

6.2. Priorisation et choix de la solution

Le vote pondéral est l'outil utilisé pour prioriser les solutions. L'analyse de la solution se fera à travers des critères de priorisation des solutions, à savoir : **Faisabilité**, **Acceptabilité**, **efficacité**, et le **Coût**. Chaque critère est noté de 1 à 5 par les votants.

L'objectif pour nous est de retenir les solutions consensuelles mais qui soit peu onéreuses et facilement réalisables dans le temps. Pour ce faire, nous allons procéder par une approche participative impliquant le personnel de la maternité du CSRéf de Nioro. Les participants seront constitués en quatre groupes de trois agents et chaque groupe 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 ces solutions par les membres des groupes.

METHODE

- Associer à chaque solution une lettre (A, B, C, D, E, F.....)

- Chacune des solutions est pondérée en fonction des critères suivants :

Faisabilité : La solution retenue doit être réaliste et réalisable en fonction des ressources disponibles,

Facilité dans sa mise en œuvre : Il s'agit de l'ensemble des conditions spéciales accordées pour sa mise en œuvre sans peine, sans difficulté ;

Efficacité : C'est la possibilité de produire le maximum de résultats avec le minimum d'efforts pour la solution retenue;

Coût : Le coût d'une solution est très important pour permettre sa mise en œuvre effective. La solution dont le coût sera faible sera privilégiée.

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

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

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

6.2.1. Processus du vote pondéré

6.2.1.1. Associons à chaque solution une lettre (A, B, C, D, E, F.....), afin de procéder au vote pondéré

A= Elaborer un plan d'amélioration de la qualité des SONUC

B= Assurer la disponibilité permanente du sang

C= Améliorer les conditions de travail du personnel

D= Améliorer les conditions de travail du personnel

E= Augmenter le nombre de personnel de la maternité

F= Renforcer la capacité du personnel en Soins Maternels et Néonataux (SMN)

G= Aménager et équiper le 2^e bloc opératoire

H= Doter le service de kit de gratuité pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales

I= Réorganiser le travail du service.

6.2.1.2. Répartition des points par les participants au vote pondéré

Le tableau ci-dessous permet d'illustrer les points par participants du vote pondéré.

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

Solutions		Critères								
		A	B	C	D	E	F	G	H	I
Faisabilité de solution	Groupe 1	5	5	5	5	5	5	5	3	5
	Groupe 2	5	5	5	3	3	5	5	3	5
	Groupe 3	5	5	5	3	3	5	3	1	5
	Groupe 4	5	5	5	5	1	5	5	3	5
Facilité de réalisation de la solution	Groupe 1	5	5	3	3	3	5	3	3	5
	Groupe 2	5	5	1	3	1	5	3	3	5
	Groupe 3	5	3	3	3	3	5	3	1	3
	Groupe 4	5	5	3	3	3	5	3	3	5
Efficacité de la solution	Groupe 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Groupe 2	5	5	3	5	3	5	3	3	5
	Groupe 3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Groupe 4	5	5	5	5	5	3	5	5	5
Coût de Réalisation de la solution	Groupe 1	5	3	3	3	3	5	3	1	5
	Groupe 2	5	3	3	3	3	5	1	1	5
	Groupe 3	5	3	3	1	1	5	3	1	5
	Groupe 4	5	3	3	1	1	5	1	1	5

6.2.1.3. Résultat du vote pondéré

Après le vote de chaque groupe, nous avons fait le total des points attribués à chaque solution et procédé au classement.

Tableau XIX: Résultat du vote de priorisation des résultats:

Solutions	Critères				Score	Rang
	Faisabilité	Facilité	Efficacité	Coût		
A= Elaborer un plan d'amélioration de la qualité des SONUC du service de maternité	20	20	20	20	80	1 ^{ier}
B= Assurer la disponibilité permanente du sang	20	18	20	12	70	4 ^e
C= Améliorer les conditions d'accueil et d'hygiène environnementale	20	10	18	12	60	5 ^e
D= Améliorer les conditions de travail du personnel	16	12	20	8	56	6 ^e ex
E= Augmenter le nombre de personnel de la maternité	10	10	18	8	48	8 ^e
F= Renforcer la capacité du personnel en Soins Maternels et Néonataux (SMN)	20	20	18	20	78	2 ^e ex
G= Aménager et équiper le 2 ^e bloc Opératoire	18	12	18	8	56	6 ^e ex
H= Doter le service de kit de gratuité pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales	10	10	18	4	42	9 ^e
I= Réorganiser le travail du service	20	18	20	20	78	2 ^e ex

La solution prioritaire est l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des SONUC bâti sur la réorganisation du travail, le renforcement de la capacité du personnel en Soins Maternels et Néonataux (SMN) ; l'amélioration des conditions d'accueil et d'hygiène environnementale ; la disponibilité permanente du sang et l'amélioration des conditions.

CHAPITRES VII : 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

Nos enquêtes et observations associées à une approche participative ont permis de mettre en évidence des problèmes variés et des solutions ont été proposées afin d'améliorer la qualité des SONUC dans le service de maternité du CSRéf de Nioro.

Dans le cadre du plan d'action à proposer, nous avons retenu la solution jugée pertinente, réaliste et réalisable par la structure et susceptible d'avoir un impact immédiat dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de maternité.

Ainsi de façon consensuelle, les groupes ont opté pour l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des SONUC dans le service de maternité du CSRéf de Nioro. Ce plan d'amélioration de la qualité est bâti sur les trois dimensions de la qualité à savoir la dimension technique, organisationnelle et interpersonnelle et passe par la réorganisation du travail, le renforcement de capacité du personnel en SMN, l'amélioration des conditions d'accueil et d'hygiène environnementale et l'amélioration des conditions de travail du personnel ont été retenus comme solutions prioritaires à l'amélioration de la qualité des SONUC à la maternité du CSRéf de Nioro.

7.2. Objectifs du Projet

7.2.1. Objectif général

Elaborer un plan d'amélioration de la qualité des SONUC dans le service de maternité du CSRéf de Nioro d'ici décembre 2020.

7.2.2. Objectifs Spécifiques

- Réorganiser le travail du service d'ici à janvier 2020 ;
- Renforcer la capacité du personnel chargé des SONU d'ici à mars 2020 ;
- Améliorer les conditions d'accueil et d'hygiène environnementale d'ici à décembre 2020 ;
- Assurer la disponibilité permanente du sang d'ici janvier 2020 ;
- renforcer les conditions de travail du personnel chargé des SONU d'ici décembre 2020.

7.3. Cadre logique

Le cadre logique est un outil essentiel de planification et d'exécution d'un projet.

A l'étape de planification du projet, le cadre logique

- Permet de voir si le projet a inclus tout ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif ;
- Présente les objectifs et sous objectifs de façon explicite et compréhensible.

A l'étape d'exécution du projet, le cadre logique

- Permet à l'équipe de se mettre d'accord sur les objectifs et résultats à atteindre ;
- Permet de suivre et de mesurer l'état d'avancement des réalisations.

Les étapes ci-dessous sont nécessaires à la conception du projet à l'aide du cadre logique :

- ✓ **L'objectif général du projet** : c'est l'objectif suprême recherché par le projet ;
- ✓ **L'objectif spécifique** : c'est la raison de la mise en œuvre du projet ;
- ✓ **Les résultats escomptés** : il s'agit des résultats permettant de conclure que les objectifs sont atteints ;
- ✓ Les activités permettant d'atteindre chaque résultat.

Ce cadre logique permettra de déterminer la logique d'intervention du projet selon deux sens : +

Logique verticale

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

Logique Horizontale

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

Tableau XX: Cadre logique:

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement vérifiables (IOV)	Source de Vérification	Conditions critiques
Objectif général			
Elaborer un plan d'amélioration de la qualité des SONUC du service de maternité du CSRéf de Nioro d'ici janvier 2020	Plan d'amélioration de la qualité des SONUC élaboré	Disponibilité du plan dans le service.	Engagement du personnel de la maternité et de la direction
Objectif spécifique 1 : Réorganiser le travail au service de maternité d'ici janvier 2020			
Résultats attendus 1 : Le travail est réorganisé au service de maternité d'ici janvier 2020			
Activités 1.1 : Elaboration et affichage de l'organigramme du service	L'organigramme est affiché	Tableau d'affichage	Engagement des responsables de la maternité
Activités 1.2 : Elaboration et affichage des fiches de description de tâche de l'ensemble du personnel du service de maternité	Disponibilité des fiches de description de tâche de l'ensemble du personnel du service de maternité	Tableau d'affichage	Engagement des responsables de la maternité
Activité 1.3 : Mise en place d'une équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) au niveau de la maternité	Disponibilité d'une équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) au niveau de la maternité	Décision de création d'une équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) au niveau de	Engagement du médecin-chef et du personnel

		la maternité	
Activité 1.4 : Organisation d'une réunion hebdomadaire d'amélioration de la qualité au niveau de la maternité	Taux d'exécution des réunions des EAQ	Procès-Verbal des réunions	Engagement du personnel
Objectif spécifique 2 : Renforcer la capacité du personnel en Soins Maternels et Néonataux (SMN) d'ici mars 2020	La capacité du personnel est renforcée	Rapport annuel d'activité	Disponibilité des ressources financières
Résultats attendus 2 : La capacité du personnel est renforcée en SMN d'ici mars 2020	La capacité du personnel est renforcée	Rapport annuel d'activité	Disponibilité des ressources financières
Activité 2.1 : Formation du personnel en SONU	% de personnel formé en SONU	Rapport de formation	Disponibilité des ressources financières
Activité 2.2 : Formation du personnel en Périnatalité	% de personnel formé en Périnatalité ⁶	Rapport de formation	Disponibilité des ressources financières
Objectif spécifique 3 : Améliorer les conditions d'accueil et d'hygiène environnementale d'ici décembre 2020	Taux de satisfaction des usages	Enquête auprès des usagers	Engagement du médecin-chef Disponibilité des ressources financières
Résultats attendus 3 : Les conditions d'accueil et d'hygiène environnementale sont améliorées d'ici décembre 2020	Taux de satisfaction des usages	Enquête auprès des usagers	Engagement du médecin-chef Disponibilité des ressources financières

Activités 3.1 : Aménagement et équipement d'une salle d'accueil des urgences obstétricales d'ici décembre 2020	La salle d'accueil des urgences obstétricales est aménagée et équipé	Procès-verbal de réception	Disponibilité des ressources financières
---	--	----------------------------	--

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Activités 3.2 : Construction d'un hangar pour les accompagnants des patientes admises en urgence obstétricale	Un hangar est construit pour les accompagnants des patientes admises en urgence obstétricale	Procès-verbal de réception	Disponibilité des ressources financières
Activité 3.3 : Nettoyage des salles et des toilettes au moins deux fois par jour	Propreté des salles et des toilettes	Enquête auprès du personnel	Disponibilité des ressources financières
Activité 3.4 : Réalisation du tri correct des déchets biomédicaux	Disponibilité des différentes poubelles et de la boîte à aiguille Respect du tri	Rapport mensuel d'hygiène et assainissement	Disponibilité du matériel Engagement du personnel
Activité 3.5 : Aménagement d'un espace pour l'évacuation des eaux usées	Disponibilité d'un espace pour l'évacuation des eaux usées	Procès-verbal de réception	Disponibilité des ressources financières
Objectif spécifique 4 : Assurer la disponibilité permanente du sang d'ici janvier 2020	Nombre de poches de sang en stock	Registre du Laboratoire	Disponibilité des donneurs
Résultats attendus 4 : Le sang est permanemment disponible au laboratoire d'ici janvier 2020	Nombre de poches de sang en stock	Registre du Laboratoire	Disponibilité des donneurs
Activité 4.1 : Réalisation d'une diffusion synchronisée mensuelle des messages de sensibilisation sur l'importance du don de sang dans deux radios de proximité	Nombre de diffusion réalisée	Plan de diffusion des radios	Disponibilité des ressources financières
Activité 4.2 : Organisation d'une réunion	Nombre réunion de	Procès-verbal des réunions	Engagement des membres de

mensuelle de l'association des donneurs de sang	l'association des donneurs de sang réalisée		l'association des donneurs de sang
Activité 4.3 : Organisation des dons de sang une fois par mois	Nombre de dons de sang réalisés	Rapport d'activité	Disponibilité des donneurs de sang
Objectif spécifique 5 : Renforcer les conditions de travail du personnel chargé des SONU d'ici décembre 2020.	Nombre de demande d'affection diminuée	Service des ressources humaines	Engagement du médecin-chef du CSREF
Résultats attendus 5 : Les conditions de travail du personnel chargé des SONU sont améliorées d'ici décembre 2020.	Nombre de demande d'affection diminuée	Service des ressources humaines	Engagement du médecin-chef du CSREF
Activité 5.1 : Aménagement et équipement d'une salle de garde pour les médecins	Disponibilité d'une salle de garde pour les médecins	Procès-verbal de réception	Disponibilité des ressources financières
Activité 5.2 : Construction d'une toilette pour les sages-femmes	Disponibilité d'une toilette fonctionnelle pour les sages-femmes	Procès-verbal de réception	Disponibilité des ressources financières
Activités 5.3 : Dotation du personnel de garde en repas.	La restauration est assurée pour le personnel de garde	Enquête auprès du personnel	Disponibilité des ressources financières

7.4. Plan d'action opérationnel

Le cadre opérationnel est représenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXI: Cadre opérationnel:

Objectif stratégique	Activités	Période d'exécution	Responsable	Budget
OS 1 : Réorganiser le travail au service de maternité d'ici à janvier 2020	A.1.1 : Elaboration et affichage du protocole de prise en charge des urgences obstétricales	Décembre 2019	Médecin chargé de la santé de reproduction	Collation : 150 000
	A.1.2 : Elaboration et affichage l'organigramme du service	Décembre 2019	Médecin chargé de la santé de reproduction	Sans frais
	A.1.3 : Elaboration et affichage des fiches de description de tâche de l'ensemble du personnel du service de maternité	Décembre 2019	Médecin chargé de la santé de reproduction	Sans frais
	A.1.4 : Mise en place d'une équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) au niveau de la maternité	Immédiatement	Médecin-chef du CSRéf	Sans frais
	A 1.5 : Organisation d'une réunion hebdomadaire d'amélioration la qualité au niveau de la maternité	Toutes les semaines	Médecin chargé de la santé de reproduction	Collation : 180 000

OS 2 : Renforcer la capacité du personnel en soins maternels et néonataux (SMN) d'ici à décembre 2020	A.2.1 : Formation du personnel qualifié en SONU.	Avant fin juin	Médecin-chef du CSRéf	1500000
	A.2.2 : Formation du personnel Qualifié en périnatalité.	Avant fin juin	Médecin-chef du CSRéf	1500 000
OS 3 : Améliorer les conditions d'accueil et d'hygiène environnementale d'ici à décembre 2020	A.3.1 : Aménagement et équipement de la salle d'accueil des urgences	31 décembre 2020	Médecin-chef du CSRéf	1500 000
	A.3.2 : Construction d'un hangar pour les accompagnateurs des patientes admises en urgence obstétricale.	Avant le 31 mars 2020	Médecin-chef du CSRéf	1300 000
	A.3.3 : Nettoyage des locaux au moins deux fois par jour.	Immédiatement	Chef service hygiène assainissement	300 000
	A.3.4 : réalisation du tri correct des déchets biomédicaux.	Immédiatement	Le point focal Hygiène et assainissement de la maternité	Sans frais
	A.3.5 : Aménagement d'un espace pour l'évacuation des eaux usées.	D'ici fin mars 2020	Médecin-chef du CSRéf	500 000
OS 4 : Assurer la disponibilité	A 4.1 : Organisation d'une diffusion	D'ici janvier 2020	Médecin-chef du CSRéf	360 000

permanente du sang d'ici janvier 2020	synchronisée mensuelle des messages de sensibilisation sur l'importance du sang dans deux radios de proximité			
	A 4.2 : Organisation d'une réunion mensuelle de l'association des donneurs de sang	D'ici janvier 2020	Médecin-chef du CSRéf	Sans frais
	A 4.3 : Organisation des dons de sang une fois par mois	D'ici janvier 2020	Médecin-chef du CSRéf	360 000
OS 5 : Renforcer les conditions de travail du personnel chargé des SONU d'ici à décembre 2020	A.5.1 : Aménagement et équipement d'une salle de garde pour les médecins.	D'ici 31 décembre 2019	Médecin-chef du CSRéf	600 000
	A.5.2 : Construction d'une toilette pour les sages-femmes.	D'ici 31 décembre 2019	Médecin-chef du CSRéf	500 000
	A.5.3 : Dotation en repas du personnel de garde.	D'ici 31 décembre 2019	Médecin-chef du CSRéf	1500 000

7.5. Budgétisation

Tableau XXII: Budget:

Désignation	Quantité	Nombre de jour	Coût unitaire	Coût total
OS 1 : Réorganiser le travail du service de maternité				
A.1.1 : Elaborer et afficher l'organigramme du service	15	3	2500	25000 FCFA
A 1.4 : Organiser une réunion hebdomadaire d'amélioration de la qualité au niveau de la maternité	10	48	800	384 000 FCFA
TOTAL 1				409 000 FCFA
OS 2 : Renforcer la capacité du personnel en soins maternels et néonataux.				
A.2.1 : Former 100% du personnel qualifié en SONU	Quantité	Nombre de jour	Coût unitaire	Coût total
Perdiem Formateur	2	12	15000	360 000 FCFA
Perdiem Participant	15	12	3000	540 000 FCFA
Bloc note	15		1000	15 000 FCFA
Bic	15		100	1500 FCFA
Pause-café et déjeuner	17		2500	42 500 FCFA

Total A.2.1				859 000 FCFA
A.2.2 : Former 100 % du personnel Qualifié en périnatalité.	Quantité	Nombre de jour	Coût unitaire	Coût total
Perdiem Formateur	2	10	15000	300 000 FCFA
Perdiem Participant	15	10	3000	450 000 FCFA
Bloc note	15		1000	15 000 FCFA
Bic	15		100	1500 FCFA
Pause-café et déjeuner	17		2500	42 500 FCFA
Total A.2.2				809 800 FCFA
TOTAL 2				1 768 800 FCFA
OS 3 : Améliorer les conditions d'accueil et d'hygiène environnementale				
A.3.1 : Aménager et équiper une salle d'accueil des urgences obstétricales d'ici décembre 2020	1		1500	1 500 000 FCFA
A.3.2 : Construire un hangar pour les accompagnants des patientes admises en urgence obstétricale	2			1 300 000 FCFA
A.3.3 : Nettoyer les locaux au moins deux fois par jour		365		300 000 FCFA
A.3.5 : Aménager un espace pour l'évacuation des eaux usées	1		500 000	500 000 FCFA

TOTAL 3				3 600 000 FCFA
OS 4 : Assurer la disponibilité permanente du sang				
A 4.1 : Organiser une diffusion synchronisée mensuelle des messages de sensibilisation sur l'importance du sang dans deux radios de proximité	12	2	15 000	360 000 FCFA
A 4.3 : Organiser des dons de sang une fois par mois	12	1	20	360 000 FCFA
TOTAL 4				720 000 FCFA
OS 5 : Améliorer les conditions de travail du personnel chargé des SONU				
A.5.1 : Aménager et équiper une salle de garde pour les médecins	1		600 000	600 000 FCFA
A.5.2 : Construire une toilette pour les sages-femmes	1		500 000	500 000 FCFA
A.5.3 : Assurer la restauration du personnel de garde		365	Forfait 5000	1 825 000 FCFA
TOTAL 5				2 925 000 FCFA
TOTAL GENERAL				9 422 800 FCFA

7.6. Suivi et évaluation de la mise en œuvre

7.6.1. Suivi de la mise en œuvre

Le suivi d'une intervention ou d'un programme est le contrôle continu de l'état d'exécution des activités, des objectifs spécifiques de la solution retenue selon les échéanciers fixés, ainsi que de l'utilisation des ressources.

Il porte essentiellement sur le processus de mise en œuvre.

Le suivi de l'exécution se fera sur les activités prévues dans le plan d'action, pour chaque activité, il sera déterminé le statut sur son avancement et l'utilisation des ressources.

L'utilisation des pourcentages de ressource permettra de rendre compte du niveau de réalisation des activités.

7.6.2. Evaluation de la mise en œuvre

L'évaluation est le contrôle périodique de la pertinence du projet, de sa performance, de son efficacité et de son impact en rapport avec les objectifs fixés.

L'évaluation de la mise en œuvre de ce projet portera sur le processus d'exécution des activités, de l'utilisation des ressources et la portée des résultats ainsi que l'objectif assigné (impact).

7.6.3. Indicateurs de suivi et évaluation de la solution retenue

Le suivi et l'évaluation de notre projet se font à l'aide des indicateurs spécifiques décrit dans le tableau ci-dessous :

:

Tableau XXIII : Indicateurs de suivi et évaluation de la solution retenue

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	EFFETS	Impact
<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des ressources humaines matérielles et financières. 	Elaboration et affichage de l'organigramme du service	Disponibilité de l'organigramme	Le service est bien organisé	Le taux de décès maternels et néonataux a baissé dans le CSRéf de Nioro
	Elaboration et affichage des fiches de description de tâche de l'ensemble du personnel du service de maternité	Nombre de personnel disposant de fiches de tâche	Charge de travail bien répartie entre le personnel	
	Mise en place d'une équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) au niveau de la maternité	Disponibilité d'une équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) au niveau de la maternité	Qualité du service améliorée	
	Organisation d'une réunion hebdomadaire d'amélioration de la qualité au niveau de la maternité	Nombre de réunion hebdomadaire organisée	Nombre de recommandations de la réunion appliquées	
	Formation du personnel en SONU	Nombre de personnel formé en SONU	Les SONU sont appliquées selon	

Contribution à la réduction de la mortalité maternelle par l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgences complets dans le service de maternité du centre de santé de référence de Nioro

			les normes standards
	Formation du personnel en Périnatalité	Nombre de personnel formé en	Qualité améliorée de la CPN Taux d'utilisation du partogramme a augmenté
	Aménagement et équipement d'une salle d'accueil des urgences obstétricales	Disponibilité d'une salle d'accueil pour les urgences obstétricales	Taux de satisfaction des patientes par rapport à l'accueil a augmenté
	Construction d'un hangar pour les accompagnants des patientes admises en urgence obstétricale	Disponibilité Construction d'un hangar pour les accompagnants	Taux de satisfaction des accompagnateurs par rapport à l'accueil a augmenté
	Nettoyage des salles et des toilettes au moins deux fois par jour	Nombre de nettoyage des salles et des toilettes par jour	Les conditions d'hygiène sont améliorées au

Contribution à la réduction de la mortalité maternelle par l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgences complets dans le service de maternité du centre de santé de référence de Nioro

			niveau du CSRéf de Nioro
	Réalisation du tri correct des déchets biomédicaux	Nombre de personnel respectant le tri des déchets biomédicaux	La gestion des déchets biomédicaux est améliorée
	Aménagement d'un espace pour l'évacuation des eaux usées	Disponibilité d'un espace pour l'évacuation des eaux usées	La gestion environnementale est améliorée au niveau du CSRéf de Nioro
	Diffusion synchronisée mensuelle des messages de sensibilisation sur l'importance du don de sang dans deux radios de proximité Organisation d'une réunion mensuelle de l'association des donneurs de sang	Disponibilité d'un plan de diffusion	L'importance du don de sang est connue par la population
	Organisation des dons de sang une fois par mois	Nombre de don de sang organisé par le CSRéf de Nioro	Le sang est permanent disponible dans le CSRéf de Nioro

Contribution à la réduction de la mortalité maternelle par l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgences complets dans le service de maternité du centre de santé de référence de Nioro

	Aménagement et équipement d'une salle de garde pour les médecins	Disponibilité d'une salle de garde pour les médecins	Diminution de l'absentéisme des médecins pendant la garde	
	Construction d'une toilette pour les sages-femmes	Disponibilité d'une toilette pour les sages-femmes	Motivation des sages-femmes.	
	: Dotation du personnel de garde en repas.	Disponibilité de la restauration pendant la garde.	Le personnel de garde est motivé.	

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre travail, nous avons formulé les recommandations suivantes :

AU PERSONNEL DE LA MATERNITE DU CSRéf DE NIORO

- Elaborer le plan d'amélioration de la qualité ;
- Réorganiser les activités de la maternité ;
- Prioriser les urgences obstétricaux et néonataux ;
- Faire un audit de façon systématique des décès maternels et des échappées belle « near miss» ;
- Faire l'audit des décès néonataux ;
- Mettre en place une équipe d'amélioration de la qualité au niveau de la maternité ;
- Pérenniser l'effort d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

AU MEDECIN-CHEF DU CSRéf

- Renforcer les équipes chargées des Soins obstétricaux d'urgence par des gynécologues, des sages-femmes ;
- Aménager et équiper une salle d'accueil des urgences;
- Aménager et équiper une salle d'accueil des usagers ;
- Former le personnel qualifié en SONU et en périnatalité ;
- Rendre disponible les produits sanguins ;
- Introduire le monitoring des indicateurs de processus des SONU ;

A LA DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

- Mobiliser, allouer et dégager des ressources adéquates pour la santé maternelle et néonatale ;
- Assurer régulièrement la supervision du SONUC de Nioro ;
- Affecter un gynécologue et deux sages-femmes au CSRéf de Nioro ;
- Faire un plaidoyer auprès des décideurs du niveau central du ministère de la santé pour avoir un dépôt de sang au niveau du CSRéf.

AUX PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

- Financer les plans d'amélioration de la qualité de la prise des urgences obstétricales ;

A LA COMMUNAUTE

- Organiser le transport village-CSCOM à travers la mise en place des comités d'urgences obstétricales dans les villages ;
- Impliquer les relais et les agents de santé communautaire dans la lutte contre la mortalité maternelle ;
- S'acquitter des quotes-parts de la référence-évacuation ;
- Assurer le financement des médicaments vitaux (sulfate de magnésium, ocytocine) par la caisse de solidarité de la référence-évacuation.
- Référer à temps les femmes enceintes et les nouveau-nés en cas de signes de dangers ;
- Adopter des comportements propices à la propreté du CSRéf ;
- Fréquenter les services de CPN ;
- Accepter de donner du sang pour sauver des vies.

RESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Malgré de grands efforts fournis par le gouvernement de la république du Mali et les autorités sanitaires dans la santé maternelle et néonatale, le Centre de Santé de Référence continue d'enregistrer un taux élevé de décès maternels et néonataux.

Ainsi, durant notre stage nous avons opté pour une étude qui permet d'améliorer la qualité des SONUC dans la maternité du CSRéf de Nioro.

Notre travail visait à faire ressortir les insuffisances de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence pouvant favoriser les décès maternels d'où le thème contribution à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale par l'amélioration de la qualité des SONUC dans la maternité de CSRéf de Nioro.

L'amélioration de la qualité des SONUC est donc une des composantes clés de l'amélioration de la santé maternelle. Or, la qualité des soins est un enjeu complexe et multidimensionnel.

Les conséquences liées à la baisse de la qualité des SONUC sont :

- La perte de confiance des usagers ;
- La baisse des recettes du service ;
- La démotivation du personnel due aux mauvaises conditions de travail ;
- La mauvaise réputation/image du service.

Grâce à la méthodologie basée sur la résolution des problèmes, nous avons réalisés l'enquête auprès du personnel et des accompagnateurs et l'évaluation du personnel sur les standards de performance SONU, ce qui nous ont permis d'obtenir les résultats suivants : **53,3 %** du personnel n'ont pas été formés en SONU, **86,7 %** du personnel affirment que les infrastructures de la maternité ne sont pas adéquates, **80 %** du personnel estiment que l'environnement de travail ne permet pas de faire correctement le travail, **83, 3 %** des accompagnateurs déplorent l'absence d'infrastructure pour le séjour des accompagnateurs et de Salle exclusive pour l'accueil des urgences obstétricales, Seulement **20 %** des accompagnateurs étaient satisfaits de la propreté des locaux, l'évaluation du personnel sur les standards de performance a permis d'évaluer la performance de la structure à 71 % inférieure au seuil de performance requis pour l'offre des SONU de qualité qui est de 80 %.

Notre observation nous a permis de faire les constats suivants:

- Infrastructure non adaptée

- Absence d'organigramme
- Absence de fiche de poste pour certain personnel de la maternité
- Mauvais accueil des patientes admises en urgence
- Absence de gratuité des médicaments d'urgence et produits sanguins
- Insuffisance d'informations sur les soins administrés aux patients
- Mauvaise gestion environnementale.

Grâce à un brainstorming, les groupes ont pu identifier plusieurs causes de l'insuffisance de la qualité des SONUC et à la suite d'un vote pondéré la mauvaise organisation du service a été retenue comme cause prioritaire de la mauvaise qualité des SONUC dans la maternité du CSRéf de Nioro. La solution proposée par les groupes est l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des SONUC de la maternité du CSRéf de Nioro. Ce plan est bâti sur la réorganisation du service, le renforcement de capacité du personnel en SMN, l'amélioration des conditions d'accueil et d'hygiène environnemental, la disponibilité permanente du sang et l'amélioration des conditions de travail.

Un projet de mise en œuvre de cette solution a été élaboré avec ses objectifs, ses résultats attendus, son cadre logique, son plan d'action et son budget. Le suivi et l'évaluation du projet se font à l'aide d'indicateurs spécifiques.

Nous avons terminé notre étude par des recommandations pertinentes, qui, à coup sûr, bien appliquées, auront un effet bénéfique sur la qualité des SONUC et par ricochet sur la réduction des décès maternels.

Il faudra alors un engagement et une adhésion sans faille de l'équipe cadre de la maternité du CSRéf de Nioro et également de la direction régionale de santé qui devra mobiliser les moyens idoines pour atteindre ces objectifs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 : **AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANSD).** Enquêtes démographiques et de la santé à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport final, Calverton, 210, 40 p.
- 2 : **BADOU A. A.** Logique, stratégie et pratique autours de la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin. Mémoire de DEA 2007
- 3 : **Berg C.** Stratégies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action. Atlanta, GA: *Centers for Disease Control and Prevention* ; 2001
- 4 : **BICABA I.** Evaluation de l'offre et utilisation des SONU dans le district sanitaire de Koupela (Burkina-Faso). Mémoire pour l'obtention du diplôme de maîtrise en administration et santé publique. Institut National D'Administration sanitaire du Royaume du Maroc, juillet 2008
- 5 : **BOLA M. S.** Soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les maternités de troisième référence du Cameroun : Approche évaluative d'une intervention visant à améliorer le transfert obstétrical et la prise en charge des complications maternelles. Thèse présentée pour obtention du grade de docteur à l'université Pierre et Marie Curie, octobre 2014
- 6 : **CAMILLE S. M.** Qualité des soins obstétricaux en milieu rural malien. Mémoire pour l'obtention du grade de maîtrise en santé communautaire, 2013
- 7 : **DNS (Direction Nationale de la Santé, Mali).** Rapport de la revue à mi-parcours de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale
- 8 : **Dumont, A., Gaye, A., de Bernis, L., Chaillet, N., Landry, A., Delage, J. & Bouvier-Colle, M.H. (2005).** Facility-based maternal death reviews: effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal. *Bulletin of the World Health Organization* 84 (3): 218-224.
- 9 : **El Hanafi A.** Etude rétrospective de la mortalité périnatale au niveau de la maternité de l'hôpital « Essalama » d'El Kélâa des Sraghna : Causes et circonstances. Mémoire Administration Sanitaire et Santé Publique (INAS) 2002- 2004 Maroc. , juillet 2006.
- 10 : **ENGENDER HEALTH, ECOLE DE SANTE PUBLIQUE, UNIVERSITE COLUMBIA.** Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence. Guide destiné aux responsables des services d'urgences obstétricales. New York : COPE ; 2005, 140p.
- 11 : **HENRY C et al.** Qualité des soins obstétricaux d'urgence à la MIJ : Enjeux et Perspective. Projet d'intervention DESS-MGSS 2008-2009/ Groupe 5
- 12 : **Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al.** Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008 : a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 8 ; 375(9726) :1609-23
- 13 : **<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>;** Aide-mémoire N°348; Novembre 2015. Centre des médias de l'OMS ; Courriel: mediainquiries@who.int du 28 septembre 2019
- 14 : **<https://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>**
- 15 : **LANSAC J., C. BERGER, C. MAGNIN et al:** Obstétrique pour le praticien 2^{ème} édit. Paris, SIMEP 1990 chapitre 7 (152-162).
- 16 : **MAINE D et al :** La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille. École de sante publique, Université de Columbia. *Int. J Gynécol. Obstét.* 1997 Nov., 59 Suppl. 2 :

5259-65

- 17 : **MAY P.** Prévenir la mortalité maternelle par le biais des soins obstétricaux d'urgence. Document de synthèse du Projet SARA (Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique), 1997 ; 13p.
- 18 : **MERGER R, LEVY J, MELKIOR J.** Précis d'obstétrique ; MASSON Ed. Paris 1979 : 211-218, 430-411, 479
- 19 : **MILLIER J :** Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3^{ème} édit. 1989.
- 20 : **MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION SOCIALE DU SENEGAL.** Manuel national de stratégies de référence et contre-référence. Dakar, 2006, 34p
- 21 : **Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction du Mali 2014-2018 ; 72p**
- 22 : **Programme des Nations Unies pour le Développement.** Rapport mondial sur le Développement humain 2007/2008. *La Découverte* Ed. New York: *PNUD*.
- 23 : **PRUAL A.** La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement : théorie et pratique. *Med Trop* 2004 ; 64 : 569-75.
- 24 : **Rapport EDSM III.2011 (Enquête Démographique et de Santé du Mali) 3^{ème} édition.**Chap.11 ; p183.
- 25 : **Rapport EDSM IV 2006 (Enquête Démographique et de Santé du Mali) 4^{ème} édition.**Chap.13 ; p199
- 26 : **Rapport EDSM V 2012-2013 (Enquête Démographique et de Santé du Mali) 5^{ème} édition.**Chap.13 ; p206
- 27 : **République du Mali,**
DÉCRET N° 05- 305 P-RM du 04 Août 2005 relatif à la prise en charge gratuite de la césarienne
- 28 : **République du Mali,** Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2012- 2017, P 17, 20.
- 29 : **République du Mali,** DÉCRET N° 02 – 314 / P – RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'État aux Collectivités territoriales des niveaux « Commune » et « Cercle » en matière de santé.
- 30 : **République du Mali,** Institut national de la statistique, RGPH 2009, analyse des résultats définitifs : thème2 état et structure de la population, décembre 2011, P 30
- 31 : **République du Mali,** Loi N ° 02 – 049 / Du 22 Juillet 2002, Portant Loi D'orientation sur La Santé
- 32 : **République du Mali,** Loi n°2012-007 du 07 février 2012 portant code des collectivités territoriales
- 33 : **République du Mali,** Ministère de l'économie et des finances– Direction nationale de la population : Population des cercles et communes du Mali 2007 – 2012 : besoins UEMOA
- 34 : **République du Mali, Ministère de la Santé et de l'hygiène publique ; Cellule de planification et de statistique.** Carte Sanitaire 2011.
- 35 : **République du Mali, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées :** Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population 1990.
- 36 : **SEPOU A. et al.** Réduction de la mortalité maternelle en république centrafricaine. Note de politique numéro 222881

37 : **Touré L., Nana D., ALFORT S., TAYLOR L.** Santé maternelle et néonatale au Sénégal, Défis et Succès. Publication avril 2012

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

GRILLE D'OBSERVATION

RENSEIGNEMENTS DE BASE

Date de collecte des données : / /

Jour Mois Année / / /

Nom de l'établissement : Commune : Cercle.....

1. Type d'établissement : 1. Hôpital /___/, 2. CSRéf /___/, 3. CSCOM /___/, 4. Autre (préciser)

2. Combien l'établissement comporte-t-il de lits pour les patientes ?

En chiffre

3. Quelle est la population desservie par le CSRéf

4. Y a-t-il d'autres établissements de santé dans le secteur soins obstétricaux et néonataux complet?

1. Oui /___/, 2. Non /

5. Y a-t-il suffisamment de lits pour la charge actuelle de clientes en gynécologie/obstétrique ?

1. Oui /___/, 2. Non /

6. Quel est l'état des lits?

1. La plupart en bon état /___/, 2. Réparations mineures nécessaires pour la plupart /___/, 3. Réparations majeures ou remplacement pour la plupart

7. Existe-il une zone d'accueil des urgences obstétricales ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

8. Que pensez-vous du comportement du personnel à l'accueil ?

1. Mauvais /___/, 2. Passable /___/,

3. Moyenne /___/, 4. Bonne /___/, 5. Excellente /___/

9. Que pensez-vous du temps d'attente des patientes admises en urgence obstétricales ?

1. 0 à 30 mn /___/, 2. 30 mn à 60 mn /___/, 3. Plus de 60 mn /___/

10. Existe-il un endroit d'attente des parents des patientes reçues en SOU ?

1. Oui /___/, 2. Non /

11. Existe-il une zone d'assainissement ?

1. Aire de vaisselle /___/, 2. Aire de séchage /___/,

3. Autre /___/ précisé.....

12. Existe-il une zone d'évacuation des eaux usées ?

1. Oui /___/, 2. Non /

13. Existe-il une zone de destruction des déchets ?

1. Oui /___/, 2. Non /

14. Y-a-t-il des salles réservées pour les patientes en obstétrique pour :
1. Oui /___/, 2. Non /
15. Est-ce que les salles sont propres?
1. Oui /___/, 2. Non /
16. Quelle est la fréquence de nettoyage des salles ?
1. Une fois /___/, Deux fois /___/, Trois fois /___/, Autres /___/
17. Si Autres précisé le nombre
18. Est-ce que les salles sont bien éclairées pendant le jour (lumière naturelle)?
1. Oui /___/, 2. Non /
19. La salle est-elle électrifiée?
1. Oui /___/, 2. Non /
20. Est-ce que les salles sont surpeuplées? (patientes et visiteurs)
1. Oui /___/, 2. Non /
21. Y a-t-il des toilettes fonctionnelles pour les salles?
1. Oui /___/, 2. Non /
22. Les toilettes sont-elles propres?
1. Oui /___/, 2. Non /
23. Y-a-t-il des rideaux ou d'autres moyens de protection de la vie privée pendant les examens?
1. Oui /___/, 2. Non /
24. Y a-t-il des ventilateurs de plafond ou autres moyens de ventilation?
1. Oui /___/, 2. Non /
25. Les lits vides sont-ils propres et prêts pour la patiente suivante?
1. Oui /___/, 2. Non /
26. Qui fournit la lingerie pour les patientes?
1. Hôpital /___/, 2. Famille /___/
27. Comment est l'interaction prestataire / patiente dans la salle?
1. Froide/indifférente /___/, 2. Chaude/aidante /___/, 3. Observation non possible /___/
28. Globalement comment est le confort des patientes?

--

Relatif à la salle de travail

29. Y-a-t-il suffisamment de tables d'accouchement pour le nombre actuel de patientes?

1. Oui / __/, 2. Non /

30. Sont-elles propre?

1. Oui / __/, 2. Non /

31. L'éclairage est-il adéquat pour les procédures?

1. Oui / __/, 2. Non /

32. Y-a-t-il des rideaux ou d'autres moyens pour protéger la vie privée?

1. Oui / __/, 2. Non /

33. Les tables d'accouchement sont-elles propres et prêtes pour les patientes suivantes?

1. Oui / __/, 2. Non /

34. Les fournitures et l'équipement sont-ils faciles d'accès?

1. Oui / __/, 2. Non /

35. Y-a-t-il un stock de médicaments d'urgence?

1. Oui / __/, 2. Non /

36. Le stock de médicaments d'urgence est-il facile d'accès?

1. Oui / __/, 2. Non /

37. Est-ce que le partogramme est utilisé de façon routinière pour suivre le travail et l'accouchement?

1. Oui / __/, 2. Non /

38. Globalement, comment décririez-vous l'état de la zone de travail et d'accouchement?

1. Oui / __/, 2. Non /

30. Relatif aux heures de fonctionnements

39. Les services pour le travail et l'accouchement sont-ils offerts 24 heures par jour tous les jours dans l'établissement?

1. Oui / __/, 2. Non /

40. La salle d'opération de l'établissement est-elle disponible pour les interventions 24 heures par jour, tous les jours?

1. Oui / __/, 2. Non /

41. Y-a-t-il de médicaments pour les SOU 24 heures par jour, tous les jours?

1. Oui / __/, 2. Non /

42. Offre-t-on dans l'établissement des services de laboratoire 24 heures par jour, tous les jours?

1. Oui / __/, 2. Non /

43. Y-a-t-il une réserve de sang pour les transfusions, 24 heures par jour, tous les jours?

1. Oui / __/, 2. Non /

44. Offre-t-on dans l'établissement des services d'anesthésie 24 heures par jour, tous les jours?

1. Oui / __/, 2. Non /

CESAG - BIBLIOTHEQUE

FICHE D'ENQUETE

Numéro de la fiche / __/__/__/_/

Date / __/__/__/_/ / __/__/__/_/

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DU PERSONNEL ININTERVENANT DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRICALE DE LA MATERNITE DU CSREF DE NIORO.

Seydou DIALLO CESAG/29^è Promotion

Dans le but de l'amélioration de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales et néonatale dans la maternité du CSRef de Nioro, nous menons une enquête dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude au Centre Africain d'Etudes Supérieur en Gestion (CESAG) de Dakar. Votre avis et/ou opinion nous sera très utile dans le cadre de cette enquête. Nous vous rassurons de la confidentialité des propos et opinions qui seront émis à cet effet. Veuillez répondre aux questions en choisissant le numéro correspondant, ou en cochant les cases correspondantes et/ou en remplissant les espaces.

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Quel est votre Genre ?

1. Masculin / __/, 2. Féminin / __/

2. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?

1. Gynécologue-obstétricien/ __/, 2. Médecin à tendance chirurgicale / __/,

3. Sage-femme / __/, 4. Infirmière obstétricienne / __/

5. Autre..... si autres à préciser.....

3. Avez-vous bénéficié d'une formation en SONU ?

1. Oui / __/, 2. Non / __/

II. ORGANISATION DU SERVICE ET DEROULEMENT DES ACTIVITES

4. Décrire le circuit des patientes présentant des urgences obstétricales ?

6. Quelle est la nature ?

1. Salle / __/, 2. Véranda / __/,

3. Autres / __/ si autres à préciser.....

7. La configuration de la zone est-elle conforme à l'accueil des urgences obstétricales ?

1. Mauvais / __/, 2. Passable / __/,

3. Moyenne / __/, 4. Bonne / __/, 5. Excellente / __/,

8. L'équipe chargée de la prise en charge des urgences obstétricales (maternité et bloc opératoire) est-elle toujours disponible 24 heures/24 heures ?

1. Oui / __/, 2. Non / __/

9. Les infrastructures sont-elles adéquates pour la prise en charge des urgences obstétricales ?

1. Oui / __/, 2. Non / __/

10. Avez-vous le matériel nécessaire pour la prise en charge des urgences obstétricale ?

1. Table d'accouchement /___/, 2. Table de réanimation du nouveau-né /___/,
3. Lits d'hospitalisation /___/, 4. Tensiomètre /___/, 5. Thermomètre /___/,
6. Stéthoscope de pinard /___/, 7. Lampe baladeuse /___/,
8. Boîte d'accouchement /___/, 9. Boîte de césarienne/___/, 10. Ambu /___/,
11. Stérilisateur /___/, 12. Brancard /___/,
11. Forceps /___/, 12. Ventouse /___/, 14. Boîte pour hémorragie /___/,
15. AMIU /___/, 16. Autres /___/

11. Quel est l'état du matériel ?

1. Mauvais /___/, 2. Passable /___/,
3. Moyenne /___/, 4. Bonne /___/, 5. Excellente /___/

12. Pensez-vous que l'environnement permet de faire correctement votre travail ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

13. Si Non qu'est-ce qui vous empêche de travail correctement?

du

16. Etes-vous impliquez dans l'organisation et le fonctionnement de la maternité du CSREF de Nioro ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

17. Existe-t-il des besoins en personnel à la maternité ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

18. Si oui quelle catégorie ?

1. Gynécologue-obstétricien/___/, 2. Médecin à tendance chirurgicale /___/,
3. Sage-femme /___/, 4. Infirmière obstétricienne /___/
5. Autre..... si autres à préciser.....

19. Votre description de poste est-il fait ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

20. Quelle est la durée du temps d'attente ?

1. 0 à 30 mn /___/, 2. 30 à 60 mn /___/, 3. Plus de 60 mn /___/

14. Quelle est votre appréciation sur la fréquentation du service ?

1. Mauvais /___/, 2. Passable /___/,
3. Moyenne /___/, 4. Bonne /___/, 5. Excellente /___/

21. Existe-t-il un protocole de prise en charge des urgences obstétricales ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

22. Existe-t-il une pharmacie d'urgence à la maternité du CSRéf de Nioro ?

1. Oui / __/, 2. Non / __/

23. De plaintes ont-elles été produites par des patients à propos des soins infirmiers ?

1. Oui / __/, 2. Non / __/

24. Si oui combien de plaintes avez-vous enregistré en 2019 ?

En chiffre

25. Des réunions de service sont-elles organisées ?

1. Oui / __/, 2. Non / __/

26. Participez-vous à ces réunions ?

1. Oui / __/, 2. Non / __/

27. Est-ce que les recommandations issues de ces réunions sont appliquées ?

1. Jamais / __/, 2. Rarement / __/, 3. Occasionnellement / __/, 4. Autres / __/

28. Comment jugez-vous votre temps de travail ?

1. Mauvais / __/, 2. Passable / __/

3. Moyenne / __/, 4. Bonne / __/, 5. Excellente / __/

29. Quels sont les problèmes liés à la prise en charge des urgences obstétricales ?

30. Comment pourra être initié la démarche qualité à la maternité du CSREF de Nioro ?

1. Oui / __/, 2. Non / __/.

FICHE D'ENTRETIEN DE L'ACCOMPAGNATEUR (TRICE)

Numéro de la fiche / __ / __ / __ /

Date / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Seydou DIALLO CESAG/29^e Promotion

Dans le but de l'amélioration de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales et néonatale dans la maternité du CSRéf de Nioro, nous menons une enquête dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude au Centre Africain d'Etudes Supérieur en Gestion (CESAG) de Dakar. Votre avis et/ou opinion nous sera très utile dans le cadre de cette enquête. Nous vous rassurons de la confidentialité des propos et opinions qui seront émis à cet effet. Veuillez répondre aux questions en choisissant le numéro correspondant, ou en cochant les cases correspondantes et/ou en remplissant les espaces.

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Quel est votre âge ? / __ /
 2. Quel est votre Genre ?
 1. Masculin / __ /, 2. Féminin / __ /
 3. Quelle est votre nationalité ?
 1. Malienne / __ /, 2. Autres / __ / si autres à préciser.....
 4. Quel est votre niveau d'étude ?
 1. Primaire / __ / , 2. Secondaire / __ /, 3. Tertiaire / __ /, 4. Aucun / __ /
 5. Quelle est votre profession ?
 1. Ménagère / __ /, 2. Vendeuse/Commerçante / __ /,
 3. Fonctionnaire / __ /, 4. Elève /Etudiante / __ /
 5. Aide-ménagère / __ /, 6. Sans profession / __ /
 7. Autre..... si autres à préciser.....
 6. Quel est votre lieu de résidence ?
 1. Milieu urbain / __ /, 2. Milieu rural / __ /
 7. Connaissez-vous les signes de complications pendant la grossesse ?
 1. Oui / __ /, 2. Non / __ /
- Si Non passez à la question suivante
- Si Oui :
1. Hémorragie / __ /, 2. Fièvre / __ /,
 3. Crise convulsive / __ /, 4. Céphalée / __ /
 5. Pâleur / __ /, 6. Ictère / __ /
 7. Autre..... si autres à préciser.....
8. Connaissez-vous les signes de complications pendant le travail ?
 1. Oui / __ /, 2. Non / __ /
- Si Non passez à la question suivante

Si Oui :

1. Hémorragie/___/, 2. Fièvre/___/,
3. Crise convulsive /___/, 4. Céphalée /___/
5. Pâleur /___/, 6. Ictère /___/
7. Autre..... si autres à préciser.....

9. Connaissez-vous les signes de complications après l'accouchement ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

Si Non passez à la question suivante

Si Oui :

1. Hémorragie/___/, 2. Fièvre/___/,
3. Crise convulsive /___/, 4. Céphalée /___/
5. Pâleur /___/, 6. Ictère /___/
7. Autre..... si autres à préciser.....

10. Connaissez-vous les signes de complications le nouveau-né en détresse ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

Si Non passez à la question suivante

Si Oui :

1. Convulsion /___/, 2. Fièvre/___/,
3. Déshydratation /___/, 4. Détresse respiratoire /___/
5. Pâleur /___/, 6. Ictère /___/
7. Autre..... si autres à préciser.....

11. Quelle est la durée de la survenue de la complication ? (en jour) /___/

12. Avez-vous entrepris un traitement ?

- a) Oui /___/, b) Non /___/

Si Non passez à la question suivante

Si Oui :

1. Automédication /___/, 2. Chez l'accoucheuse traditionnelle /___/,
3. Dans le domicile d'un agent de santé /___/, 4. Dans un centre de santé /___/
5. Autre..... si autres à préciser.....

Si oui Quelle a été la durée du traitement entrepris avant l'admission en urgence /___/

II. APPRECIATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME EN COMPLICATION OBSTETRICALE AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE

13. Avez-vous été directement reçu aux urgences de la maternité ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

14. Avez-vous été bien accueilli ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

15. Le personnel s'est-il bien occupé de la femme avant de l'envoyer à la caisse avant de donner les soins à la femme ?

1. Oui /___/, 2. Non /___/

16. Quelle appréciation faite vous de la propreté locaux du Centre de santé de référence ?

1. Pas du tout satisfait /___/, 2. Plutôt Pas Satisfait /___/,
3. Plutôt Satisfait /___/, 4. Totalemtent satisfait /___/

17. Quelle appréciation faite vous des prestataires ?

1. Pas du tout satisfait /__/, 2. Plutôt Pas Satisfait /__/,
3. Plutôt Satisfait /__/, 4. Totalemment satisfait /__/
18. Quelle appréciation faite vous de la qualité de prise en charge ?
 1. Pas du tout satisfait /__/, 2. Plutôt Pas Satisfait /__/,
3. Plutôt Satisfait /__/, 4. Totalemment satisfait /__/

CESAG - BIBLIOTHEQUE

GRILLE D'EVALUATION

Standards de performance pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) du Ministère de la Santé du Mali.

Domaine : Accouchement par voie basse, Prise en charge de certaines complications obstétricales (Hémorragie du post-partum, phase d'expulsion prolongée, hémorragie du

STANDARDS DE PERFORMANCE	CRITERES DE VERIFICATION	Oui, Non, ou NA (Non applicable)	COMMENTAIRES
EVALUATION RAPIDE DE LA FEMME ADMISES EN URGENCES OBSTETRICALEE			
1. La Structure sanitaire compte un système permettant de réaliser une évaluation initiale rapide de la femme enceinte en travail afin de déterminer les complications et de classer les admissions par ordre prioritaire.	Observer à l'admissions et/ou dans la salle de tri/examen ou dans la salle d'urgence, pendant une période de temps qui vous permet de voir plus d'une femme enceinte en travail, <ul style="list-style-type: none"> Le prestataire évalue les priorités pour l'admission en fonction des signes de danger et non pas en fonction de l'ordre de la file d'attente En évaluant individuellement chaque femme, le prestataire <ul style="list-style-type: none"> - Demande l'âge de la grossesse/date des dernières règles - Demande quand a commencé le travail - Détermine si l'accouchement est imminent (envie de pousser, transpiration, anxiété) - Demande à la femme comment elle se sent et si elle a ou a eu : <ul style="list-style-type: none"> - Des saignements vaginaux - Une rupture des membranes - Des convulsions - De graves maux de tête - Une vision trouble - De graves douleurs abdominales -Des difficultés respiratoires -De la fièvre Accorde l'admission prioritaire en présence de l'une quelconque des complications susmentionnées ou si l'accouchement est imminent Note l'information sur les antécédents cliniques de la femme 		
amabilité.			
SOINS DISPENSE PENDANT LE TRAVAIL			
2. Le prestataire Accueille la femme enceinte en travail avec	Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail/accouchement) : <ul style="list-style-type: none"> S'assure qu'il/elle parle la langue de 		

Contribution à la réduction de la mortalité maternelle par l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgences complets dans le service de maternité du centre de santé de référence de Nioro

amabilité.	<p>la femme ou cherche quelqu'un qui peut aider dans ce domaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueille la femme et son partenaire/accompagnant de manière amicale • Se présente • Encourage la femme à demander à son partenaire de rester à ses côtés, si elle le souhaite • Répond à ses questions en utilisant un langage facile à comprendre • Répond à ses besoins immédiats (soif, faim, sensation de froid/chaleur, besoin d'uriner, etc.) 		
2. Le prestataire interroge revoit et remplit correctement le dossier de la femme en travail	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie, dans le carnet prénatal (si noté) ou demande et note dans les antécédents cliniques de la femme l'information suivante : <ul style="list-style-type: none"> - Date et heure de l'admission - Nom, prénom de la femme - Nom et prénom du mari/partenaire - Age - Nombre de grossesses / accouchements précédents - Nombre d'avortements - Nombre d'enfants vivants - Date du dernier accouchement - Accouchements précédents par césarienne, forceps ou ventouse - Autres problèmes médicaux (hypertension, diabète, etc.) - Utilisation de médicaments ou d'herbes <p>Antécédents de la femme et de son partenaire en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (IST)/VIH et la tuberculose (TB)</p> <p><i>f</i> Durée de la grossesse, dernières règles et date prévue de l'accouchement</p> <p><i>f</i> Pose à la femme les questions suivantes en dehors des contractions :</p> <p><i>f</i> Moment où les contractions douloureuses régulières</p>		

	<p>commencent</p> <p><i>f</i> Fréquence avec laquelle elles se produisent</p> <p><i>f</i> Si la « poche des eaux » est rompue : quand ? quelle couleur ? et quelle odeur ?</p> <p><i>f</i> Si elle sent les mouvements du fœtus</p> <p><i>f</i> Si elle a des doutes ou des préoccupations concernant le travail, et lui répond en utilisant un langage facile à comprendre</p> <p><i>f</i> Note l'information dans le dossier clinique</p>		
<p>4. Le prestataire réalise un examen physique général de manière appropriée.</p>	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail et la salle d'accouchement) :</p> <p><i>f</i> Vérifie que la femme reste couverte avec un drap ou ses vêtements</p> <p><i>f</i> S'assure du caractère privé grâce à un paravent ou un rideau pour séparer la femme des autres personnes, au moins pendant l'examen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explique à la femme et à son partenaire ce que le prestataire va faire et l'encourage à poser des questions • Demande à la femme d'uriner • Aide la femme à se mettre dans le lit ou sur la table d'examen, tel que nécessaire • Suit les procédures d'hygiène pour les mains avant l'examen : <p><i>f</i> Se lave les mains avec de l'eau courante et du savon pendant 10–15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre, des serviettes en papier ou les laisse sécher à l'air, ou</p> <p><i>f</i> Se frotte les mains avec 3–5 ml d'une solution d'alcool glycérolé à 2%</p> <p><i>f</i> Explique chaque étape de l'examen à la femme en utilisant un langage facile à comprendre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Note les signes vitaux : 		

	<p><i>f</i> Température <i>f</i> Pouls <i>f</i> Tension artérielle (TA) <i>f</i> Fréquence respiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie la conjonctive et les paumes des mains pour détecter la présence d'anémie et/ou d'ictère • Vérifie si présence d'œdème 		
<p>5. Le prestataire réalise un examen physique général de manière appropriée.</p>	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail et la salle d'accouchement) :</p> <p><i>f</i> Vérifie que la femme reste couverte avec un drap ou ses vêtements</p> <p><i>f</i> S'assure du caractère privé grâce à un paravent ou un rideau pour séparer la femme des autres personnes, au moins pendant l'examen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explique à la femme et à son partenaire ce que le prestataire va faire et l'encourage à poser des questions • Demande à la femme d'uriner • Aide la femme à se mettre dans le lit ou sur la table d'examen, tel que nécessaire • Suit les procédures d'hygiène pour les mains avant l'examen : <p><i>f</i> Se lave les mains avec de l'eau courante et du savon pendant 10–15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre, des serviettes en papier ou les laisse sécher à l'air, ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se frotte les mains avec 3–5 ml d'une solution d'alcool glycéринé à 2% - Explique chaque étape de l'examen à la femme en utilisant un langage facile à comprendre <ul style="list-style-type: none"> • Note les signes vitaux : <ul style="list-style-type: none"> - Température - Pouls - Tension artérielle (TA) - Fréquence respiratoire • Vérifie la conjonctive et les paumes des mains pour détecter la présence d'anémie et/ou d'ictère • Vérifie si présence d'œdème 		

<p>6. Le prestataire effectue un examen obstétrical de manière appropriée.</p>	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail et la salle d'accouchement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observe la forme et la taille de l'abdomen et vérifie si présence de cicatrices • Evite d'examiner la femme pendant une contraction • Mesure la hauteur utérine <p>Détermine la présentation du fœtus par la palpation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définit le niveau d'engagement par palpation abdominale (de cinq à zéro doigt au-dessus du pubis) • Evalue les contractions de l'utérus (fréquence et durée sur une période de 10 minutes) • Ausculte la fréquence cardiaque fœtale • Note les résultats de l'examen obstétrical dans le dossier clinique • Explique les résultats à la femme ; si elle le souhaite, explique également à son partenaire 		
<p>7. Le prestataire réalise un examen vaginal de manière appropriée.</p>	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail et la salle d'accouchement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explique à la femme, dans un langage facile à comprendre, ce qu'il/elle va faire et s'assure que la femme est d'accord • Encourage la femme à poser des questions et y répond de manière agréable • Suit les procédures d'hygiène pour les mains avant l'examen : Retire les bijoux, Se lave les mains avec de l'eau courante et du savon pendant 10–15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre, des serviettes en papier ou les laisse sécher à l'air, ou Se frotte les mains avec 3–5 ml d'une solution d'alcool glycérolé à 2% <p>f Met des gants d'examen stériles ou DHN aux deux mains</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examine la vulve (sang, liquides, 		

	<p>sécrétions)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoie le périnée avec une solution antiseptique sans alcool en se servant de la main qui ne sera pas utilisée pour réaliser l'examen (le TV) • Utilise le pouce et l'index de la main qui ne réalise pas l'examen pour séparer les lèvres <p>Insère soigneusement deux doigts lubrifiés de la main qui réalise l'examen après avoir expliqué à la femme ce qu'il/elle va faire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrompt l'examen si l'on sent une contraction mais ne retire pas les doigts jusqu'à ce que l'examen soit terminé • Evaluer la dilatation du col, le modelage de la tête ou de la partie qui se présente et l'état des membranes. • Retire soigneusement les doigts une fois que l'examen est terminé • Explique les résultats à la femme et leur signification • S'il s'agit de gants jetables, plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%, retire les gants en les retournant et les met dans un récipient avec un revêtement en plastique • Suit les procédures d'hygiène pour les mains après avoir retiré les gants : <i>f</i> Se lave les mains avec de l'eau courante et du savon pendant 10–15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre, des serviettes en papier ou les laisse sécher à l'air, ou Se frotte les mains avec 3–5 ml d'une solution d'alcool glycérolé à 2% • Note toutes les informations sur les antécédents cliniques dans le dossier et le partogramme (si la dilatation cervicale est de 4cm à 8 cm) 		
<p>8. Le prestataire prépare et met en œuvre un plan de soin selon les résultats des examens clinique</p>	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail et la salle d'accouchement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prépare le plan d'accouchement avec la femme et son compagnon si possible, en lui posant les questions 		

<p>et physique.</p>	<p>suivantes :</p> <p>Personne qu'elle aimerait avoir comme compagnon lors du travail et de l'accouchement (une personne)</p> <p>Position qu'elle préfère prendre lors du travail et de l'accouchement, tel qu'indiqué</p> <p>f Heure à laquelle elle a mangé la dernière fois Heure à laquelle elle a bu la dernière fois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met en œuvre le plan d'accouchement, en insistant auprès de la femme sur l'importance des points suivants : <p>Aller souvent aux toilettes pour vider sa vessie</p> <p>Prendre des liquides et des aliments légers quand elle en ressent le besoin</p> <p>Marcher et changer de position selon ses désirs et son niveau de confort</p>		
<p>9. Le prestataire utilise le partogramme pour suivre le travail et procéder aux ajustements nécessaires du plan d'accouchement.</p>	<p>Déterminer, en fonction des antécédents cliniques et du partogramme de deux femmes en travail, si le prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Note toutes les informations concernant la patiente : <p>Nom</p> <p>Nombre d'enfants, nombre de grossesses</p> <p>Numéro d'admission</p> <p>Date et heure de l'admission</p> <p>Heure de la rupture des membranes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Note toutes les demi-heures : <p>Fréquence cardiaque fœtale</p> <p>Contractions de l'utérus (fréquence et durée sur une période de 10 minutes)</p> <p>Pouls maternel</p> <p>Taux de perfusion IV d'ocytociques, en gouttes par minute, médicaments et autres liquides intraveineux, si utilisés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Note la température toutes les 2 heures • Note la TA toutes les 4 heures • Lors de chaque examen vaginal 		

	<p>(toutes les 2 heures ou moins selon l'évolution du travail) :</p> <p>Note l'état des membranes et les caractéristiques du liquide amniotique</p> <p>Note le degré de modelage de la tête</p> <p>Note sur la courbe la dilatation du col</p> <p>Note sur la courbe la descente de la tête</p> <ul style="list-style-type: none"> • Note la quantité d'urine à chaque fois que la femme va à la miction • Note l'heure des observations • Ajuste le plan de travail en fonction des paramètres rencontrés : <p>Si les paramètres sont normaux, continue à appliquer le plan (marche à peu près normale, hydratation, nourriture légère si souhaitée, changement de position, etc.) OU</p> <p>Si les paramètres ne sont pas normaux, identifie les complications, note le diagnostic et procède aux ajustements nécessaires du plan d'accouchement.</p>		
SOINS DISPENSES LORS DE L'ACCOUCHEMENT VOIE BASSE			
<p>10. Le prestataire se prépare pour effectuer un accouchement propre et sûr.</p>	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail et la salle d'accouchement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispose d'une trousse d'accouchement et d'autre matériel essentiel prêts pour l'accouchement : <p>Plateau stérile</p> <p>Deux pinces hémostatiques</p> <p>Deux paires de ciseaux</p> <p>Deux ensembles de clamps pour le cordon ou des bandes adhésives stériles ou des ligatures stériles (ou paquets individuels supplémentaires avec clamps)</p> <p>Compresse stérile pour nettoyer la bouche et le nez du nouveau-né</p> <p>Deux serviettes propres (une</p>		

	<p>pour tenir le nouveau-né et une pour mettre sous la femme) Une seringue avec 10 UI d'ocytociques Deux paires de gants stériles Une sonde vésicale stérile</p> <ul style="list-style-type: none"> • un récipient en plastique avec une solution chlorée à 0,5% aux fins de décontamination • Dispose d'un récipient avec un revêtement en plastique pour y mettre le placenta • Dispose un récipient avec un revêtement en plastique pour les déchets médicaux (compresse, etc.) • Dispose d'un récipient pour objets pointus au moment de leur utilisation pour jeter l'aiguille et la seringue • Dispose d'un récipient étanche pour jeter les linges souillés • Fournit des soins à la femme pendant l'accouchement au même endroit ou dans le même lit où le travail a eu lieu, si possible • Garde propre l'endroit où la femme se trouve • Assiste le travail dans la position choisie par la femme • Assure l'intimité de la femme : Vérifie qu'elle reste couverte avec ses vêtements ou un drap Sépare l'endroit avec des rideaux, des draps ou un paravent, tel qu'approprié S'assure qu'un nombre minimum de personnes sont présentes lors de l'accouchement (le prestataire qui aide à l'accouchement et un compagnon la personne choisie par la femme) • Explique à la femme, de manière amicale, comment elle peut s'aider elle-même et prendre en charge l'accouchement (quand et comment pousser) • Encourage la femme à poser des questions et y répond dans un langage facile à comprendre • Met un tablier propre en plastique ou en caoutchouc et une protection 		
--	--	--	--

	<p>pour le visage (ou un masque et des lunettes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porte des chaussures à bout fermé qui protègent les pieds des éclaboussures de sang ou des instruments • Suit les procédures d'hygiène pour les mains : Retire les bijoux Se lave les mains avec de l'eau courante et du savon pendant 10–15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre, des serviettes en papier ou les laisse sécher à l'air, ou Se frotte les mains avec 3–5 ml d'une solution d'alcool glycérimé à 2% • Met des gants stériles ou DHN aux deux mains 		
<p>11. Le prestataire assiste la femme pour un accouchement propre et sûr</p>	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire (dans la salle de travail et la salle d'accouchement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoie le périnée avec de l'eau propre ou une solution antiseptique sans alcool • Laisse la femme pousser quand elle en ressent le besoin (ne la force pas à pousser) • Ne fait une épisiotomie qu'en cas de nécessité (présentation par le siège, dystocie des épaules, forceps, extraction intra-utérine, cicatrisation de l'excision ou déchirure du 3e ou 4e degré mal cicatrisée, déchirure imminente ou détresse fœtale) • Laisse la tête se dégager spontanément tout en protégeant le périnée • Demande à la femme de respirer profondément ou de pousser doucement en même temps que les contractions pendant que la tête sort • Met les doigts d'une main contre la tête du fœtus pour la garder fléchie et pour prévenir une expulsion brutale <p>Après que la tête est sortie, demande à la femme de se retenir de pousser</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoie la bouche et le nez du nouveau-né avec une compresse stérile • Palpe le cou pour dépister des circulaires du cordon et, dans ce cas, les desserre (si elles sont lâches, les fait passer par-dessus la tête du nouveau-né ou, si elles sont très serrées, les clampes à deux endroits et les coupe avant de les détacher du cou du nouveau-né) • Permet une rotation externe spontanée sans manipulation • Prend soigneusement la tête du nouveau-né dans ses deux mains et exerce une traction vers le bas jusqu'à ce que l'épaule antérieure soit sortie (ne pas tenir le cou) • Guide la tête et la poitrine du bébé vers le haut jusqu'à ce que l'épaule postérieure soit sortie • Tient le nouveau-né par le thorax et le met sur une serviette sèche et propre sur l'abdomen de la femme • Clampes et coupe le cordon en utilisant des instruments stériles • Prend le nouveau-né et le sèche soigneusement avec une serviette sèche de la tête aux pieds, nettoie les yeux du bébé avec de la compresse stérile et détermine si le nouveau-né respire ou non • Si le nouveau-né ne commence pas à respirer ou respire difficilement, demande de l'aide et démarre la réanimation • Si le nouveau-né respire normalement, met le mettre en contact peau-à-peau sur la poitrine ou l'abdomen de la mère et encourage un allaitement immédiat • Informe la mère de l'état du nouveau-né • Si nécessaire, explique à la mère comment tenir son nouveau-né • Note l'heure de la naissance • Note l'Apgar à la 1^{ère} et à la 5^{ème} 		
--	--	--	--

	minute.		
12. Le prestataire réalise une prise en charge active de la troisième période de l'accouchement.	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palpe l'abdomen de la mère pour écarter la présence d'un deuxième fœtus (sans stimuler de contractions) • Indique à la femme qu'elle va recevoir une injection et lui administre 10 UI d'ocytociques, IM, dans la minute qui suit la naissance • Clampe le cordon près du périnée • Tient le cordon et le clamp dans une main • Place l'autre main sur la symphyse pubienne de la femme (par-dessus la serviette stérile) et exerce une légère pression dans la direction de son abdomen • Maintient une traction ferme sur le cordon et attend que l'utérus se contracte • Lors de la contraction, exerce une traction vers le bas ferme et continue sur le cordon avec une force opposée au-dessus du pubis pour protéger l'utérus jusqu'à l'expulsion du placenta • Si la manœuvre n'aboutit pas à des résultats immédiats, arrêter d'exerce une traction, tout en tenant le cordon et le clamp jusqu'à la contraction suivante • Refait la traction contrôlée du cordon tout en exerçant parallèlement une force opposée au-dessus du pubis pour protéger l'utérus • Avec les deux mains, aide l'expulsion du placenta en le retournant dans les mains, sans exercer de traction, en «démêlant » doucement les membranes • Vérifie que l'utérus est contracté • Fait un massage de l'utérus avec une main sur un linge stérile par-dessus l'abdomen jusqu'à ce qu'il se contracte fermement. 		
13. Le prestataire dispense les soins immédiats	<p>Observer deux femmes en travail et déterminer si le prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie que le placenta est complet 		

<p>du post-partum de manière adéquate.</p>	<p>(côtés maternel et fœtal, plus membranes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe la femme de ce qu'il/elle va faire avant d'aller plus loin, ensuite examine soigneusement le vagin et le périnée • Si présence du globe vésical, vide les urines à l'aide d'une sonde stérile • Nettoie doucement la vulve et le périnée avec de l'eau propre (tiède si possible) ou une solution antiseptique sans alcool • Suture les déchirures si nécessaire • Couvre le périnée avec une serviette hygiénique propre • S'assure du confort de la femme (propre, hydratée et chaudement couverte) • S'assure que le nouveau-né est bien couvert, qu'il est avec la mère et qu'il a commencé à téter 		
<p>14. Le prestataire traite les instruments utilisés et élimine les déchets médicaux correctement après avoir fait l'accouchement</p>	<p>Observer deux femmes lors du post-partum immédiat et déterminer si le prestataire (dans les salles de travail ou d'accouchement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant de retirer les gants : <ul style="list-style-type: none"> - Met le placenta dans un sac en plastique et le noue Jette les déchets médicaux (compresse, etc.) dans un récipient avec un revêtement en plastique - Met les linges souillés dans un récipient étanche - Met tous les instruments réutilisables dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes • Décontamine la seringue et l'aiguille en les rinçant trois fois avec une solution chlorée à 0,5% et jette l'aiguille et la seringue dans un récipient que l'on ne peut pas percer, sans retirer, décapuchonner ou casser l'aiguille • Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%, retire les gants en les retournant et les met dans un récipient avec un revêtement en plastique 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Suit les procédures d'hygiène pour les mains après avoir retiré les gants : <ul style="list-style-type: none"> - Se lave les mains avec de l'eau courante et du savon pendant 10–15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre, des serviettes en papier ou les laisse sécher à l'air, ou f Se frotte les mains avec 3–5 ml d'une solution d'alcool glycérimé à 2% 		
<p>SOINS IMMEDIATS DISPENSES AU NOUVEAU-NE ET A LA FEMME. INSTRUCTIONS POUR L'EVALUATEUR : OBSERVER UN OU PLUSIEURS PRESTATAIRES QUI DISPENSENT DES SOINS A DEUX FEMMES DANS LES SALLES DE TRAVAIL ET/OU D'ACCOUCHEMENT. OBSERVER LES SOINS PAR LE BIAIS DE L'OBSERVATION DIRECTE EN UTILISANT LES STANDARDS 14 ET 15 COMME REFERENCES.</p>			
<p>15. Le prestataire fait le suivi du nouveau-né correctement.</p>	<p>Observer si le prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Note la température toutes les 30 minutes, en touchant la poitrine du nouveau-né durant la première heure puis toutes les heures : <ul style="list-style-type: none"> - Si la température est froide, prend la température axillaire et s'assure que le nouveau-né est gardé au chaud en maintenant le contact peau-à-peau (si ce n'est pas possible, enveloppe à nouveau le nouveau-né, y compris la tête) - Si nécessaire, le mettre dans un berceau chauffé ou un incubateur - Continue à prendre la température toutes les heures ou jusqu'à stabilisation de la température • Si le cordon saigne, le renoue si nécessaire • Met des gouttes antimicrobiennes ou une solution ophtalmique dans les deux yeux du nouveau-né • Encourage et soutient la mère pour un démarrage de l'allaitement maternel dans la première heure qui suit l'accouchement • Encourage la mère à poser des questions et y répond en utilisant un langage facile à comprendre. 		
<p>16. Le prestataire suit la femme de près pendant au</p>	<p>Observer deux femmes après l'accouchement et déterminer si le prestataire :</p>		

<p>moins 2 heures après l'accouchement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garde la femme dans une des salles de travail ou d'accouchement pour faire le suivi pendant au moins 2 heures après l'accouchement • Contrôle la femme toutes les 15 minutes la première heure puis toutes les 30 minutes la deuxième heure pour vérifier les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Fermeté de l'utérus - Saignements vaginaux - Distension de la vessie TA - Pouls - Hydratation - Conscience • Demande à la femme si elle a uriné et l'encourage à le faire dès qu'elle le souhaite • Réalise une prise en charge initiale en cas d'hémorragie • Note l'information dans le dossier clinique de la femme. 		
<p>REANIMATION DU NOUVEAU-NE. INSTRUCTIONS POUR L'EVALUATEUR : EVALUER LA PRISE EN CHARGE D'UN CAS DE REANIMATION DU NOUVEAU-NE PAR LE BIAIS D'UNE OBSERVATION DIRECTE DANS LES SALLES DE TRAVAIL ET D'ACCOUCHEMENT. SI, LORS DE LA PERIODE D'EVALUATION, IL N'Y A PAS DE CAS DE REANIMATION DU NOUVEAUNE, INTERVIEWER UN PRESTATAIRE QUI TRAVAILLE DANS LES SALLES DE TRAVAIL ET D'ACCOUCHEMENT ET/OU FAITES LA REVUE DES DOSSIERS.</p>			
<p>17. Le prestataire dispose de l'équipement de base pour réaliser la réanimation du nouveau-né.</p>	<p>Déterminer si le prestataire a assemblé les articles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masques (#1 et #0) • Ballon et masque Ambu pour nouveau-né • Poire d'aspiration ou sonde d'aspiration • Cylindre à oxygène 		
<p>18. Le prestataire Réalise correctement la réanimation du nouveau-né.</p>	<p>Déterminer si le prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met le nouveau-né sur le dos et sur une surface propre, sèche et dure • Enveloppe ou couvre rapidement le nouveau-né, sauf la tête, le visage et la partie supérieure du thorax • Explique à la mère ce qui se passe • Positionne la tête du nouveau-né pour que le cou soit légèrement étendu • Aspire la bouche, puis le nez, jamais la gorge • Si la méthode n'est pas efficace, 		

	<p>démarre la ventilation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cas d'une réanimation bouche/nez-bouche : <ul style="list-style-type: none"> - Met un stéthoscope obstétrical entre la bouche du nouveau-né et celle du prestataire - Souffle doucement et uniquement l'air contenu dans sa bouche, 40 fois par minute pendant 1 minute - Vérifie que la poitrine se soulève - S'arrête et voit si le nouveau-né respire spontanément • Dans le cas d'une réanimation avec masque et ballon Ambu, ou tube et masque : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre le masque pour qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez du nouveau-né - Vérifie la formation d'un joint hermétique entre le masque, le nez, la bouche et le menton - Ventile une fois ou deux pour voir si la poitrine se soulève - Ventile 40 fois par minute pendant 1 minute - S'arrête et voit si le nouveau-né respire spontanément • Si le bébé respire et qu'il n'y a aucun signe de difficulté respiratoire (rétractions intercostales ou geignements) : <ul style="list-style-type: none"> - Met le nouveau-né enveloppé au contact peau-à-peau avec la mère - Vérifie que le nouveau-né continue à respirer sans difficulté et est gardé bien au chaud • Si le bébé ne commence pas à respirer ou si sa respiration est de moins de 30 battements par minute, ou si l'on est en présence de rétractions intercostales ou de geignements : <ul style="list-style-type: none"> - Continue à ventiler - Administre de l'oxygène, si disponible - Évalue le besoin de soins spéciaux et oriente, si nécessaire 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Explique à la mère ce qui se passe • Si le bébé ne respire pas après 20 minutes de ventilation : <ul style="list-style-type: none"> – Arrête la ventilation – Note l'heure du décès – Apporte un soutien émotionnel à la mère et aux membres de la famille • Note toutes les actions entreprises dans le dossier clinique de la femme • Demande à la mère si elle a des questions et y répond en utilisant un langage facile à comprendre 		
19. Le prestataire traite les instruments utilisés après la réanimation du nouveau-né et jette les déchets médicaux correctement après la réanimation du nouveau-né.	<p>Déterminer si le prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Place la sonde d'aspiration cathéter ou la poire d'aspiration et le masque Ambu dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes • Jette les déchets médicaux dans un récipient étanche • Suit les procédures d'hygiène pour les mains après avoir jeté le matériel : <ul style="list-style-type: none"> – Se lave les mains avec de l'eau courante et du savon pendant 10–15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre, des serviettes en papier ou les laisse sécher à l'air, ou – Se frotte les mains avec 3–5 ml d'une solution d'alcool glycérolé à 2%. 		
GESTION DU TRAVAIL PROLONGEE			
Le prestataire effectue le diagnostic de la Seconde phase prolongée	<p>Le prestataire établit le diagnostic par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen vaginal : col entièrement dilaté depuis 2 heures pour une primipare et 1 heure pour une multipare • Désir urgent de pousser • Aucune descente de la présentation après 30mn d'efforts expulsifs 		
20. Le prestataire assure correctement la prise en charge de la deuxième phase prolongée	<p>Observer si le prestataire dans le cas d'une mauvaise présentation ou d'une disproportion fœto-maternelle a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiqué une césarienne • Assuré une bonne hydratation • Changé la position maternelle de l'accouchement • Démarré l'expulsion avec une perfusion d'ocytociques <p>Si aucune descente après la pose de la</p>		

	<p>perfusion, a-t-il/elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilise les forceps, l'extraction fœtale en pratiquant une césarienne 		
PRISE EN CHARGE DE L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM			
21. Le prestataire établi le diagnostic de l'HPP.	<p>Le prestataire établi le diagnostic en recherchant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les saignements vaginaux accrus dans les premières 24 heures après l'accouchement (HPP primaire) ou saignements vaginaux accrus après 24 après l'accouchement (HPP secondaire) 		
22. Le prestataire assure correctement la prise en charge de l'HPP.	<p>Observer si le prestataire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectue une évaluation rapide : <ul style="list-style-type: none"> – Pouls – TA – Respiration – Condition générale • Si présence de choc ou soupçon de choc (pouls faible, rapide [110 battements ou plus par minute], TA systolique inférieure à 90 mmHg, pâleur et peau transpirante, respiration rapide, confusion ou perte de connaissance) : <ul style="list-style-type: none"> – Couvre la femme et la place dans la position de Trendelenburg – Démarre l'oxygène à 6–8 l/minute – Pose deux voies intraveineuses en utilisant un cathéter G 16 ou 18 une canule de jauges 16 ou 18 – Administre 10 UI d'ocytociques, IM – Fait un prélèvement de sang pour l'hémoglobine, la compatibilité croisée et le test de coagulation – Démarre la perfusion IV avec une solution saline ou de Ringer – Perfuse 1 litre dans chaque voie intraveineuse sur une période de 15 à 20 minutes (débit libre) – Administre au moins 2 litres supplémentaires de solution pendant la première heure – Continue à remplacer le volume I.V. en fonction de la perte de sang – Évalue le besoin en transfusion de la femme en fonction des signes et symptômes de choc ou de choc 		

	<p>imminent dû à la quantité de sang perdue</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fait un sondage de la vessie 		
<p>23. Le prestataire effectue une prise en charge correcte de la cause de l'HPP</p>	<p>Observer si le prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifie la cause de saignement et démarre immédiatement une prise en charge spécifique <p>Dans le cas de la non-délivrance du placenta :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essaie d'extraire le placenta en exerçant une traction contrôlée du cordon (avec force opposée sur l'utérus), en demandant à la femme de pousser • En cas de non-délivrance du placenta, administre une autre dose d'ocytociques, 10 UI IM (n'utilise pas d'ergométrine) • Répète la traction contrôlée du cordon • Si la manœuvre échoue, effectue une extraction manuelle du placenta • Dans le cas d'une délivrance artificielle ou extraction manuelle du placenta, administre une dose unique d'antibiotiques, par exemple, Ampicilline 1g IV ou pénicilline, 5 millions UI IV PLUS 500 mg de métronidazole, IV (dose unique) • Réalise une hystérectomie en cas d'accrète (tissus très adhérents de l'utérus) ou transfère la patiente vers la structure sanitaire appropriée. <p>Dans le cas d'une atonie utérine (utérus mou, non contracté) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fait un massage utérin vigoureux • Administre 20 UI d'ocytociques dans 1 litre de solution saline, 60 gouttes/minute et 0,5 mg d'ergométrine, IM ou IV (si la femme ne souffre pas d'hypertension) • Continue à administrer 20 UI d'ocytociques dans 1 litre de solution saline, 40 gouttes/minute, jusqu'à un maximum de 3 litres de solution avec des ocytociques, si nécessaire, et 0,5 mg d'ergométrine, IM ou IV, 15 minutes toutes les 4 heures, jusqu'à 		

	<p>trois fois si nécessaire (si la femme ne souffre pas d'hypertension)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'hémorragie continue, réalise une compression bi manuelle de l'utérus ou une tamponnade avec condom. • Met un vêtement antichoc, si disponible • Si l'hémorragie continue, utilise une compression aortique abdominale • Effectue des sutures B-Lynch • Si l'hémorragie continue, réalise une ligature des artères utérines et utéroovariennes • Si l'hémorragie persiste après la ligature, réalise une hystérectomie ou réfère la patiente si les services ne sont pas disponibles <p>Si présence de débris de placenta (placenta incomplet ou membranes incomplètes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extraction manuelle ou à l'aide d'instruments (pince à anneaux ou pince à pansement) des débris <p>Dans le cas de lacérations vaginales, cervicales ou périnéales (utérus contracté et placenta complètement expulsé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sutures 		
<p>23. Le prestataire réalise correctement le suivi dans le cas d'HPP</p>	<p>Observer si le prestataire, quelle que soit la cause de l'HPP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle les contractions de l'utérus et les saignements toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures • Fait un massage de l'utérus et extrait les caillots • Vérifie les signes vitaux toutes les 30 minutes jusqu'à ce qu'ils soient stables • Mesurer l'apport et le débit de liquides toutes les heures • Effectue un test de coagulation si l'hémorragie continue • Remplace le volume et pose une perfusion, si nécessaire • Prend en charge la coagulopathie, tel qu'approprié 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure l'hématocrite ou l'hémoglobine 24 heures après arrêt de l'hémorragie • Administre 120 mg de fer (200 mg de sulfate de fer) et 5 mg d'acide folique par voie buccale pendant une période de 3 mois • Si la femme présente une anémie très grave (Hb < 5g/dl) : • Lui fait une transfusion sanguine /perfusion de concentré de cellules sanguines • Administre une double dose de fer/folate • Vérifie le taux d'Hb après la Transfusion. 		
<p>Réanimation du nouveau-né. Instructions pour l'évaluateur : Evaluer la prise en charge d'un cas de réanimation du nouveau-né par le biais d'une observation directe dans les salles de travail et d'accouchement. Si, lors de la période d'évaluation, il n'y a pas de cas de réanimation du nouveau-né, interviewer un prestataire qui travaille dans les salles de travail et d'accouchement et/ou faites le revue des dossiers.</p>			
<p>24. Le prestataire dispose de l'équipement de base pour réaliser la réanimation du nouveau-né</p>	<p>Déterminer si le prestataire a assemblé les articles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masques (#1 et #0) • Ballon et masque Ambu pour nouveau-né • Poire d'aspiration ou sonde d'aspiration • Cylindre à oxygène 		
<p>25. Le prestataire réalise correctement la réanimation du nouveau-né.</p>	<p>Déterminer si le prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met le nouveau-né sur le dos et sur une surface propre, sèche et dure • Enveloppe ou couvre rapidement le nouveau-né, sauf la tête, le visage et la partie supérieure du thorax • Explique à la mère ce qui se passe • Positionne la tête du nouveau-né pour que le cou soit légèrement étendu • Aspire la bouche, puis le nez, jamais la gorge • Si la méthode n'est pas efficace, démarre la ventilation • Dans le cas d'une réanimation bouche/nez-bouche : <ul style="list-style-type: none"> - Met un stéthoscope obstétrical entre la bouche du nouveau-né et celle du prestataire - Souffle doucement et uniquement l'air contenu dans sa 		

	<p>bouche, 40 fois par minute pendant 1 minute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifie que la poitrine se soulève - S'arrête et voit si le nouveau-né respire spontanément • Dans le cas d'une réanimation avec masque et ballon Ambu, ou tube et masque : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre le masque pour qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez du nouveau-né - Vérifie la formation d'un joint hermétique entre le masque, le nez, la bouche et le menton - Ventile une fois ou deux pour voir si la poitrine se soulève - Ventile 40 fois par minute pendant 1 minute - S'arrête et voit si le nouveau-né respire spontanément • Si le bébé respire et qu'il n'y a aucun signe de difficulté respiratoire (rétractions intercostales ou geignements) : <ul style="list-style-type: none"> - Met le nouveau-né enveloppé au contact peau-à-peau avec la mère - Vérifie que le nouveau-né continue à respirer sans difficulté et est gardé bien au chaud • Si le bébé ne commence pas à respirer ou si sa respiration est de moins de 30 battements par minute, ou si l'on est en présence de rétractions intercostales ou de geignements : <ul style="list-style-type: none"> - Continue à ventiler - Administre de l'oxygène, si disponible - Évalue le besoin de soins spéciaux et oriente, si nécessaire - Explique à la mère ce qui se passe • Si le bébé ne respire pas après 20 minutes de ventilation : <ul style="list-style-type: none"> - Arrête la ventilation - Note l'heure du décès - Apporte un soutien émotionnel à la mère et aux membres de la famille 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Note toutes les actions entreprises dans le dossier clinique de la femme • Demande à la mère si elle a des questions et y répond en utilisant un langage facile à comprendre 		
26. Le prestataire traite les instruments utilisés après la réanimation du nouveau-né et jette les déchets médicaux correctement après la réanimation du nouveau-né.	<p>Place la sonde d'aspiration cathéter ou la poire d'aspiration et le masque Ambu dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jette les déchets médicaux dans un récipient étanche • Suit les procédures d'hygiène pour les mains après avoir jeté le matériel : <ul style="list-style-type: none"> – Se lave les mains avec de l'eau courante et du savon pendant 10–15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre, des serviettes en papier ou les laisse sécher à l'air, ou – Se frotte les mains avec 3–5 ml d'une solution d'alcool glyciné à 2%. 		

Total de standards	
Total observées	
Total réalisées	

TABLES DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	IV
SIGLES ET ABBREVIATIONS	V
SOMMAIRE	VII
INTRODUCTION	- 1 -
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNALLE, IDENTIFICATION DU PROBLEME ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	- 3 -
CHAPITRE I: ANALYSE SITUATIONNELLE ET IDENTIFICATION DU PROBLEME ...	- 4 -
1. Environnement externe.....	- 4 -
1.1. Généralité sur le Mali.....	- 4 -
1.1.1. <i>Situation géographique</i> :	- 4 -
1.1.2. Système administratif et politique	- 5 -
1.1.3. Données démographiques	- 6 -
1.1.4. Données Socioéconomiques.....	- 6 -
1.1.5. Organisation du système de santé	- 7 -
1.1.5.1. Politique Nationale de santé du Mali	- 7 -
1.1.5.2. Situation des programmes de santé de la Reproduction.....	- 9 -
1.1.5.2.1. Amélioration des prestations pour la survie de l'enfant	- 9 -
1.1.5.2.2. Ressources humaines.....	- 10 -
1.1.5.2.3. Financement et mobilisation des ressources	- 10 -
1.1.5.2.4. Problèmes prioritaires en matière de la santé de Reproduction	- 11 -
1.1.5.2.5. Plan stratégique de la santé de la Reproduction 2014 -2018	- 11 -
1.2. Environnement interne : District sanitaire de Nioro	- 11 -
1.2.1 Présentation du district sanitaire de Nioro	- 11 -
1.2.2. Situation socio sanitaire	- 12 -
1.2.2.1. Organisation du système socio sanitaire du District Sanitaire.....	- 12 -
1.2.2.2. Présentation de la maternité du centre de santé de référence.....	- 14 -
1.2.2.3. Ressources humaines dispensant les SONU au niveau du CSRéf	- 14 -
1.2.2.4. Activités au niveau du service de maternité du CSRéf de Nioro.....	- 14 -
1.3. Identification des problèmes et leur Priorisation	- 19 -
1.3.1. Identification des Problèmes	- 19 -
1.3.2. Priorisation des Problèmes	- 20 -
CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ETUDE	- 22 -
2.1. Présentation du problème.....	- 22 -
2.1.1. Formulation du problème.....	- 22 -
2.1.2. Spécification du problème	- 22 -

2.1.3.	Ampleur du problème :	- 23 -
2.1.4.	Importance du problème	- 23 -
2.1.5.	Conséquences du problème	- 24 -
2.2.	Justification et intérêt de l'étude :	- 24 -
2.2.1	Justification de l'étude	- 24 -
2.2.2.	Intérêt de l'étude	- 25 -
2.3	But de l'étude	- 25 -
2.4	Objectifs de l'étude	- 25 -
2.4.1	Objectif général	- 25 -
2.4.2	Objectifs spécifiques	- 25 -
2.5.	Hypothèse de l'étude	- 26 -
2.6.	Cadre conceptuel de l'étude	- 26 -
2.6.1	Elaboration du cadre conceptuel des SONUC	- 26 -
2.6.2.	Indicateurs de suivi-évaluation des SONU	- 27 -
2.7.	Définition des concepts	- 28 -
2.7.1	Évaluation	- 28 -
2.7.2	Soins obstétricaux d'urgence	- 28 -
2.7.3.	Mortalité maternelle	- 28 -
2.7.4.	Mortalité périnatale	- 29 -
2.7.5.	Carte sanitaire	- 29 -
2.7.6.	Urgences obstétricales	- 30 -
2.7.7.	Qualité	- 30 -
2.8.	Revue de la littérature	- 31 -
DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE		- 37 -
CHAPITRE III : METHODOLOGIE		- 38 -
3.1.	Type d'étude	- 38 -
3.2.	Lieu d'étude et Période d'étude	- 38 -
3.3.	La population de l'étude	- 38 -
3.4.	Méthode d'échantillonnage	- 38 -
3.5.	Collecte des données (Plan de collecte)	- 38 -
3.5.1.	Outils de collecte des données	- 38 -
3.5.2.	Technique de collecte des données	- 39 -
3.6.	Méthode d'analyse des données	- 39 -
3.7.	Diffusion des résultats	- 40 -
3.8.	Limites de l'étude	- 40 -
3.9.	Chronogramme des activités	- 40 -

CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE RESULTATS DE L'ETUDE	- 41 -
4.1. Présentation des résultats	- 41 -
4.1.1. Résultats de l'enquête auprès du personnel.....	- 41 -
4.1.1.2. Infrastructure	- 42 -
4.1.1.3. Accueil	- 42 -
4.1.1.4. Organisation du service	- 43 -
4.1.2. Résultats de l'enquête auprès des accompagnateurs.....	- 46 -
4.1.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des accompagnateurs.....	- 46 -
4.1.2.2. Accueil	- 48 -
4.1.2.3. Compétence des prestataires	- 49 -
4.1.2.4. Confort et respect de l'intimité	- 50 -
4.1.2.5. Disponibilité d'une aide pour les soins	- 50 -
4.1.3. Résultats de l'évaluation du personnel par rapport au standard de performance SONU.....	- 51 -
4.1.4. Résultat de l'observation de l'enquêteur.....	- 52 -
4.2. Analyse des Résultats	- 53 -
4.2.1. Perception des prestataires.....	- 53 -
4.2.2. Analyse des résultats de l'entretien avec les accompagnateurs.....	- 54 -
4.2.3. Analyse des résultats de l'évaluation du personnel	- 54 -
4.2.4. Analyse des résultats de l'observation.....	- 54 -
TROISIEME PARTIE: <u>ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES,</u>	- 56 -
IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS ET PLAN DE MISE EN ŒUVRE-	56 -
CHAPITRE V : DETERMINATION ET PRIORISATION DES CAUSES	- 57 -
5.1. Présentation des outils.....	- 57 -
5.1.1. Le Diagramme d'ISHIKAWA.....	- 57 -
5.1.2. Le vote pondéré	- 58 -
5.1.3. Le Diagramme de PARETO.....	- 58 -
5.2. Identification des causes des insuffisances de la qualité des SONU.....	- 58 -
5.3. Priorisation des causes	61
5.3.1. Processus du vote pondéré.....	61
5.3.1.1. Associé à chaque cause une lettre.....	61
5.3.1.2. Répartition des points par les participants au vote pondéré.....	62
5.3.1.3. Résultat du vote pondéral.....	63
5.4. Représentation graphique des causes	63
CHAPITRES VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	67
6.1. Identification des solutions	67

6.2. Priorisation et choix de la solution	67
6.2.1. Processus du vote pondéré	68
6.2.1.1. Associons à chaque solution une lettre (A, B, C, D, E, F.....), afin de procéder au vote pondéré	68
6.2.1.2. Répartition des points par les participants au vote pondéré	69
6.2.1.3. Résultat du vote pondéré	70
CHAPITRES VII : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	71
7.1. Justification	71
7.2. Objectifs du Projet	71
7.2.1. Objectif général	71
7.2.2. Objectifs Spécifiques	71
7.3. Cadre logique	71
Logique verticale	72
7.4. Plan d'action opérationnel	78
7.5. Budgétisation	81
7.6. Suivi et évaluation de la mise en œuvre	84
7.6.1. Suivi de la mise en œuvre	84
7.6.2. Evaluation de la mise en œuvre	84
.....	85
RECOMMANDATIONS	i
CONCLUSION	iii
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	v